



Santé mentale & Soutien psychosocial
Directives opérationnelles pour
la programmation des opérations auprès
des réfugiés

© UNHCR, 2013. Tous droits réservés

La reproduction et la distribution à des fins éducationnelles et non commerciales sont autorisées sans l'accord écrit préalable des détenteurs des droits d'auteur, à condition que la source soit pleinement mentionnée. La reproduction pour la revente ou autre motif commercial, ou la traduction pour quelque motif que ce soit, sont interdites sans l'autorisation écrite des détenteurs des droits d'auteurs. Les demandes d'autorisation doivent être adressées à la Section de Santé publique du Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) à l'adresse suivante : HQPHN@unhcr.org

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés afin de vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, les informations publiées sont diffusées sans aucune sorte de garantie, ni expresse ni implicite. La responsabilité relative à l'interprétation et à l'utilisation de ces informations incombe au lecteur. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés ne peut en aucune façon être tenu responsable d'un dommage survenant suite à l'utilisation de ces informations.

On peut se procurer des copies du présent document à l'adresse suivante :

UNHCR
Division of Programme Support and management
Public Health Section
CP 2500
1202 Geneva, Switzerland
Email : HQPHN@unhcr.org

Photo de couverture : Enfants syriens regardant par la fenêtre de leur maison, dans le camp de réfugiés d'Oncupinar, près de la ville de Kilis, à la frontière turque. UNHCR/A.Branthwaite /Septembre 2012

Conception graphique : Alessandro Mannonchi, Rome
Traduction française : Dominique Luken-Roze, Amsterdam

Santé mentale & Soutien psychosocial

Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés

Portrait de famille en couleur de trois
personnes parmi les près de 200 000
déplacés internes du Mali,
dont 47 000 vivent à Bamako.
UNHCR / H.Caux
14 novembre 2012



REMERCIEMENTS

Ce document a été élaboré par Peter Ventevogel, consultant, sous la supervision de Marian Schilperoord. Les versions préliminaires de cette publication ont grandement bénéficié de la contribution de plusieurs personnes au sein de l'UNHCR et d'organisations partenaires.

Nous voudrions tout particulièrement remercier les collègues suivants pour leur relecture du document :

A l'UNHCR: Gregory Garras, Sarah Harrison, Alexandra Kaun, Stefanie Krause, Preeta Law, Allen Gidraf Kahindo Maina, MaryBeth Morand, Audrey Nirrengarten, Martina Nicole Pomeroy, Monika Sandvik-Nylund, Ita Sheehy, Paul Spiegel, Margriet Veenma and Constanze Quosh.

Dans les autres organisations: Carolina Echeverri (consultante SMSPS) Sabine Rakotomalala (UNICEF), Emmanuel Streel (consultant SMSPS), Wietse Tol (Université Johns Hopkins) Mark van Ommeren (OMS) et Inka Weissbecker (International Medical Corps).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	8
A PROPOS DES DIRECTIVES	9
1. INTRODUCTION	11
LA QUESTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL DANS LES SITES D'INSTALLATION DE RÉFUGIÉS	11
LE RÔLE DU HCR POUR RÉPONDRE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET AUX PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX	12
S'APPUYER SUR LES STRATÉGIES ET LES POLITIQUES EXISTANTES	13
2. OBJECTIFS	15
3. PRINCIPES DIRECTEURS	16
4. DIRECTIVES OPÉRATIONNELLES	19
1. ADOPTER DES APPROCHES BASÉES SUR LES DROITS, DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES ET DES APPROCHES PARTICIPATIVES	19
1.1. Consulter la communauté et les personnes ayant des problèmes mentaux ou psychosociaux au moment de concevoir les services ...	20
1.2. Plaider pour les droits économiques et sociaux des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou psychosociaux	21
2. ASSURER L'ÉGALITÉ DEVANT LES SOINS ET LEUR ACCÈS	22
2.1. Observer quels groupes ont l'accès aux services et quels groupes ne l'ont pas	22

2.2.	S'assurer que les populations sont informées des services et des dispositifs de soutien accessibles pour les problèmes mentaux et psychosociaux	23
2.3.	Prendre des mesures pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles mentaux ou de problèmes psychosociaux	23
2.4.	Prendre des mesures pour garantir l'accès des services de base aux personnes ayant des besoins spécifiques en matière de SMSPS..	24
3.	EVALUER LES BESOINS ET LES RESSOURCES	25
3.1.	Evaluer les besoins en SMSPS.....	25
3.2.	Evaluer les ressources disponibles pour la SMSPS	29
4.	ADOPTER UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE	30
4.1.	Créer un équilibre entre l' <u>approche SMSPS</u> générique et les <u>interventions SMSPS</u> spécifiques	31
4.2.	Elaborer un système de services à multiples niveaux.....	32
	<i>Niveau 1 : Prestations de services de base et de sécurité.....</i>	32
	<i>Niveau 2 : Renforcement des dispositifs de soutien communautaires et familiaux</i>	32
	<i>Niveau 3 : Dispositifs de soutien ciblé</i>	33
	<i>Niveau 4 : Services cliniques</i>	33
4.3.	Développer des procédures opérationnelles standard (SoPs) pour la référence.....	34
4.4.	Créer des mécanismes de coordination pour la SMSPS.....	35

5.	S'EFFORCER DE FOURNIR DES PRESTATIONS DE SERVICES INTÉGRÉS	37
5.1.	Promouvoir l'adoption de l'approche SMSPS au sein du HCR et auprès des partenaires.	37
5.2.	Concevoir et réaliser des interventions SMSPS de base dans les programmes de protection basée sur la communauté.	39
5.3.	Concevoir et réaliser des interventions SMSPS dans les programmes éducationnels	42
5.4.	Concevoir et réaliser des interventions SMSPS dans les programmes de santé.	44
5.5.	Adaptations à réaliser pour la mise en place de la protection basée sur communauté et des programmes de santé en milieu réfugié urbain.	49
6.	ADAPTER LES SERVICES AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA SITUATION DES RÉFUGIÉS	51
6.1.	Les plans d'urgence	51
6.2.	Intervention immédiate en situation d'urgence aiguë.	52
6.3.	Phase de stabilisation consécutive à l'urgence	53
6.4.	Situation de réfugié pendant une période prolongée.	54
6.5.	La transition vers des solutions durables.	54
7.	RENFORCER LES CAPACITÉS	55
7.1.	Assurer aux personnels une formation adaptée.	55
7.2.	Mettre en oeuvre des systèmes de supervision	57
7.3.	Rechercher un juste équilibre entre les prestations de soins et le renforcement des capacités	58

8.	ADOPTER LE SUIVI ET L'ÉVALUATION APPROPRIÉS ET SYSTÉMATIQUES	59
8.1.	Employer des systèmes de suivi adéquats	59
8.2.	Évaluer les interventions SMSPS	60
9.	S'ASSURER QUE LES POLITIQUES ET LES STRATÉGIES DU HCR SONT OBSERVÉES AINSI QUE LES NORMES ET LES DIRECTIVES NATIONALES ET INTERNATIONALES	61
10.	NE PAS NUIRE	62
ANNEXE 1:	LISTE DE CONTRÔLE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL DANS LES SITES D'INSTALLATION DE RÉFUGIÉS	66
ANNEXE 2:	SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) DANS LES SITUATIONS HUMANITAIRES	71
ANNEXE 3:	OUTILS RECOMMANDÉS POUR L'ÉVALUATION DES BESOINS ET DES RESSOURCES DE SMSPS DANS LES SITES D'INSTALLATION DE RÉFUGIÉS	74
	DÉFINITIONS DES TERMES CLÉS	76
	RÉFÉRENCES	84

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AGD :	Age, genre et diversité
CPI/IASC :	Comité permanent interorganisations
HCR/UNHCR :	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
LGBTI :	Lesbiennes, gays, personnes bisexuelles, transgenres et intersexuées
mhGAP :	Mental health Gap Action Programme
OMS/WHO :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
ONGI :	Organisation non gouvernementale internationale
PBC :	Protection basée sur la communauté
PDI :	Personne déplacée interne
PSP :	Premiers secours psychologiques
RBC :	Réadaptation à base communautaire
SIS :	Système d'information sanitaire
SMSPS :	Santé mentale et soutien psychosocial
SSP :	Soins de santé primaires
Troubles MNS :	Troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives
SGBV :	Violence sexuelle et sexiste

A PROPOS DES DIRECTIVES

Ces directives opérationnelles en matière de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) proposent des orientations pratiques et des outils pour les opérations de l'UNHCR dans les différents pays. Elles traitent de plusieurs points précis de bonne pratique dont il faut tenir compte en concevant une programmation de SMSPS, elles prodiguent des conseils au sujet des questions de priorités et de certaines difficultés d'ordre pratique, et elles offrent par ailleurs des informations contextuelles et des définitions. Etant donné que la SMSPS est un concept transectoriel, ces directives opérationnelles sont applicables à la programmation dans divers secteurs et notamment ceux de la santé, de la protection basée sur la communauté, de l'éducation, de l'hébergement, de la nutrition, de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance.

Bien qu'étant axées principalement sur les réfugiés et les demandeurs d'asile, ces directives peuvent aussi s'appliquer aux autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, telles que les personnes apatrides, déplacées internes ou rapatriées.

Les directives sont conçues pour des opérations réalisées aussi bien dans les camps que hors des camps, en milieu rural comme en milieu urbain, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, là où l'UNHCR est présent. Les directives doivent naturellement être adaptées en fonction des différents contextes. Il n'est pas possible d'offrir un modèle standardisé pour la mise en œuvre des programmes puisque celle-ci dépend largement des capacités disponibles au plan national et des possibilités au niveau local.

Une réfugiée du Myanmar
assise sous la véranda de sa maison
dans un camp au Bangladesh.
Le Réseau des Droits des Réfugiés d'Asie
et du Pacifique plaide en faveur de
plus de droits pour les réfugiés, avec le
soutien du HCR.
UNHCR / G.M.B. Akash



1. INTRODUCTION

LA QUESTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL DANS LES SITES D'INSTALLATION DE RÉFUGIÉS

Les déplacements provoqués par les conflits armés, les persécutions ou les catastrophes naturelles, imposent un grand stress psychologique et social aux individus, aux familles et aux communautés qui les subissent. La façon dont les réfugiés ressentent et réagissent au deuil, à la douleur, à la désorganisation et à la violence, peut varier sensiblement et affecter leur santé mentale et leur bien-être psychosocial ou faire augmenter le risque qu'ils développent des problèmes de santé mentale. Généralement, les réactions devant des situations perturbantes sont d'ordre normal et s'atténuent avec le temps. De nombreux réfugiés sont capables de faire face à ces expériences difficiles et leur résilience peut en être renforcée s'ils bénéficient d'un soutien familial et communautaire.

Dans les situations de déplacement massif, il arrive que les structures communautaires normales et traditionnelles soient disloquées, telles que la famille élargie et les réseaux communautaires informels, qui soutiennent habituellement le bien-être communautaire. Ceci peut entraîner des problèmes sociaux et psychologiques ou aggraver des problèmes préexistants, mais dans les situations d'urgence, des initiatives et des mécanismes nouveaux surgissent parfois, qui peuvent entraîner l'apparition de nouveaux leaders qui seront représentatifs ou non de tous les membres de la communauté (UNHCR, 2007a).

Certains réfugiés développent des mécanismes d'adaptation négatifs qui peuvent s'aggraver lorsqu'ils doivent lutter pour subvenir à leurs besoins essentiels. Quelques-uns commencent à souffrir de troubles mentaux et d'autres, qui présentaient déjà des signes de troubles mentaux, connaissent une aggravation de leurs symptômes. Quand les systèmes habituels de soins de santé mentale ont été ébranlés, les personnes qui souffrent de troubles mentaux courent le risque de ne plus recevoir de traitement adéquat.

LE RÔLE DU HCR POUR RÉPONDRE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET AUX PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX

La réduction des risques à court et long terme et de leurs conséquences sur la santé mentale et le bien-être des personnes, des familles et des communautés, fait partie intégrante du mandat de protection du HCR. C'est pourquoi la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) devraient être un élément permanent de la réponse humanitaire du HCR à la situation des réfugiés.

Une étude récente du [Service du développement et de l'évaluation des politiques du HCR](#) [PDES] a conclu que bien que d'importantes activités en matière de SMSPS soient déjà déployées au sein de l'organisation et dans ses secteurs fonctionnels, l'organisation dans son ensemble ne maîtrise pas encore suffisamment les concepts, les définitions et les approches de SMSPS.

Dans les contextes humanitaires, les problèmes de SMSPS peuvent être abordés par le biais d'activités visant à renforcer la résilience des communautés, à promouvoir les mécanismes de soutien social et à offrir des services aux personnes ayant des besoins plus complexes en matière de santé mentale.

Il y a une notion centrale dans ces directives opérationnelles, qui est que différents aspects de la SMSPS concernent un grand nombre d'acteurs participant aux opérations du HCR. Il convient d'établir une distinction entre *l'approche SMSPS* et les *interventions SMSPS*.

- Adopter une **approche SMSPS** signifie procurer une réponse humanitaire qui soit bénéfique pour la santé mentale et le bien-être psychosocial des réfugiés. Ceci concerne tous les acteurs engagés dans la protection et l'assistance aux réfugiés.
- Les **interventions SMSPS** consistent à réaliser une ou plusieurs activités dont le but essentiel est *d'améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des réfugiés*. Les interventions SMSPS sont généralement réalisées dans les secteurs de la santé, de la protection basée sur la communauté et de l'éducation.

S'APPUYER SUR LES STRATÉGIES ET LES POLITIQUES EXISTANTES

Ces directives renforcent et complètent des stratégies-clés et des politiques en usage au HCR, telles qu'elles sont formulées dans :

- [A Community Based Approach in UNHCR operations](#) (2008a);
- [Accountability Framework for age, gender, diversity mainstreaming](#) (UNHCR, 2007b);
- [Policy on refugee protection and solutions in urban areas](#). (UNHCR, 2009);
- [Education Strategy 2012-2016](#) (UNHCR, 2012b);
- [Working with persons with disabilities in forced displacement](#) (UNHCR, 2011d);
- [Guiding principles and Strategic Plans from UNHCR's Public Health Section](#) (UNHCR, 2013a);
- [Ensuring Access to Health Care – Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban areas](#) (UNHCR, 2011b);
- [Protection Policy Paper: Understanding Community-Based Protection](#) (UNHCR, 2013b);
- [Public health equity in refugee and other displaced persons settings](#) (UNHCR, 2010);
- [Global Review of UNHCR's mental health and psychosocial support for persons of concern](#) (UNHCR).

Ces directives s'inspirent également d'un consensus interorganisations en matière de SMSPS et de sujets qui s'y rapportent, tels qu'ils sont exposés dans :

- [The IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#) (IASC, 2007);
- [The Sphere Handbook](#) (The Sphere Project, 2011);
- [The Minimum standards for child protection in humanitarian action](#) (Child Protection Working Group, 2012);
- [Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: 10 myths](#) (WHO, 2012a);

- [IASC Guidelines on Gender-Based Violence in Humanitarian Settings](#). (IASC, 2005).
- [Community-based Rehabilitation: CBR Guidelines](#) (World Health Organization et al., 2010).
- Office of The United Nations High Commissioner for Human Rights (2006). [Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation](#) (United Nations, 2006).
- [Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for major humanitarian settings](#) (WHO & UNHCR, 2012).
- [mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings](#) (WHO, 2010).
- [Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress – mhGAP Intervention Guide Module](#) (WHO & UNHCR, 2013).

Pour la version française de certains documents, voir pages 62-66 (Références)

2. OBJECTIFS

Ce document a été conçu pour appuyer les programmes-pays du HCR afin de promouvoir et de faciliter l'accès à la santé mentale et au soutien psychosocial (SMSPS) pour les réfugiés.

Ces directives opérationnelles veulent réaliser ce but en :

- Etablissant, au sein du HCR et des organisations partenaires, une vision commune des interventions SMSPS et de leur importance pour les secteurs de la santé ainsi que pour les autres secteurs,
- Fournissant des directives pour l'utilisation de l'approche SMSPS tout au long des opérations,
- Offrant des conseils pratiques pour concevoir des interventions SMSPS de base dans un système de soins à niveaux multiples qui améliore les capacités existantes.

Dans chaque cadre opérationnel concernant les réfugiés, le HCR se doit de jouer un rôle de guide et les directives formulées dans ce document permettront de faire des choix, en coopération avec les partenaires, pour organiser les services et mobiliser le soutien communautaire afin de promouvoir un système de SMSPS fonctionnel et équilibré en faveur des personnes réfugiées.

3. PRINCIPES DIRECTEURS

Ce document s'organise autour de dix principes directeurs exposés ci-dessous. Chacun d'eux sera opérationnalisé au chapitre quatre.

1. **Employer des approches basées sur les droits, des approches communautaires et des approches participatives**

Les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence du HCR, notamment les enfants, les jeunes, les femmes, les personnes âgées, les minorités sexuelles et les autres minorités, ainsi que les groupes ayant des besoins spécifiques, doivent être impliqués par le HCR et les partenaires à tous les stades de la conception et de la réalisation des activités de SMSPS.

2. **Assurer l'égalité devant les soins et leur accès**

Tous les réfugiés et les autres bénéficiaires doivent avoir accès à des services de santé mentale et à un soutien psychosocial de qualité. Ils doivent bénéficier d'un niveau d'accès et d'une qualité de soins équivalents à ceux dont jouit la population-hôte, à des coûts semblables ou moins élevés, et sans qu'il soit fait de discrimination au sein de la communauté de réfugiés.

3. **Evaluer les besoins et les ressources**

Les programmes SMSPS doivent être fondés sur une évaluation systématique et complète des besoins.

4. **Utiliser une approche systémique**

Il faut concevoir les programmes SMSPS à l'aide d'une approche systémique comprenant différents niveaux de supports complémentaires, avec des systèmes fonctionnels de référence entre les différents niveaux.

5. **Viser une offre de services intégrés**

Les services et dispositifs de soutien de SMSPS ne doivent pas être considérés comme un 'secteur indépendant', isolé des autres services, mais doivent s'intégrer

dans le système général de soutien communautaire et dans les programmes et les systèmes de santé publique déjà en place.

6. Adapter les services aux différentes étapes du cycle de déplacements des réfugiés

Adopter l'approche SMSPS dès le lancement d'une opération d'urgence et une approche par phases pour développer les interventions SMSPS de base tout au long du cycle des déplacements.

7. Renforcer les capacités

L'offre directe de services doit être assortie d'une stratégie de renforcement des capacités au moyen de partenariats et elle doit inclure des systèmes pour offrir des formations de suivi et de la supervision.

8. Réaliser un suivi et des évaluations appropriés et systématiques

Les méthodes d'intervention SMSPS doivent systématiquement faire l'objet de suivi et d'évaluations.

9. Garantir l'observance des politiques et des stratégies du HCR et celle des normes et des directives nationales et internationales

L'offre de services de SMSPS doit s'effectuer en conformité avec les politiques et les stratégies du HCR, observer les normes internationales minimales et être compatible avec les politiques gouvernementales.

10. Ne pas nuire

Il est important d'être conscient des effets potentiellement négatifs des programmes et des activités humanitaires, y compris de celles ayant pour but d'améliorer la santé mentale et le soutien psychosocial, et d'empêcher de nuire involontairement aux réfugiés.

Portrait d'une enfant syrienne
fait dans son mobile-home
dans le camp de réfugiés de Za'atari
en Jordanie. UNHCR/
O.Laban-Mattei



4. DIRECTIVES OPÉRATIONNELLES

1. ADOPTER DES APPROCHES BASÉES SUR LES DROITS, DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES ET DES APPROCHES PARTICIPATIVES

Le HCR et les partenaires doivent s'assurer que les réfugiés et les autres bénéficiaires sont impliqués à tous les stades de la conception et de la mise en œuvre des activités de SMSPS, et notamment les enfants, les jeunes, les femmes, les personnes âgées, les minorités sexuelles et les autres minorités, ainsi que les groupes ayant des besoins spécifiques.

Toutes les interventions du HCR, y compris celles de SMSPS, doivent privilégier les intérêts des réfugiés, respecter leurs décisions et être guidées par les principes de confidentialité, de sûreté, de sécurité, de respect, de dignité et de non-discrimination. L'égalité des genres et le respect des droits de tous les réfugiés, quels que soient leur âge ou leur origine, sont au cœur du travail du HCR. Ceci a été exprimé dans [Age, Gender, and Diversity Mainstreaming Approach](#) (UNHCR, 2012a) qui réunit trois approches étroitement liées :

- *Une approche participative*, qui cherche à relier la participation des réfugiés à la conception des programmes et à leurs réactions et commentaires.
- *Une approche communautaire*, qui reconnaît la résilience, les capacités, les talents et les ressources des réfugiés, et qui se concentre sur l'identification et le renforcement des capacités communautaires à s'auto-protéger.
- *Une approche basée sur les droits*, qui requiert de travailler activement à la réalisation des droits humains des réfugiés, qui s'efforce de corriger les pratiques discriminatoires et les divisions de pouvoir injustes qui freinent le développement, et qui veille à ce que les plans, les politiques et les processus de développement soient ancrés dans un système de droits et qu'ils correspondent aux obligations fixées par la loi internationale.

Ces directives opérationnelles pour la SMSPS reflètent l'approche du HCR en matière d'âge, de genre et de diversité et aspirent à la renforcer. Ne pas prendre en compte la diversité risquerait d'entraîner un manque d'impartialité par l'exclusion et la marginalisation de certains groupes, et pourrait entraîner une aggravation de leur situation.

Mesures à prendre

1.1 Consulter la communauté et les personnes ayant des problèmes mentaux ou psychosociaux au moment de concevoir les services

Lorsqu'il s'agit de concevoir et d'exécuter des interventions pour répondre aux problèmes mentaux et psychosociaux, consulter la communauté doit être la norme plutôt que l'exception. Ceci implique de :

- Déterminer comment les communautés de réfugiés définissent, identifient et traitent les personnes ayant des problèmes mentaux ou psychosociaux (ainsi que la façon dont les communautés peuvent les négliger).
- Observer comment les communautés font face au handicap et au stress psychosocial et comment leur situation de réfugiés a peut-être détérioré ces mécanismes d'adaptation.
- Adopter des méthodes participatives pour évaluer les besoins et s'assurer que la voix des personnes ayant des problèmes mentaux ou psychosociaux et celle de leurs familles sont également prises en compte. Garder à l'esprit que les personnes qui sont le plus dans le besoin sont souvent les dernières à faire connaître leurs besoins. (Pour les détails concernant l'évaluation, voir le point 3 dans les directives opérationnelles).

1.2. Plaider pour les droits économiques et sociaux des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou psychosociaux

- Encouragez les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou psychosociaux à participer aux activités communautaires et incitez les communautés à faciliter leur participation.
- Procédez, ensemble avec la communauté, à une identification précise et systématique des personnes et/ou des groupes ayant des besoins particuliers en matière de SMSPS.
- Recherchez un consensus sur les possibilités d'offrir des services de base aux personnes ayant des besoins spécifiques en SMSPS, en concertation avec la communauté et les personnes concernées.

Sources d'information

- UNHCR. (2008). [*A community-based approach in UNHCR operations*](#). Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. (UNHCR, 2008a);
- UNHCR. (2011). [*Age, Gender and Diversity Policy*](#). Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. (UNHCR, 2011a);
- Office of The United Nations High Commissioner for Human Rights (2006). [*Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation*](#). (United Nations, 2006).

2. ASSURER L'ÉGALITÉ DEVANT LES SOINS ET LEUR ACCÈS

Tous les réfugiés ainsi que les autres personnes relevant de la compétence du HCR doivent avoir accès à des services de santé mentale et à un soutien psychosocial de qualité. Ils doivent bénéficier d'un niveau d'accès et d'une qualité de soins équivalents à ceux dont jouit la population-hôte, à des coûts semblables ou moins élevés, et sans qu'il soit fait de discrimination au sein de la communauté de réfugiés.

Il peut y avoir plusieurs raisons pour lesquelles des personnes ayant des problèmes mentaux ou psychosociaux ne reçoivent pas l'assistance nécessaire. Cela peut être dû à la stigmatisation, à la honte, à la marginalisation de certains groupes ou au manque d'information sur les services disponibles.

Mesures à prendre

2.1. Observer quels groupes ont l'accès aux services et quels groupes ne l'ont pas

- Observez qui a l'accès aux services et en a de facto le contrôle. Dans les sites d'installation de réfugiés, il arrive que des groupes ou des individus avec des besoins spécifiques soient ignorés ou exclus, volontairement ou non, ce qui amène de nouveaux problèmes.
- Si l'on a identifié des groupes marginalisés, tels que les femmes et les filles, les personnes âgées ou handicapées, les minorités sexuelles ou d'autres groupes minoritaires, les enfants non accompagnés ou séparés de leurs familles, il faut agir en concertation avec la communauté et les partenaires pour remédier aux pratiques discriminatoires et pour améliorer l'accessibilité des services de SMSPS pour ces groupes.

2.2. S'assurer que les populations sont informées des services et des dispositifs de soutien accessibles pour les problèmes mentaux et psychosociaux

- Prenez les mesures qui conviennent pour faire savoir à la population cible que ces services et ces structures d'appui leur sont accessibles et où elle peut les trouver.
- Employez autant que possible les vecteurs de diffusion d'informations qui sont présents dans la communauté, en instruisant par exemple les agents communautaires (de proximité), les éducateurs de santé, les enseignants, les membres d'associations de parents d'élèves ou des clubs de la jeunesse, ou tout autre personne-clé de la communauté de réfugiés, et en employant des personnels d'organisations partenaires du HCR engagées dans les opérations auprès des réfugiés.
- Menez des actions de proximité ciblées auprès des groupes marginalisés, si cela s'avère nécessaire pour atteindre des gens qui autrement continueraient d'ignorer les services de SMSPS, ou qui ne pourraient pas y accéder en raison de barrières physiques ou sociales.

2.3 Prendre des mesures pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles mentaux ou de problèmes psychosociaux

- Les personnes souffrant de problèmes mentaux ou psychosociaux et leurs familles peuvent craindre que rechercher de l'aide pour ce genre de problèmes ne les expose à être discriminées ou rejetées par leurs communautés.
- En concevant les services, il est important de minimiser tout ce qui, dans les interventions, pourrait conduire à la stigmatisation ou la discrimination. Ainsi, vous garantirez la confidentialité en utilisant des salles de consultation adaptées et vous formulerez les messages de promotion de la SMSPS en termes non stigmatisants.
- Impliquez activement les personnes souffrant de troubles mentaux dans la conception et l'exécution des interventions. Ceci afin d'adresser un message positif aux communautés en démontrant que les gens souffrant de troubles mentaux sont capables de jouer un rôle utile dans la société.

- Intégrez les services de SMSPS dans les services et les structures d'appui existants, afin d'aplanir les obstacles qui empêchent de demander de l'aide (Pour les détails, voir le point 4 dans les directives opérationnelles).

2.4. Prendre des mesures pour garantir l'accès des services de base aux personnes ayant des besoins spécifiques en matière de SMSPS

Assurez l'accès aux services de base pour les personnes ayant des besoins spécifiques en matière de SMSPS. Parfois, il sera nécessaire de mener des actions de proximité auprès des groupes exclus qui peuvent ignorer l'existence des services de SMSPS, ou qui peuvent ne pas les employer en raison de barrières physiques ou sociales. Vous pouvez recourir aux mesures suivantes :

- Organisez une forme de soutien par les pairs pour les enfants ayant des difficultés à accéder à l'éducation, par exemple parce que ces enfants ou leurs parents craignent d'emprunter le chemin vers l'établissement scolaire.
- Incluez, dans tout message de sensibilisation adressé à la communauté, des messages sur l'égalité d'accès aux services.
- Plaidez afin que la médication pour traiter les troubles chroniques mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS), soit à des prix abordables pour tous, en rendant cette médication gratuite ou à un tarif subventionné.
- Si la situation l'exige, organisez des systèmes bien adaptés de distribution de produits alimentaires et non alimentaires aux personnes ayant des besoins spécifiques, afin d'éviter qu'elles soient discriminées ou victimes d'abus de pouvoir.

3. EVALUER LES BESOINS ET LES RESSOURCES

Les programmes SMSPS doivent être basés sur une évaluation des besoins systématique et inclusive.

Les évaluations faites lors des opérations du HCR visent généralement à mieux comprendre la situation et les problèmes des réfugiés, leur capacité à gérer ces problèmes, les ressources qui sont disponibles et les moyens à mettre en œuvre pour renforcer ces ressources. Les processus d'évaluation doivent prendre en compte les besoins et les ressources en SMSPS.

Mesures à prendre

3.1 Evaluer les besoins en SMSPS

- Incluez les points de vue des différentes parties prenantes, y compris ceux des filles et des garçons, des hommes, des femmes, des personnes âgées, et des différents groupes culturels, religieux et socio-économiques.
- Ne rassemblez que des informations pouvant aboutir à une action directe. Rassembler trop d'informations revient à gaspiller des ressources et à solliciter inutilement les personnes interrogées.
- Adoptez une définition large de la santé mentale et des problèmes psychosociaux. Les estimations réductrices qui se limitent à une seule forme de troubles mentaux tel le stress post-traumatique (PTSD), ne fournissent pas de données suffisantes pour concevoir un programme SMSPS significatif et complet.
- Collectez et analysez l'information déjà disponible pour éviter de dupliquer les évaluations.
- Coordonnez l'élaboration, la réalisation et l'interprétation des évaluations avec les parties prenantes qui conviennent, c'est-à-dire, autant que possible, avec les gouvernements, les ONG, les organisations communautaires et religieuses, les universités locales et les populations concernées.

- Employez des outils adaptés à la situation spécifique des réfugiés. Les méthodes qualitatives sont généralement efficaces pour comprendre quels sont les problèmes de première urgence et comment ceux-ci sont perçus par les différentes parties prenantes. Voir l'encadré 1 pour une rapide vue d'ensemble de cette méthodologie.
- En ce qui concerne la programmation standard dans les sites d'installation de réfugiés, il n'est pas recommandé de faire une recherche sur le taux de prévalence des troubles mentaux car cette méthodologie est compliquée, elle exige des ressources spécifiques et, encore plus important, les résultats de la recherche ne sont pas essentiels pour concevoir les services.¹ En règle générale, on peut employer les projections de l'OMS en matière de troubles mentaux chez les adultes affectés par les situations d'urgence. Voir l'encadré 2.

1 L'emploi de questionnaires d'auto-évaluation pour estimer la prévalence des troubles mentaux dans les situations d'urgence est controversé. Dans de nombreuses situations de crise humanitaire, les instruments d'auto-évaluation tels que le Hopkins Symptom Checklist -25 (HSCL-25), le Self-Reporting Questionnaire (SRQ) pour les troubles mentaux courants, et le Harvard Trauma Questionnaire pour le PTSD n'établissent pas suffisamment la différence entre la détresse psychologique (par exemple un stress lié aux conditions de vie des réfugiés) et les troubles mentaux (qui ne sont plus d'ordre normal et constituent un sérieux obstacle au fonctionnement) et peuvent de ce fait fournir des «des taux de prévalence estimés » fort exagérés en matière de dépression et de troubles anxieux. C'est la raison pour laquelle le WHO /UNHCR *Toolkit for humanitarian settings : Assessing mental health and psychosocial needs and resources* ne recommande pas ces instruments pour les évaluations des besoins liés aux troubles mentaux dans les populations en situation de crise humanitaire.

ENCADRÉ 1: EMPLOI DE MÉTHODES D'ÉVALUATION RAPIDE CONCERNANT LA SMSPS DANS LES SITES D'INSTALLATION DE RÉFUGIÉS

Les méthodes d'évaluation rapide permettent de rassembler rapidement des informations sur les questions de SMSPS et sur les ressources disponibles d'une région ou d'une communauté déterminées. Ces méthodes peuvent servir à rassembler rapidement des données contextuelles, sociales et institutionnelles, afin de développer des programmes d'intervention.

Les aspects essentiels de ces méthodes sont les suivants :

- Rapidité;
- Accent mis sur l'intervention;
- Engagement multisectoriel – incluant la santé, les communautés et la protection basée sur la communauté;
- Analyse multi niveaux – individuel, communautaire, structurel;
- Approche communautaire – impliquant dès le début les membres de la communauté ;
et
- Un caractère essentiellement qualitatif.

Ces méthodes se basent sur les principes suivants:

- Des sources de données multiples et un recoupement continu des données (vérification des informations par recoupement avec d'autres sources) ; ainsi, les entretiens réalisés par une seule personne aidée d'un seul interprète ne suffisent pas et les informations doivent être vérifiées auprès d'autres sources d'information ;
- Une approche interactive pour formuler et tester les hypothèses, qui évolue tout au long de la collecte des données et au stade de l'analyse ; et
- Le seuil de saturation des données, lorsque rassembler plus de données n'apporterait guère ou pas du tout d'informations nouvelles.

Basé sur UNHCR & OMS (2008)

ENCADRÉ 2: PROJECTIONS DE L'OMS EN MATIÈRE DE TROUBLES MENTAUX PARMI LES POPULATIONS ADULTES AFFECTÉES PAR LES SITUATIONS D'URGENCE (OMS & UNHCR 2012)

	Prévalence 12 mois avant la situation d'urgence ^a	Prévalence 12 mois après la situation d'urgence ^b
Troubles graves (par ex. Psychose, dépression grave, troubles anxieux gravement invalidants)	2% to 3%	3% to 4% ^c
Troubles légers ou modérés (par ex. Formes légères ou modérées de dépression et troubles anxieux incluant le stress post-traumatique, léger à modéré)	10%	15% to 20% ^d
Détresse psychologique normale/ autres réactions psychologiques (absence de troubles)	Pas d'estimation	Faible pourcentage

- Les taux présumés sont des taux médians inter-pays relevés dans les Etudes sur la santé mentale dans le monde
- Les chiffres représentent des taux médians inter-pays. Les taux observés varient avec la méthode d'évaluation (par ex. le choix de l'outil d'évaluation) et le contexte (par ex. la durée écoulée depuis la situation d'urgence, les facteurs socioculturels d'adaptation et le soutien social communautaire, l'exposition à l'adversité passée et présente).
- Il s'agit d'une estimation reposant sur le postulat que des événements traumatiques ou le deuil peuvent provoquer une rechute dans des troubles mentaux auparavant stabilisés, et peuvent provoquer des troubles de l'humeur ou de l'anxiété fortement invalidants.
- Il est reconnu que les événements traumatiques et le deuil font augmenter les risques de dépression et de troubles anxieux, y compris les troubles de stress post-traumatique

3.2. Evaluer les ressources disponibles pour la SMSPS

- Évaluez les ressources disponibles pour la SMSPS, tant formelles qu’informelles, afin d’augmenter la probabilité que l’intervention humanitaire repose bien sur les appuis, les ressources et les capacités déjà présentes sur le terrain.
- Réalisez une évaluation initiale et une analyse des pratiques existantes, des besoins en formation et des compétences, avec toutes les parties prenantes impliquées dans la SMSPS, afin de vous assurer que la formation s’intègre bien dans l’ensemble du système.

Voir l’annexe 3 concernant les outils utilisables pour les évaluations de SMSPS.

Sources d’information

- IASC-RG MHPSS. (2012a). [IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.](#)
- IASC-RG MHPSS. (2012c). [Who is Where, When, doing What \(4Ws\) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes \(field test-version\).](#) Geneva: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
- UNHCR. (2006). [Participatory Assessment in Operations.](#) Geneva: UNHCR.
- UNHCR, & WHO. (2008). [Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide.](#) Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- WHO & UNHCR. (2012). [Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for major humanitarian settings.](#) Geneva: World Health Organization.

4. ADOPTER UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

Les programmes SMSPS doivent être conçus en tant que systèmes à multiples niveaux de support complémentaire permettant une référence fonctionnelle entre les différents niveaux. Il faut combiner l'approche SMSPS générique avec les interventions SMSPS spécifiques.

Les individus étant différents, ils ont également des types de besoins différents (allant des services de prévention et de promotion de la santé aux traitements spécialisés), et il est primordial de prendre en compte cette diversité des besoins. Il importe également de promouvoir une utilisation équilibrée et justifiée des ressources. C'est pourquoi les activités SMSPS doivent être conçues dans le cadre d'un système à multiples niveaux de support complémentaire avec des systèmes de référence.

La SMSPS est de fait un domaine intersectoriel de l'intervention humanitaire et non pas du seul ressort d'une poignée de spécialistes. Beaucoup d'interventions d'acteurs engagés dans l'action humanitaire ont un impact sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des réfugiés et des autres bénéficiaires. Dans ces directives opérationnelles, nous établissons une distinction entre 'l'approche SMSPS' et les 'interventions SMSPS' (voir encadré 3).²

ENCADRÉ 3: APPROCHE SMSPS ET INTERVENTIONS SMSPS

Adopter une **approche SMSPS** signifie fournir une réponse humanitaire qui soit bénéfique à la santé mentale et au bien-être psychosocial des réfugiés. Ceci s'applique à tous les acteurs engagés dans l'assistance aux personnes réfugiées.

Les **interventions SMSPS** consistent en une ou plusieurs activités dont le but essentiel est d'améliorer la santé mentale et le bien-être des réfugiés. Les interventions SMSPS sont généralement effectuées dans le cadre des secteurs de la santé, de la protection basée sur la communauté et de l'éducation.

2 La distinction entre 'approche psychosociale' et 'interventions psychosociales' est également établie par des ONG telles que TdH (Terre des hommes, 2010).

Mesures à prendre

4.1. Créer un équilibre entre l'approche SMSPS générique et les interventions SMSPS spécifiques

Créer un système équilibré de SMSPS peut se révéler délicat lorsque des groupes d'intérêts tentent de rétrécir le champ d'action de la SMSPS (en se focalisant par exemple sur quelques groupes spécifiques tels que les survivant(e)s de violences sexuelles et sexistes, les ex-enfants soldats et les survivant(e)s de tortures, ou en lançant des services spécialisés sans avoir renforcé les autres degrés du système à multiples niveaux des prestations de services en matière de SMSPS. Les besoins des groupes spécifiques doivent être pris en compte dans les programmes de SMSPS, mais il faut éviter un 'ciblage excessif' qui pourrait créer de la discrimination et des tensions dans la communauté.

L'approche SMSPS à elle seule ne peut pas faire face aux problèmes plus complexes mais elle peut contribuer à la prévention de ces problèmes et créer un terrain favorable pour les interventions SMSPS là où elles sont nécessaires.

Les interventions SMSPS visent essentiellement à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des réfugiés, mais il est préférable qu'elles ne se transforment pas en activités isolées. Les activités qui sont intégrées à des systèmes plus vastes, tels que les services de santé générale, les systèmes éducatifs et les services sociaux, tendent à être accessibles à un plus grand nombre de personnes et elles sont généralement moins stigmatisantes pour les intéressés (CPI 2007). Voir les Principes directeurs 5.

En élaborant les interventions SMSPS:

- Veillez à ce que les dispositifs de soutien psychosocial s'intègrent dans les services et les réseaux communautaires préexistants.
- Donnez la priorité au rétablissement des services éducatifs, et ce, même au premier stade des opérations d'urgence, car ceci permettra d'offrir un soutien important aux enfants et aux personnes qui les ont à charge.
- Veillez à ce que le dispositif de soins de santé mentale soit relié de manière fonctionnelle au système de santé générale et qu'il s'y intègre, plutôt que d'établir des services parallèles de santé mentale.

4.2. Elaborer un système de services à multiples niveaux

Pour conceptualiser un système équilibré de SMSPS, la pyramide de services à multiples niveaux du CPI est une bonne source d'inspiration. Voir figure 4.1. Les principes d'un système de services de SMSPS à multiples niveaux y sont exposés. Pour les détails concernant des activités spécifiques et comment les positionner dans les secteurs d'opérations du HCR, se référer aux 'principes directifs 5'.

Niveau 1 : Prestations de services de base et de sécurité

En procurant des biens de première nécessité et des services essentiels (alimentation, abri, eau, soins de santé de base, contrôle des maladies transmissibles) et de la sécurité, il faut veiller à ce que cela ne porte pas atteinte au bien-être psychosocial et à la santé mentale. Cela signifie que les acteurs chargés de fournir ces services essentiels adoptent 'l'approche SMSPS'. Les professionnels de la SMSPS auront peut-être à plaider pour qu'il soit garanti que les services et l'assistance bénéficient également aux personnes particulièrement vulnérables, et notamment aux personnes souffrant de troubles mentaux et aux survivant(e)s de violences sexuelles ou sexistes, sans toutefois que l'on privilégie un groupe particulier, car cela pourrait entraîner de la discrimination, de la stigmatisation et une plus grande détresse psychologique.

Niveau 2 : Renforcement des dispositifs de soutien communautaires et familiaux

Les réfugiés, comme tout un chacun, peuvent préserver leur santé mentale et leur bien-être psychosocial en ayant recours aux principaux dispositifs de soutien communautaires et familiaux. Il règne dans les sites d'installation de réfugiés une forte désorganisation des réseaux familiaux et communautaires, et c'est pourquoi il importe de permettre aux communautés de réfugiés de construire et/ou de reconstruire des dispositifs de soutien. Les situations d'urgence sapent souvent les structures sociales des réfugiés et peuvent réduire la capacité des populations à s'entraider efficacement. Les activités qui favorisent la cohésion parmi les populations de réfugiés en sont d'autant plus utiles. Les activités rattachées à ce niveau, au sein des opérations coordonnées par le HCR, sont généralement exécutées par la protection basée sur la communauté et par ses organisations partenaires. Elles peuvent être réalisées sous forme de soutien au rétablissement et/ou au développement des structures communautaires des réfugiés, de façon à

ce qu'elles soient représentatives de la population en matière d'âge, de genre et de diversité, et pour que les atouts communautaires permettant d'améliorer le bien-être des personnes relevant de la compétence du HCR soient renforcés (UNHCR, 2007a).

Niveau 3 : Dispositifs de soutien ciblé

Un certain nombre de personnes auront besoin que des interventions davantage centrées sur l'individu, la famille ou le groupe, soient mises en œuvre par des agents de santé générale ou des agents communautaires formés à cet effet et supervisés. Les participants à ces activités sont généralement des personnes qui s'adaptent difficilement aux réseaux de soutien dont ils dépendent.

Niveau 4 : Services cliniques

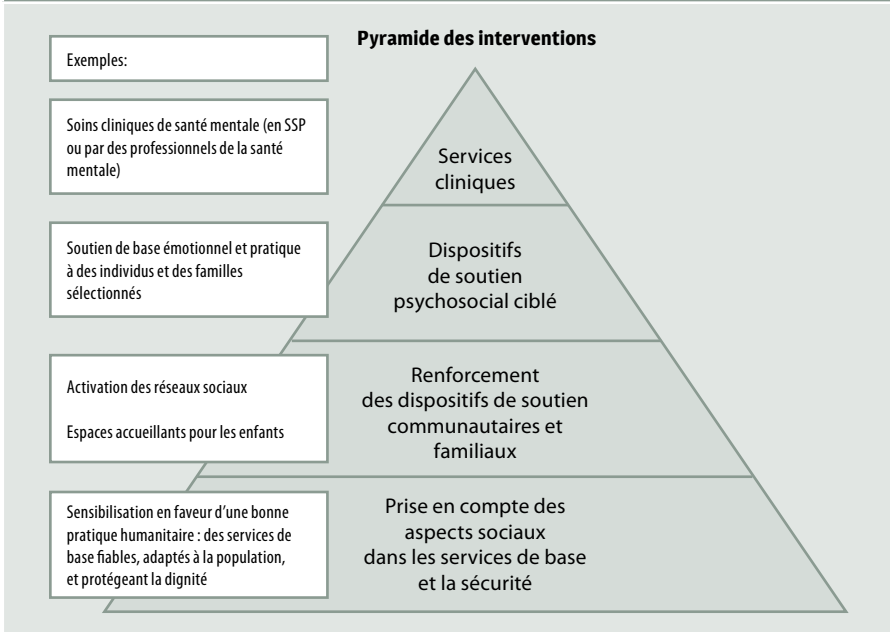
Un pourcentage assez faible de la population présente des symptômes graves et/ou éprouve des souffrances intolérables et de grandes difficultés à fonctionner dans la vie quotidienne. Ce groupe se compose de personnes souffrant de troubles mentaux antérieurs à la situation d'urgence ou qui ont été provoqués par cette situation. Il s'agit par exemple de personnes affectées par une psychose, par l'utilisation de substances psychoactives, par une grave dépression, par des symptômes anxieux invalidants, ou de personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour leur entourage.

Exemples d'interventions possibles à ce niveau:

- Fourniture de soins de santé mentale primaires par des médecins, des infirmiers et des agents hospitaliers formés à cet effet.
- Supervision et suivi des personnels de santé primaire par un psychiatre responsable de visites d'appui et de supervision.

(Pour plus de détails, voir 5.2.).

FIGURE 1. LA PYRAMIDE DU CPI (ADAPTEE AVEC AUTORISATION)



4.3. Développer des procédures opérationnelles standard (SoPs) pour la référence

Il est primordial d'établir des liens fonctionnels entre les divers types de services et de dispositifs de soutien. Pour maximaliser l'effet, il faut :

- Etablir de façon claire des procédures opérationnelles standard pour la référence des cas.
- Nommer des points focaux pour la coordination SMSPS dans chaque secteur pertinent de l'intervention auprès des réfugiés (au minimum : dans la santé, la protection basée sur la communauté, l'éducation).
- Nommer des agents de soutien (psycho)social communautaire ou des gestionnaires de cas qui serviront d'intermédiaires entre le niveau communautaire et celui des interventions en centres de soins de santé primaires ou en établissements plus spécialisés. Ils pourront également aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou psychosociaux ainsi que leurs familles à accéder aux services et aux dispositifs de soutien appropriés.

- Organiser des réunions régulières entre les praticiens du niveau local afin de discuter les cas difficiles, la référence et les interventions coordonnées.

4.4. Créer des mécanismes de coordination pour la SMSPS

Les interventions SMSPS doivent être coordonnées aussi bien au niveau national qu'au niveau des prestations de services aux personnes, aux familles et aux communautés. En raison du caractère multisectoriel de la SMSPS, il est essentiel d'impliquer les parties prenantes des différents secteurs dans la mise au point des interventions de SMSPS. Les secteurs à impliquer sont ceux de la santé, de la protection basée sur la communauté, de l'éducation, de la coordination et de la gestion des camps, ainsi que ceux assurant les mécanismes de coordination de terrain pour les réfugiés résidant hors des camps.

Coordination au niveau national

- Instaurez des mécanismes permettant d'harmoniser les activités de SMSPS au cours des opérations.
- Participez aux groupes interorganisationnels de travail dévoués à la SMSPS quand ceux-ci existent.
- Veillez à ce que la SMSPS soit discutée au cours des réunions ordinaires de coordination sectorielle chaque fois que cela s'avère nécessaire.

Coordination au niveau local

- Créez un groupe de travail pour la SMSPS qui se rencontre régulièrement dans le but de discuter à la fois des services et des cas complexes. Ce groupe devrait se composer de personnel des secteurs concernés (santé, protection basée sur la communauté, éducation) et inclure les prestataires de services.
- Créez un mécanisme permettant aux réfugiés eux-mêmes de faire connaître leurs réactions, en instaurant par exemple un comité-conseil composé de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou psychosociaux et de représentants de la communauté.

- Veillez à ce que la santé mentale soit discutée lors des réunions mensuelles ordinaires consacrées à la coordination de la santé, par exemple en l'introduisant comme point courant des ordres du jour.
- Veillez à ce que la SMSPS soit discutée lors des réunions courantes de coordination sectorielle.
- Veillez à ce qu'il y ait une banque de données actualisée (tous les 3 mois par exemple) consacrée aux 4 W (Qui fait Quoi, Où et Quand) en matière de SMSPS (IASC-RG MHPSS, 2012c).

Sources d'information

- IASC. (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#). Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IASC-RG MHPSS. (2012b). [Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Camp Coordination and Camp Management Actors Know?](#) Geneva: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support.
- The Sphere Project. (2011). [Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response](#). Geneva: the Sphere Project.

5. S'EFFORCER DE FOURNIR DES PRESTATIONS DE SERVICES INTÉGRÉS

La santé mentale et le soutien psychosocial ne doivent pas être considérés comme un 'secteur indépendant' isolé des autres services et dispositifs de soutien, mais ils doivent s'intégrer dans le dispositif de soutien communautaire et dans les programmes et les systèmes de santé publique déjà en place.

Mesures à prendre

5.1. Promouvoir l'adoption de l'approche SMSPS au sein du HCR et auprès des partenaires

Adopter des approches participatives et fournir des services d'une manière respectueuse peut contribuer au bien-être psychosocial des réfugiés. Les personnels engagés dans les opérations auprès des réfugiés ne sont pas toujours conscients des effets de leurs interventions sur la santé mentale et le bien-être psychosocial. Il est donc important que toutes les parties prenantes des programmes soutenus par le HCR prennent conscience du caractère transversal de la SMSPS.

Exemples d'activités réalisables

- Incorporation des questions de SMSPS dans les évaluations globales des besoins, en y incluant les évaluations participatives (voir point 10.1 pour plus de détails).
- Amélioration de la sensibilisation et de l'information des populations de réfugiés au sujet de la SMSPS, par les personnels du HCR travaillant dans les centres d'accueil et les bureaux d'enregistrement, grâce par exemple à :
 - L'organisation, pour les personnels chargés de l'enregistrement, d'un séminaire sur la SMSPS dans les sites d'installation de réfugiés, comportant des sujets tels que les techniques de communication efficace, le comportement face aux émotions fortes, l'identification des problèmes de SMSPS chez les réfugiés, etc.

- De l'attention pour les effets que peuvent avoir sur le bien-être psychosocial les activités des divers secteurs et unités appuyés par le HCR, telles que la coordination et la gestion des camps, l'hébergement, l'eau & l'assainissement, et la nutrition. Il y a des éléments qui influencent le bien-être des résidents et qui peuvent contribuer soit à atténuer soit à intensifier le sentiment de détresse: la façon dont un camp est conçu et mis sur pied, celle dont les services de base sont organisés, fournis et fait connaître, ou la mesure dans laquelle la capacité d'autonomie des résidents est reconnue ou ignorée. En encourageant la communauté de réfugiés à construire ou réhabiliter ses lieux d'hébergement, à entretenir les points d'eau, les latrines, les aires de jeux, on aide les réfugiés à retrouver un sentiment d'autonomie et de responsabilité (IASC-RG MHPSS, 2012b).
- Renforcement des activités intersectorielles et organisation de stages sur l'intégration de la SMSPS. Par exemple :
 - Organisation de séminaires d'orientation, d'une ½ journée ou d'1 jour, consacrés aux premiers secours psychologiques dans les interventions d'urgence (WHO et al., 2013 –en cours d'impression).
 - Organisation de séminaires, d'une ½ journée ou d'1 jour, consacrés aux techniques de la communication efficace et de l'écoute active, au bénéfice des agents de santé de base.
 - Introduction de formations aux techniques de la communication et de la gestion des émotions fortes, dans les formations destinées aux personnels et aux bénévoles chargés d'établir des programmes éducatifs.
- Intégration de la SMSPS dans les formations sur la violence sexuelle et sexiste (SGBV) destinées aux personnels s'occupant des programmes traitant de la réadaptation à base communautaire(RBC), (SGBV).
- Sensibilisation des hauts responsables de tous les secteurs ou rappel qu'il est important d'adopter l'approche SMSPS dans tous les secteurs, en organisant par exemple de courtes séances d'information au bénéfice des hauts responsables.
- Veiller à ce que les groupes ou les personnes ayant des besoins spécifiques en SMSPS puissent accéder aux services de base tels que la distribution de produits alimentaires ou non-alimentaires. Si la mesure est nécessaire et adéquate, instaurer des files d'attente séparées ou un système de 'compagnonnage', et surveiller la distribution

des produits pour s'assurer qu'ils atteignent bien les groupes et les personnes qui ont des besoins spécifiques, avec toute la sécurité, l'équité et le respect voulus.

Sources d'information

- IASC-RG MHPSS. (2012b). [Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Camp Coordination and Camp Management Actors Know?](#) Geneva: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support.
- UNHCR. (2011d). [Working with persons with disabilities in forced displacement. Need to Know Guidance nr 1.](#) Geneva: Division of International Protection, United Nations High Commissioner for Refugees.
- WHO, World Vision International, & War Trauma Foundation. (2013 (in press)). Orientation seminars on Psychological First Aid (PFA) (working title). Geneva: World Health Organization, World Vision International & War Trauma Foundation.

5.2. Concevoir et réaliser des interventions SMSPS de base dans les programmes de protection basée sur la communauté

La plupart des communautés exercent déjà des mesures de protection au bénéfice de leurs membres vulnérables. Il doit être possible préserver ou de redonner un nouvel élan aux stratégies que les populations réfugiées employaient avant de devenir réfugiées. Il se peut toutefois que certaines stratégies d'adaptation (par exemple, les mesures restreignant la liberté de mouvement des femmes, ou celles excluant les minorités religieuses, ethniques ou d'autres minorités) soit nocives et particulièrement désavantageuses pour certains groupes vulnérables. Les réfugiés créent fréquemment des groupes ou des comités communautaires. Ces groupes peuvent servir de déclic pour renforcer les initiatives en faveur de la protection et du plaidoyer ainsi que de moteur du bien-être psychosocial, en réduisant les effets négatifs des troubles mentaux.

Les activités de SMSPS mises en œuvre dans les programmes de protection basée sur la communauté se situent généralement au niveau 2 (renforcer les dispositifs de soutien communautaires et familiaux) et au niveau 3 (dispositifs de soutien psychosocial ciblé) ou dans la pyramide du CPI (voir figure 1, page 34).

Exemples d'activités réalisables

- Créer des espaces accueillants pour les enfants et des espaces accueillants pour les jeunes ou des activités en leur faveur (Guidelines for Child Friendly Spaces in Emergencies, 2011).
- Réaliser des activités ludiques et propres à rallier les jeunes adolescents par le biais du sport, de l'accès à des ordinateurs, et des cours d'alphabétisation et de lecture.
- Encourager des activités de soutien communautaire sous la forme de groupements d'entraide communautaire et/ou de projets de soutien psychosocial intégrés dans des centres communautaires multifonctionnels en milieu urbain.
- Aider et former les personnels et les bénévoles des groupes communautaires (tels que les groupements féminins, les organisations de la jeunesse, les groupements culturels et les groupes religieux des églises ou des mosquées) pour qu'ils offrent de façon adéquate du soutien aux personnes ayant des problèmes mentaux ou psychosociaux.
- Encourager les activités qui favorisent la réduction des tensions parmi les réfugiés eux-mêmes et entre les réfugiés et les communautés environnantes.
- Intégrer les concepts de base en matière de SMSPS dans la formation et la supervision des agents communautaires de proximité et des bénévoles, en les formant par exemple à :
 - Fournir un soutien aussi bien émotionnel que matériel aux personnes qui ont, par exemple, subi des violences sexuelles et sexistes (SGBV) ou à celles qui ont besoin de se remettre de blessures causées par les conflits armés ou la torture.
 - Mettre en œuvre des interventions psychologiques ou psychosociales individuelles ou en groupe pour les personnes souffrant de formes légères de dépression ou d'anxiété.
- Promouvoir l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux graves, de déficiences intellectuelles ou d'épilepsie, dans les programmes de réadaptation à base communautaire.
- Engager des gestionnaires de cas ou des assistants sociaux pour aider les réfugiés ayant des problèmes mentaux ou psychosociaux multiples ou complexes à accéder aux services.

- Lancer des activités pour faire diminuer la consommation de produits nocifs et d'alcool : en engageant des discussions avec les directeurs de camps (personnel de terrain), avec les représentants des communautés et les agents de santé, sur les moyens de réduire la consommation nocive d'alcool et de drogues (en imposant, par exemple, des restrictions sur l'alcool, en réglementant les heures d'ouverture des points de vente, ou en interdisant les magasins de boissons alcoolisées et les bars à proximité des hébergements collectifs en milieu urbain).

Sources d'information

- ARC (Action for the rights of children). (2009). [Foundation module 7: Psychosocial support: ARC resource pack](#). Geneva: ARC. (ARC (Action for the rights of children), 2009).
- [Guidelines for Child Friendly Spaces in Emergencies](#). (2011): Global Education Cluster, Global Protection Cluster, Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) & IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support.
- UNHCR. (2008a). [A community-based approach in UNHCR operations](#). Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
- World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). [Psychological first aid: Guide for field workers](#). Geneva: WHO.
- IASC (2007) [Minimise harm related to alcohol and other substance use. Action Sheet 6.5 in Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#). Geneva: Inter-Agency Standing Committee.

Voir aussi:

- <http://psychosocial.actalliance.org> (ACT Alliance – Guide on Community based Psychosocial Support).
- <http://mhpps.net> (Mental health and Psychosocial Support Network).

5.3. Concevoir et réaliser des interventions SMSPS dans les programmes éducationnels

L'éducation est un outil important pour réaliser le large mandat du HCR en matière de protection. L'éducation des enfants et de la jeunesse a un effet régulateur sur les personnes touchées par les situations d'urgence et cela peut ainsi diminuer l'impact psychosocial des facteurs de stress et des effets du déplacement, et donc offrir une protection aux groupes à risques (UNHCR, 2011).

L'éducation peut avoir un effet curatif non seulement sur les enfants mais aussi sur les parents et les communautés entières, en introduisant une sorte de routine et de normalité dans la vie des réfugiés et en leur redonnant l'espoir d'un avenir meilleur. De plus, les parents qui ont été psychologiquement affectés par les événements qu'ils ont vécus et par les facteurs de stress dans de leur situation quotidienne, peuvent ainsi augmenter leur capacité d'apprendre à surmonter la nouvelle situation, s'ils savent que l'on prend soin de leurs enfants plusieurs heures par jour. Dans quelle mesure le système éducatif contribue au bien-être psychologique et émotionnel des enfants, cela dépend de la qualité des programmes éducationnels qui sont offerts (UNHCR, 2011c). Les activités de SMSPS dans les programmes éducatifs se situent généralement au niveau 2 (renforcer les dispositifs de soutien communautaire et familial) et au niveau 3 (soutien psychosocial ciblé) de la pyramide du CPI (voir la figure 1, page 34).

Exemples d'activités réalisables

- Former les éducateurs à privilégier les méthodes d'apprentissage stimulantes, tenant compte du genre et bien adaptées aux enfants, afin d'aider les enfant ayant des difficultés d'apprentissage ou de comportement.
- Former les personnes s'occupant des enfants qui ont des problèmes de SMSPS à la psychoéducation.
- Mettre en place un système de soutien psychosocial pour tous les éducateurs, et notamment un système de soutien par les pairs.
- Encourager la création d'associations de parents d'élèves, encadrer et accompagner celles-ci quand c'est nécessaire.

- Former les éducateurs à identifier les enfants ayant des problèmes de SMSPS et à les référer à des professionnels de la santé, tels que les infirmières psychiatriques ou les gestionnaires de cas.
- Organiser des événements sociaux, sportifs notamment, dans le cadre des écoles et des programmes d'éducation informelle, pour maximaliser la capacité des écoles à avoir un impact positif sur les parents et sur la communauté.
- Créer un système de suivi des enfants ayant abandonné l'école, par exemple sous la forme de clubs d'activités extrascolaires.
- Assurer un environnement éducatif permettant aux enfants d'être et de se sentir en sécurité et désireux d'apprendre. Ceci implique une sécurité au niveau des infrastructures, telles que des classes solidement construites et des latrines séparées pour les filles et les garçons, mais également un climat scolaire s'élevant contre les châtements corporels, les abus des professeurs et la discrimination envers les enfants des minorités ou des enfants qui ont des besoins spécifiques.

Sources d'information

- [Guidelines for Child Friendly Spaces in Emergencies](#). (2011): Global Education Cluster, Global Protection Cluster, Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) & IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support.
- INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies) (2008). INEE Minimum standards toolkit: psychosocial protection and well-being. Retrieved from http://ineesite.org/uploads/documents/store/doc_1_Combined_INEE_Psychosocial_Toolkit_Sheets.pdf (INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies), 2008).
- INEE. (2010). [Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery](#). Geneva: Interagency Network for Education in Emergencies.

Voir également:

- <http://mhpps.net> (Mental health and Psychosocial Support Network).

5.4. Concevoir et réaliser des interventions SMSPS dans les programmes de santé

Les personnes souffrant de troubles mentaux et/ou de problèmes psychosociaux se présentent souvent dans les services généraux de santé où il est rare que leurs problèmes soient identifiés et traités correctement. Les personnels des services généraux de santé doivent avoir quelques connaissances de base pour être capables d'identifier et de traiter les personnes ayant des problèmes de SMSPS (notamment les personnes en situation de détresse psychologique, celles ayant des troubles mentaux ou des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, et celles souffrant de plaintes inexplicables d'ordre médical ou d'épilepsie).

Interventions SMSPS devant se faire dans le cadre des programmes de santé

- ***Former et superviser les agents de santé primaire***
 - Former les personnels de santé (agents hospitaliers, médecins, infirmières, par ex.) à employer le Guide d'intervention mhGAP (OMS 2011) et, de préférence, la version qui paraîtra prochainement, consacrée aux situations d'urgence (WHO & UNHCR, en cours de préparation).
 - Planifier des visites d'appui du psychiatre chargé de la supervision et du suivi, au rythme d'au moins deux fois par mois.
- ***Veiller à ce que les personnes souffrant de troubles mentaux graves aient l'accès aux soins***

Les troubles mentaux graves (comme les psychoses ou les dépressions graves) ont un énorme impact sur les personnes qui en souffrent, sur leurs familles et sur les communautés. Ces troubles rendent extrêmement vulnérable. Il faut donc que les personnes atteintes de troubles mentaux graves puissent avoir l'accès à un minimum de soins de santé lors de toutes les opérations du HCR. Il est habituellement préférable pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves de rester dans leur environnement familial. Ceci implique:

- Éviter les hospitalisations à moins qu'elles ne soient strictement nécessaires, et celles-ci devraient se limiter à des admissions de courte durée dans les cas urgents (par ex. si le comportement de la personne semble dangereux ou nuisible pour elle-même ou pour autrui).
- Les personnes atteintes de troubles mentaux graves doivent pouvoir accéder

aux réseaux de soutien social communautaire ainsi qu'aux soins cliniques dispensés par les services de santé (par ex. les hôpitaux généraux, les cliniques de soins de santé primaires, etc.). L'organisation de soins cliniques de base en matière de santé mentale exige généralement, soit d'organiser des formations rapides et une supervision des personnels des soins de santé générale, soit de compléter les équipes par du personnel spécialisé en santé mentale.

- Mettre en place des mécanismes visant à identifier les personnes atteintes de troubles mentaux graves, les plus vulnérables d'entre eux notamment, et à les mettre en relation avec les services disponibles. Il vaut mieux que cela se fasse en consultation avec les informateurs-clés des communautés, tels que les chefs religieux, les guérisseurs traditionnels et les agents communautaires, qui servent généralement de premiers contacts.
- Assurer le suivi régulier des personnes atteintes de troubles mentaux graves et de leurs familles. Ceci peut se faire en employant les services d'agents communautaires ou de réfugiés effectuant du travail bénévole de proximité.
- En plus de répondre aux besoins médicaux, les gestionnaires de cas et les travailleurs sociaux (ou les personnels de la protection basée sur la communauté) devraient s'attacher à ce que les réfugiés reçoivent aussi le soutien social et familial dont ils ont besoin.

▪ ***Assurer les soins aux personnes atteintes d'épilepsie***

L'épilepsie et les crises convulsives sont des troubles courants qui doivent être pris en charge par le système général de santé et traités par des personnels des soins de santé générale formés à cet effet et supervisés.

▪ ***Procurer les médicaments essentiels***

Chaque programme de santé doit pouvoir fournir des médicaments génériques pour certaines catégories sélectionnées de troubles psychiques, neurologiques ou liés à l'utilisation des substances psychoactives, en employant la liste des médicaments essentiels du HCR.

▪ ***Fournir suffisamment de ressources humaines pour la SMSP***

Pour les opérations réalisées dans les camps, voir encadré 4. Pour les opérations hors des camps, auprès des réfugiés en milieu urbain par exemple, plusieurs options

sont possibles en fonction des ressources disponibles. Ici encore, il s'agit de fournir des services de santé mentale en des endroits stratégiques et accessibles, et qu'ils soient si possible intégrés dans les systèmes généraux de santé. Quand les moyens le permettent, il serait bon d'engager et de former des 'gestionnaires de cas'.

ENCADRÉ 4: RESSOURCES HUMAINES POUR LA SMSPS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ LORS DES OPÉRATIONS EFFECTUÉES DANS LES CAMPS

- Un professionnel de la santé mentale (une infirmière psychiatrique ou dans certains cas un psychiatre) employé dans le cadre du système des soins de santé afin d'évaluer et de traiter les personnes souffrant de troubles mentaux graves ou complexes ainsi que pour conseiller et appuyer les personnels de la santé primaire.
 - Présence d'autres professionnels de la santé mentale, employés généralement à mi-temps ou dans le cadre de consultations (psychiatres, psychologues cliniciens, infirmières psychiatriques), pour appuyer les personnels de santé primaire et renforcer leurs capacités par le biais de formations, consultations, mentorat et supervision.
 - Agents communautaires (réfugiés effectuant du travail bénévole de proximité ou agents communautaires) formés au travail d'appui et au suivi de proximité ainsi qu'à mettre en relation les personnes ayant des problèmes de SMSPS (y compris l'épilepsie) avec les services de santé et les services à base communautaire et également à stimuler et appuyer l'entre-aide et le soutien mutuel en faveur des personnes ayant des problèmes de SMSPS.
-
- Etablir des relations entre les professionnels de santé des établissements hospitaliers et les autres personnels tels que les travailleurs sociaux, les personnels des services communautaires ou les réfugiés bénévoles, responsables des visites à domicile auprès des personnes souffrant de troubles mentaux.
 - Veiller à intégrer les actions pour appuyer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les programmes nutritionnels pour les enfants souffrant de malnutrition grave ou modérée (UNICEF & WHO, 2012).

Exemples d'interventions de SMSPS pouvant être réalisées dans les programmes de santé

- Envisagez la possibilité d'offrir des traitements psychologiques basés sur des données probantes aux personnes souffrant de formes invalidantes de dépression³ ou de formes invalidantes de stress post-traumatique.⁴
- Encouragez l'intégration des initiatives en faveur du développement de la petite enfance (ECD) dans le secteur de la santé.
- Examinez la possibilité d'intégrer le dépistage et les interventions rapides dans les cas de consommation d'alcool et de drogues dans les centres de soins de santé primaires;
 - ASSIST (test de dépistage de la consommation problématique d'alcool, de tabac et de substances psychoactives) est un test en huit parties auquel les travailleurs de santé peuvent soumettre les patients des centres de soins de santé primaires. Cela prend entre 5 et 10 minutes pour le remplir (Humeniuk et al., 2010a).
 - Les agents de santé formés à cet effet peuvent ensuite proposer une *intervention rapide* aux personnes dont le score au test ASSIST est élevé. Cette intervention rapide se fait en dix étapes clairement expliquées et demande entre 3 et 15 minutes (Humeniuk et al., 2010b).

Les interventions rapides ne sont généralement pas conçues en tant que traitements isolés pour les personnes en situation de dépendance ou pour les personnes à haut risque du fait de leur consommation d'alcool ou de drogues. Elles doivent être complétées par un traitement plus spécialisé, prodigué soit dans le cadre des soins de santé générale, soit dans un centre spécialisé dans le traitement des addictions à l'alcool ou aux drogues.

3 Parmi les traitements des formes de dépressions invalidantes basés sur des données psychologiques probantes, on trouve l'Activation comportementale, la Thérapie cognitive behavioriste, la Thérapie interpersonnelle. Voir WHO (2010). La faisabilité de ces traitements en milieu réfugié dépend des ressources disponibles et de leur pertinence culturelle et sociale.

4 En matière de stress post-traumatique, parmi les traitements basés sur des données psychologiques probantes, il y a la EMDR (Désensibilisation et reprogrammation par Mouvement des Yeux) et la 'Trauma-focused cognitive behavioural therapy' (WHO & UNHCR, 2013). La faisabilité de ces traitements en milieu réfugié dépend des ressources disponibles et de leur pertinence culturelle et sociale. Ceux-ci ne peuvent être dispensés qu'après une formation spécifique et sous supervision.

- Ne faites pas systématiquement de dépistage de SMSPS auprès des patients du système général de santé ou auprès de la population ordinaire sans avoir évalué auparavant les avantages et les dommages possibles. Il n'existe pas assez de données probantes pour pouvoir recommander des dépistages de routine pour les problèmes de SMSPS dans les sites d'installation de réfugiés. (Voir encadré 5).

ENCADRÉ 5: LE DÉPISTAGE SMSPS

Le dépistage visant à connaître l'état de santé mentale et psychosocial ne doit être envisagé qu'aux conditions suivantes :

- L'état de santé mentale et psychosocial constitue un problème sérieux car il affecte la santé et le bien-être des individus et de la communauté.
- On dispose d'un test de dépistage acceptable par la population réfugiée, et dont le coût soit raisonnable.
- L'identification précoce et une intervention pourraient produire de meilleurs résultats qu'un traitement plus tardif.
- Les réfugiés dont le test était positif pourront bénéficier de traitements ou d'interventions acceptables.
- Les ressources sont suffisantes pour intervenir auprès de toutes les personnes dont le test était positif.

Adapted from: Humeniuk et al. (2010b)

Sources d'information

- WHO. (2012). [Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: principles and interventions](#). Geneva: World Health Organization.
- UNICEF & WHO. (2012). [Integrating Early Childhood Development \(ECD\) into Nutrition Programmes in Emergencies. Why, what and how](#). New York: UNICEF.
- WHO. (2010). [Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings](#). Geneva: World Health Organization.
- WHO & UNHCR. (2013). [Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress](#). mhGAP Intervention Guide Module.

- WHO & UNHCR. (en cours de préparation). MhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical management of mental, neurological and substance use conditions: initial response in humanitarian settings Geneva: World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees (publication scheduled for 2014).
- World Health Organization, International Committee of the Red Cross, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Médecins Sans Frontières, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund, & United Nations High Commissioner for Refugees. (2011). [The interagency emergency health kit 2011: medicines and medical devices for 10 000 people for approximately three months](#). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). [Psychological first aid: Guide for field workers](#). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (in preparation). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Training Course for Community Health Workers Slides and Facilitation Guide* (WHO, in preparation).

Voir aussi :

- <http://mhpps.net> (Mental health and Psychosocial Support Network).

5.5. Adaptations à réaliser pour la mise en place de la protection basée sur la communauté et de programmes de santé en milieu réfugié urbain

Le lieu où résident les réfugiés a des répercussions sur l’organisation des interventions SMSPS. Un nombre croissant de réfugiés sont dispersés dans les zones urbaines ou ailleurs, hors des camps. Organiser des interventions SMSPS dans ces conditions est une affaire complexe, en raison des difficultés qu’il y a pour entrer en contact avec la communauté, pour créer un réseau de communication efficace, pour identifier les personnes les plus vulnérables parmi les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence du HCR, et pour élaborer les dispositifs de soutien et les services. Parmi les exemples d’adaptations réussies en milieu urbain et hors des camps, on trouve :

- La mise en place d’un système d’aide psychosociale de proximité réalisée avec des réfugiés bénévoles qui effectuent des visites à domicile, appuient des groupements

de soutien et accompagnent à leurs rendez-vous les personnes dont ils ont la charge.

- La nomination de gestionnaires de cas (itinérants) qui servent d'intermédiaires entre les réfugiés et les différents services et qui s'occupent des personnes et des familles confrontées à divers problèmes.
- L'établissement de centres communautaires où l'on intègre le soutien psychosocial aux autres activités de renforcement communautaire, telles que les activités de détente et la formation professionnelle.
- La facilitation de l'accès aux services de santé mentale existant dans le pays d'accueil.
- L'appui au développement de services (tels que les soins de santé mentale dans les services des consultations externes des hôpitaux généraux) que l'on intègre au système de santé national et que l'on rend accessibles aux réfugiés et aux autres personnes relevant de la compétence du HCR.
- L'assistance téléphonique – pour les situations d'urgence, afin d'offrir par exemple un appui et des conseils aux personnes présentant un problème de SMSPS aigu lié à des envies suicidaires ou à la violence sexuelle et sexiste, et pour fournir également des informations générales sur les services disponibles, les heures d'ouverture des hôpitaux, etc.

Source d'information

- WHO (2013). [Building Back Better: Sustainable Mental Health Care After Disaster](#). Geneva: World Health Organization.

6. ADAPTER LES SERVICES AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA SITUATION DES RÉFUGIÉS

Il est important d'employer l'approche SMSPS dès le début des opérations d'urgence et dans tous les programmes visant les réfugiés, et d'adopter une approche par phases pour les interventions SMSPS de base.

La plupart des directives données en matière de SMSPS étaient conçues jusqu'à récemment pour être appliquées dans des camps de réfugiés, tandis qu'un nombre croissant de réfugiés et d'autres bénéficiaires se trouvent maintenant en milieu urbain, hors des camps, et que ceci exige de sérieuses modifications dans la conception des programmes.

Mesures à prendre

6.1. Les plans d'urgence

Lorsqu'il semble probable qu'une situation d'urgence se présentera dans les douze mois, il est nécessaire de prévoir plusieurs scénarios de rechange. Différents aspects de la SMSPS doivent être pris en compte. Les plans d'urgence doivent faire intégralement partie de toute opération du HCR. Il faut incorporer la SMSPS dans la planification de toutes les opérations.

Exemples d'interventions réalisables à ce stade

- Effectuer une analyse des risques, élaborer des plans d'intervention ensemble avec les communautés et les gouvernements, qui incluront des systèmes de première alerte, et renforcer également les capacités locales afin de pouvoir exécuter les plans.
- Etudier quelle approche adopter pour les personnes particulièrement vulnérables (mineurs non accompagnés, personnes âgées, femmes seules chefs de foyer, personnes souffrant de troubles mentaux graves ou de graves difficultés d'apprentissage ou de toute autre incapacité).

- Examiner quelles mesures seront nécessaires pour garantir à tous les groupes de la communauté un accès équitable aux denrées et aux services de secours, et comment mobiliser les structures communautaires des réfugiés pour répondre à ces besoins.
- Prendre des mesures pour assurer l'approvisionnement en médicaments (afin par exemple de pouvoir procurer plus de médicaments que d'ordinaire aux patients atteints de troubles mentaux chroniques ou d'épilepsie).
- Former et superviser les communautés existantes et les agents de santé afin qu'ils puissent apporter un soutien d'urgence en SMSPS de façon adéquate.
- Organiser des formations en premiers secours psychologiques (d'une ½ journée ou d'un jour) pour les personnels et les bénévoles de la communauté.

6.2. Intervention immédiate en situation d'urgence aiguë

Cette situation se caractérise par un déplacement massif et soudain de réfugiés et par des dispositifs d'intervention submergés. Dans ces circonstances, la majorité des interventions, y compris celles de SMSPS, visent à assurer la survie et à répondre aux besoins essentiels aigus.

Exemples d'interventions réalisables à ce stade

- Fournir les médicaments essentiels au traitement des troubles mentaux et de l'épilepsie, conformes au Kit sanitaire d'urgence interinstitutions (OMS, Comité international de la Croix rouge et autres, 2011) et à ceux figurant sur la liste de médicaments essentiels du HCR.
- Veiller à ce que les services pour retracer les familles ainsi que les espaces accueillants pour les enfants offrent non seulement de la protection mais aussi du soutien.
- Incorporer les premiers secours psychologiques (PSP) dans le paquet de soins standard aux survivant(e)s de viols que devront fournir les postes de contacts de première ligne (déterminés localement) (WHO, 2012b)
- Offrir aux survivant(e)s de SGBV une information adaptée à leur situation (où obtenir les services répondant à leurs besoins et qu'en attendre).

- Faciliter le travail de deuil, par le biais notamment de funérailles convenables en l'honneur des personnes décédées.
- Etablir un système explicite de référence entre les services de santé et les services de protection basée sur la communauté.
- Assurer l'accès aux soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves ou d'épilepsie.
- Offrir une formation aux premiers secours psychologiques destinée aux agents humanitaires qui ne l'auraient pas eue lors de la phase préparatoire.
- Veiller à la protection des droits humains des personnes souffrant de troubles mentaux graves, et particulièrement des personnes qui sont dans des institutions.
- Mettre en place de lieux d'enseignement temporaires.

6.3. Phase de stabilisation consécutive à l'urgence

Une fois que la situation se stabilise, il est possible d'élargir les activités psychosociales de proximité (avec une implication des chefs de communautés et des guérisseurs traditionnels), de former des agents communautaires aux compétences de base en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, d'établir des réseaux pour la référence, de former et de superviser des agents de santé pour qu'ils acquièrent des connaissances et des compétences de base en matière de santé mentale. Il y a généralement une phase transitoire entre l'intervention d'urgence et le soutien durable (soins et maintenance). Il est très important d'impliquer les communautés dans la planification et la mise en œuvre des programmes.

Exemples d'interventions réalisables à ce stade

- Former et superviser les agents du système général de santé pour qu'ils apprennent à diagnostiquer et traiter les troubles mentaux et l'épilepsie.
- Organiser des formations pour les gestionnaires de cas de la SMSPS ou pour les agents communautaires du domaine (psycho) social.

- Promouvoir la diversification des interventions SMSPS de base afin de pourvoir aux différents types de besoins.
- Proposer si nécessaire des traitements psychologiques fondés sur des données probantes, tels que les thérapies interpersonnelles.
- Lancer des programmes communautaires pour prévenir la SGBV et y apporter une réponse, ainsi que des programmes pour réduire la consommation d'alcool et de drogues.
- Lancer des programmes de réadaptation à base communautaire qui incluent les personnes ayant des blessures causées par les conflits armés et les personnes atteintes de disfonctionnements intellectuels, de troubles mentaux graves ou d'épilepsie.
- Lancer des programmes éducatifs plus classiques et explorer les possibilités de les intégrer dans le système éducatif national.

6.4. Situation de réfugié pendant une période prolongée

Le fait d'être réfugié pendant une période prolongée peut conduire au désespoir, à la frustration et à la dépendance. Dans les interventions, l'accent doit être mis sur la pleine participation des réfugiés et sur leur autonomisation, tandis que l'on s'efforcera d'établir des liens avec les systèmes de soins du voisinage destinés à la population hôte. Les interventions sont à peu près semblables à celles de la phase 2, mais on y accorde encore plus d'attention à l'autonomie des familles, au développement communautaire, à l'auto-assistance et à la prise en compte des facteurs socio-économiques qui affectent le bien-être des réfugiés. Pour avancer vers des solutions durables, il est important d'agir en concertation avec les agences de développement.

6.5. La transition vers des solutions durables

L'intervention humanitaire prend généralement fin lorsque les réfugiés sont rapatriés ou intégrés dans la population locale, ou encore réinstallés dans un pays tiers. Contribuer à la transition vers des solutions durables doit être un des buts des interventions SMSPS.

Exemples d'interventions réalisables à ce stade

- S'efforcer de renforcer les capacités des administrations locales et des ONG durant le processus d'intégration.
- Apprendre aux gens comment faire pour obtenir par eux-mêmes des soins de SMSPS lors de transferts d'un pays à l'autre.
- Instaurer un système de référence confidentiel permettant aux rapatriés d'accéder aux services de santé mentale dans leurs pays d'origine et veiller à créer des filets de protection pour les appuyer, eux et leurs familles.
- S'assurer que tous les dossiers médicaux confidentiels restent bien confidentiels.
- Lors de la réinstallation dans des pays tiers, donner la priorité aux personnes vulnérables sur le plan de la SMSPS, tout en gardant à l'esprit que la réinstallation n'est pas toujours la meilleure solution (surtout pour les personnes isolées) mais qu'il faut procéder à des analyses au cas par cas.

7. RENFORCER LES CAPACITÉS

Les prestations de services directes doivent s'accompagner d'une stratégie de renforcement des capacités et de la gestion des connaissances par le biais de partenariats, et elles doivent inclure des systèmes pour la formation complémentaire et la supervision.

Mesures à prendre

7.1. Assurer aux personnels une formation adaptée

La formation est un élément important de tout programme de SMSPS qui se veut efficace. Les activités de formation doivent permettre d'atteindre les objectifs du programme, et ceci dépendra de la définition des rôles et des responsabilités aux différents niveaux du système de soins ainsi que de la définition des qualifications qui sont nécessaires.

- Les formations doivent viser seulement l'acquisition des connaissances et des compétences que les apprenants seront susceptibles d'employer dans la pratique. Les formations axées sur les compétences (se concentrant sur l'acquisition de compétences pratiques) sont à préférer aux formations axées sur les connaissances.
- La méthodologie employée dans la formation doit s'inspirer des principes de l'enseignement aux adultes qui assignent un rôle actif aux participants pour déterminer ce qu'ils apprennent et comment ils l'apprennent.
- Les formations doivent susciter des attentes réalistes, en expliquant ce que les apprenants pourront faire mais aussi ce qu'ils ne pourront pas faire de leur propre initiative. Il faudra préciser quel type d'activités ne pourront être faites que sous supervision, et dans quelles circonstances il y aura lieu de référer une personne. Par exemple, un cours rapide en SMSPS dispensé à des enseignants ne fera pas de ces derniers des conseillers professionnels dans le domaine psychosocial.
- La formation initiale devra être suivie de supervision, de mentorat et de sessions de remise à jour des connaissances.
- Les formations en SMSPS doivent se rattacher fonctionnellement aux autres activités de formation et faire, dans la mesure du possible, partie intégrante de l'ensemble des programmes (en introduisant par exemple la SMSPS dans la formation de base des agents de santé, des enseignants et des travailleurs sociaux, ainsi que des personnels travaillant auprès des survivantes de SGBV).

Sources d'information

- Action for the Rights of Children. (2009). *ARC resource pack: Facilitator's toolkit* (<http://www.arconline.org>).
- WHO. (nd). *Facilitators guide for mhGAP-IG Base course training*. Geneva: World Health Organization. (WHO, nd)
- WHO. (n.d.). *mhGAP Training of Trainers and Supervisors (ToTS)*. Guide Geneva. Unpublished draft. (WHO, n.d.)

7.2. Mettre en œuvre des systèmes de supervision

- Ne vous contentez pas de 'former et espérer pour le mieux': des sessions de suivi pour l'acquisition des compétences, la supervision et le mentorat, sont essentiels pour maintenir et améliorer les compétences. La supervision et le mentorat doivent se faire à intervalles réguliers et prêter une attention particulière aux compétences cliniques, aux aspects administratifs et logistiques et aux aspects personnels des employés engagés dans le travail de SMSPS (tels que l'auto-prise en charge, la gestion du stress).
- Reliez la supervision et le mentorat en SMSPS aux autres activités de supervision, et intégrez-les si possible aux autres structures et schémas de supervision existants.
- Adressez-vous à un spécialiste de la SMSPS non seulement pour les cas complexes mais aussi pour établir des plans de traitement avec les personnels des soins de santé primaires et avec les responsables de la protection basée sur la communauté, afin de permettre que les personnes atteintes de troubles mentaux graves continuent d'être traitées au niveau des SSP sans qu'il y ait à les référer dans des établissements psychiatriques.
- Engagez une infirmière psychiatrique dans une opération de supervision des agents de proximité chargés d'offrir du soutien et du suivi aux personnes atteintes de troubles mentaux ou d'épilepsie.

Sources d'information

- WHO. (2013 (draft)). *Mental Health Gap Action Programme: Support and Supervision Guide*. World Health Organization. Geneva. (WHO, 2013 (draft))
- WHO. (n.d.). *mhGAP Training of Trainers and Supervisors (ToTS) Guide* Geneva. Unpublished draft. (WHO, n.d.)

7.3. Rechercher un juste équilibre entre les prestations de soins et le renforcement des capacités

Les travailleurs humanitaires se concentrent souvent sur l'assistance aux personnes dans le besoin. Il est cependant important de renforcer les capacités des personnels disponibles sur place afin d'investir dans des interventions SMSPS durables. Certains partenaires du HCR disposent de fonds additionnels leur permettant d'employer un personnel supplémentaire à côté de leurs ressources humaines habituelles. Ceci est en général fort utile mais il ne faut pas que cet afflux de personnel supplémentaire crée des attentes irréalistes chez les bénéficiaires, qui seraient déçues lorsque l'organisation partenaire mettra fin à ses opérations.

- Dans l'évaluation des plans et des propositions du HCR et des partenaires, il faut considérer que le personnel supplémentaire ne doit pas uniquement offrir des services mais qu'il doit également renforcer les capacités des personnels non spécialisés, par le biais de la formation et de la supervision.
- Veillez à ce que les services de SMSPS venus s'ajouter aux services déjà existants pour les réfugiés renforcent ces services et ne viennent pas les déstabiliser.
- Prenez des mesures pour empêcher que des opérations de SMSPS affaiblissent les systèmes et les services de SMSPS existant au niveau national au lieu de venir les appuyer.
- De façon générale, donnez la priorité à la formation des personnels déjà en place plutôt que de faire appel à du personnel supplémentaire, ceci pour des motifs de rentabilité, de durabilité, d'accessibilité et de recevabilité. Il existe néanmoins certains risques qui sont : une surcharge de travail pour les personnels en place, avec des tâches qui prennent beaucoup de temps ou qui demandent des compétences que l'on ne peut raisonnablement pas exiger de personnel-généraliste.
- Avant d'accepter un appui extérieur, examinez le pour et le contre, aussi bien à court terme qu'à long terme.
- En général, pour les prestations de services directs, employez de préférence des professionnels de la SMSPS du pays même, plutôt que d'engager des personnels internationaux pour fournir ces services.

8. ADOPTER LE SUIVI ET L'ÉVALUATION APPROPRIÉS ET SYSTÉMATIQUES

Les interventions et les méthodes SMSPS doivent faire l'objet de suivi et d'évaluation systématiques.

Mesures à prendre

8.1. Employer des systèmes de suivi adéquats

Le suivi des activités de SMSPS doit être intégré dans les systèmes de suivi régulier déjà appliqués dans les autres secteurs, notamment dans le domaine de la santé et de la protection à base communautaire.

- Pour toutes les activités déployées par le HCR, employer et analyser les données existantes, telles que celles contenues dans le logiciel 'proGres' (Système d'enregistrement du projet Profile) et le 'Focus Monitoring Result-based management system' (logiciel de gestion axée sur les résultats).
- Dans tous les lieux où vivent des réfugiés, il faut employer les sept catégories de troubles MNS (mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives) définies dans le Système d'Information Sanitaire (SIS) du HCR. Hors des camps, ceci peut servir de complément aux systèmes d'établissement des rapports en usage dans les ministères de la santé (voir encadré 6).
- S'assurer que les données du SIS sur les troubles MNS sont disponibles et actualisées et que les implications pour les différents secteurs -santé, protection basée sur la communauté, éducation- sont discutées.
- Surveiller la participation des personnes atteintes de troubles mentaux graves, de troubles d'apprentissage et d'épilepsie dans les programmes de réadaptation à base communautaire.

ENCADRÉ 6 : LES TROUBLES MNS DANS LE SYSTÈME SIS DES INTERVENTIONS D'URGENCE

A. Troubles neuropsychiatriques

- Épilepsie/crises convulsives
- Troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de substances psychoactives
- Déficience intellectuelle
- Troubles psychotiques (incluant les épisodes maniaques aigus)
- Troubles émotionnels graves / dépression

B. Autres plaintes médicales

- Autres plaintes d'ordre psychologique
- Autres plaintes somatiques médicalement inexplicables

Pour les descriptions de ces catégories, voir annexe 2

8.2. Évaluer les interventions SMSPS

Il est important d'observer si les changements que le programme d'intervention voulait introduire ont bien eu lieu. Un bon système de suivi peut fournir de précieuses informations à ce sujet. Cependant, d'autres mesures sont souvent nécessaires pour rassembler des informations complémentaires. Les évaluations de SMSPS visent à mesurer les changements survenus au cours du projet dans la vie des individus, des familles et des communautés, et qui soient le résultat du programme. Le but essentiel d'une évaluation des résultats est de juger si la programmation mise en place a réellement profité à ses 'bénéficiaires' et aux 'utilisateurs de services' potentiels. Néanmoins, dans les programmes de SMSPS, il s'agit aussi souvent d'évaluer l'impact d'un programme : c'est-à-dire, de savoir si les interventions ont contribué à des améliorations persistantes dans le système des soins et à des changements durables dans la vie des gens.

- Demander explicitement à ce que les plans et les propositions d'interventions SMSPS comportent un mécanisme d'évaluation, de préférence indépendant des indicateurs de réalisations directes, mais qui évalue les résultats et l'impact.

- Envisager un partenariat avec des universités ou des ONG pour mener des travaux de recherche appliquée visant à évaluer l'efficacité des interventions SMSPS.
- Lors de l'évaluation des propositions de recherches venant de tierces parties telles que les universités, les instituts de recherche ou les ONG, veiller à ce qu'un examen éthique rigoureux ait lieu, s'assurer que les données recueillies pourront être employées pour améliorer la programmation et que toutes les parties prenantes, notamment les personnels du HCR, les partenaires et la communauté de réfugiés, pourront disposer des résultats.

Sources d'information:

- UNICEF. (2011). [*Inter-Agency Guide to the Evaluation of Psychosocial Programming in Emergencies*](#). New York: UNICEF. (UNICEF, 2011)
- UNHCR. (2008a). [*A community-based approach in UNHCR operations*](#). Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. (UNHCR, 2008a)

9. S'ASSURER QUE LES POLITIQUES ET LES STRATÉGIES DU HCR SONT OBSERVÉES AINSI QUE LES NORMES ET LES DIRECTIVES NATIONALES ET INTERNATIONALES

Les prestations de service de SMSPS doivent être fournies conformément aux politiques et aux stratégies du HCR, elles doivent respecter les normes internationales minimales et être en accord avec les politiques gouvernementales du pays d'asile.

Étapes pratiques

- Se renseigner sur les aspects de SMSPS dans les directives et les politiques nationales, tels que les prestations de base des services de santé, les politiques et les plans en

matière de santé mentale, afin de les intégrer dans les programmes de santé pour les réfugiés.

- Travailler à appuyer et à renforcer le personnel local des ministères nationaux en employant du matériel didactique et des formateurs agréés pour chaque secteur censé s'occuper des questions de SMSPS.
- Connecter ces formations avec celles que les gouvernements nationaux dispensent déjà en matière de SMSPS, en utilisant du matériel didactique et des formateurs agréés.
- Vérifier que les programmes de SMSPS proposés soient bien en conformité avec :
 - Les politiques du HCR (2008a, 2008b, 2012b);
 - Les directives internationales en matière de santé mentale dans les situations d'urgence (Child Protection Working Group, 2012; IASC, 2007; The Sphere Project, 2011; WHO, 2012b);
 - Les normes internationales en matière de santé mentale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, telles qu'elles sont définies dans le programme mhGAP (WHO, 2010);
 - Les autres normes internationales telles que définies dans le Guide RBC (OMS et autres, 2010).

10. NE PAS NUIRE

Il est important d'être conscient des effets potentiellement négatifs des programmes et des activités humanitaires, y compris de celles qui ont pour but d'améliorer la santé mentale et le soutien psychosocial, et d'empêcher de nuire involontairement aux réfugiés.

Les déplacements de réfugiés entraînent toute une série de problèmes qui sont ressentis au niveau des individus, des familles et des sociétés. A chaque niveau, les situations d'urgence sous-minent les dispositifs de soutien, elles augmentent les risques d'avoir

des problèmes, et elles peuvent accroître les problèmes préexistants, les injustices et les inégalités. Les efforts pour prodiguer de l'assistance aux réfugiés peuvent parfois entraîner des problèmes ou les aggraver. Voir encadré 7.

ENCADRÉ 7: EXEMPLES DE PROBLÈMES RÉSULTANT DE L'AIDE HUMANITAIRE

- Des restrictions gouvernementales empêchant les réfugiés de trouver un emploi, ainsi que certains types d'aide humanitaire qui conçoivent le réfugié comme un 'receveur d'aide', peuvent mener à un affaiblissement de la position des hommes dans la communauté de réfugiés. Ainsi, dans un certain pays africain, beaucoup de femmes réfugiées se plaignaient de leurs maris, disant qu'ils avaient cessé d'être leurs époux et qu'ils étaient désormais mariés avec le HCR. Cela causait de la frustration chez les réfugiés hommes et les risques de SGBV, de consommation d'alcool ou de drogues s'en trouvaient augmentés.
- Des activités pour les enfants et pour les jeunes, organisées sans consultation réelle ou sans la participation des familles et de la communauté, peuvent sous-miner le soutien familial et créer également des tensions dans les familles.
- L'apparition de risques en matière de protection, suite à des mesures irréfléchies qui garantissent l'accès à l'école primaire pour tous, sans tenir compte de l'âge, du genre et/ou des normes culturelles.
- La sensibilisation aux problèmes de dépression peut faire qu'un nombre croissant de personnes s'adressent aux centres de santé pour des plaintes dépressives. Si le personnel de santé n'a pas reçu de formation adéquate, et/ou si des interventions psychosociales ne sont pas possibles, un bon nombre de personnes présentant des plaintes dépressives légères risquent de se voir prescrire une médication superflue et même de développer une dépendance aux benzodiazépines.
- La mise en place de services inefficaces ou potentiellement dangereux (par ex. une séance unique de débriefing psychologique).
- Des distributions inadaptées, irrégulières ou faites au hasard, de produits de première nécessité, rendant difficile pour les familles de prévoir les rations, les repas, etc.
- L'absence d'éclairage dans les installations sanitaires (WASH) qui crée inutilement de la peur et de l'anxiété chez les femmes et les enfants voulant les utiliser pendant la nuit.
- La dispersion des membres d'une même famille dans des lieux d'hébergement collectifs (par ex. en fonction du genre) ou des camps différents, au lieu de garder les familles ensemble.

Mesures à prendre


Il est possible de réduire les risques liés aux interventions SMSPS en :

1. S'appuyant sur les forces : Ne présumez pas que tous les réfugiés en situation de détresse sont psychologiquement malades et qu'ils ont besoin de services spécialisés.
2. Concevant les interventions à partir d'informations venant de sources variées, en prenant au sérieux l'avis des réfugiés, en ne se contentant pas de brandir des protocoles prêts-à-emploi. Il faut aussi bien s'assurer que les interventions SMSPS conviennent vraiment dans le cadre où l'on compte les réaliser.
3. Mettant en place des systèmes efficaces pour la référence en SMSPS afin que les différents acteurs puissent harmoniser leurs activités
4. S'engageant dans le suivi, l'évaluation et l'examen externe réguliers : le suivi et l'évaluation doivent inclure la collecte d'informations auprès des différentes parties prenantes et notamment des réfugiés eux-mêmes.
5. Adoptant une perspective de long terme lors de la planification, qui tient compte des facteurs tels que la coordination avec les programmes nationaux et l'intégration dans ces programmes.
6. En continuant de plaider pour que l'on traite des causes profondes qui expliquent la plus grande part du stress psychosocial, c'est-à-dire le manque de solutions durables et d'autonomie pour les réfugiés.

Source d'information :

- WHO (2012). Do's and don't's in community-based psychological support for sexual violence survivors in conflict-affected settings. Geneva: World Health Organisation.

ANNEXES



Enfants syriens regardant par la fenêtre de leur maison, dans le camp de réfugiés d'Oncupinar, près de la ville de Kilis, à la frontière turque. UNHCR/A. Branthwaite /Septembre 2012

ANNEXE 1: LISTE DE CONTRÔLE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL DANS LES SITES D'INSTALLATION DE RÉFUGIÉS

		Stade de réalisation			
		Non réalisé	Prévu	Partiellement	Complètement
	Approche SMSPS				
1	L'âge, le genre et la diversité sont explicitement pris en compte dans toutes les interventions de protection et d'assistance ?				
2	Les services de base (nourriture, sécurité, abri, eau et système sanitaire) sont fournis de façon sécurisée et culturellement adéquate pour que tous les réfugiés en bénéficient de façon équitable et dans le respect de leur dignité ?				
3	Les mesures assurant la couverture des besoins spécifiques de certaines catégories de personnes sont appliquées (par exemple, soutien nutritionnel aux femmes qui allaitent ou qui sont enceintes, soutien au développement des enfants en bas âge, aux groupes parents-enfants ayant adopté des méthodes parentales positives) ?				
4	Dans les programmes nutritionnels, il y a des activités pour améliorer le bien-être psychosocial de la mère et de l'enfant (par ex. : activités pour encourager le lien mère-enfant; interactions ou activités pour promouvoir le développement de l'enfance) ?				
5	Des activités pour promouvoir le bien-être psychosocial sont incluses dans les programmes pour l'hébergement (par ex. prise en compte des aspects sociaux et culturels en concevant les lieux d'hébergement, inclusion d'espaces communs et d'espaces sécurisés) ?				
6	Sessions d'orientation/de formation en SMSPS pour les responsables de la protection juridique ?				
7	Sessions d'orientation/de formation en SMSPS pour les personnels chargés des entretiens de détermination du statut de réfugié ?				

		Stade de réalisation			
		Non réalisé	Prévu	Partiellement	Complètement
Interventions SMSPS dans la protection basée sur la communauté					
1	Mise en place d'activités d'entraide communautaire/de comités de réfugiés, avec participation des membres représentant les différents secteurs de la communauté ?				
2	Les enfants ont vraiment accès à des espaces réconfortants et accueillants?				
3	Les adultes et en particulier les personnes marginalisées peuvent exercer des activités de subsistance ?				
4	Facilitation des activités psychosociales communautaires comme les groupements féminins et les groupements d'entraide ?				
5	Activités, acquisition de compétences et projets communautaires pour les jeunes?				
6	Renforcement des capacités en SMSPS (formations, mentorat) pour les groupes de soutien communautaire et les organisations communautaires ?				
7	Programmes pour renforcer le soutien parental et familial ?				
8	Approches communautaires pour prévenir et réagir à la SGVB ?				
9	Système confidentiel de référence pour les survivant(e)s de SGVB incluant l'appui psychosocial?				
10	Lien entre les services traitant la SGVB et les services de santé (pour les soins de base en santé mentale)?				
	Autres....				

		Stade de réalisation			
		Non réalisé	Prévu	Partiellement	Complètement
Interventions dans l'éducation					
1	Promotion de l'éducation formelle et de l'éducation non formelle pour tous les groupes d'âge (y compris pour les jeunes enfants et les adultes) ?				
2	Mesures pour créer un milieu d'apprentissage accueillant (incluant une formation sur la discipline positive et la pédagogie tenant compte du genre, l'introduction et l'application de codes de conduite, des laïtrines séparées) ?				
3	Introduction de programmes sur le développement des compétences essentielles à la vie, dans les programmes éducatifs ?				
4	Éducation inclusive pour les enfants aux besoins particuliers, par ex. les enfants handicapés, souffrant d'épilepsie, atteints du VIH/SIDA, faisant partie des minorités ethniques ?				
5	Sessions de conscientisation aux questions psychosociales pour les enseignants, incluant la reconnaissance des signes de détresse psychosociale ?				
6	Soutien scolaire aux élèves ayant des difficultés d'ordre mental ou psychosocial ?				
7	Système de soutien psychosocial pour les enseignants en poste ?				
8	Associations de Parents-enseignants et Commissions scolaires mises en place, formation et soutien fournis ?				
9	Système de référence pour les enfants confrontés à des problèmes psychosociaux ou de santé mentale graves ou complexes ?				
10	Des activités extrascolaires sont organisées ?				
	Autres...				

		Stade de réalisation			
		Non réalisé	Prévu	Partiellement	Complètement
Interventions SMSPS dans la santé					
1	Personnels de santé formés à la SMSPS avec le mhGAP (version pour le secteur humanitaire) ?				
2	Bénévoles de la santé communautaire formés à l'identification et au suivi des personnes atteintes de troubles mentaux graves ?				
3	Présence d'une infirmière psychiatrique pour appuyer les personnels de santé primaire et traiter les personnes souffrant de troubles mentaux graves ?				
4	Visites d'appui régulières du psychiatre chargé de la supervision et du mentorat (deux fois par mois minimum) ?				
5	PSP procurés par le personnel médical, incluant une partie concernant les soins aux survivant(e)s de viols ?				
6	Services fonctionnels de santé mentale de base offerts dans les établissements de soins de santé primaires (gestion de l'identification, suivi et référence) ?				
7	Agents de santé communautaire assurent le suivi et le soutien à domicile des personnes ayant des problèmes de SMSPS ?				
8	Des traitements psychologiques basés sur des données probantes sont disponibles ?				
9	Les médicaments essentiels inscrits sur la Liste des médicaments essentiels du HCR sont disponibles dans les établissements de santé ?				
10	Les problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool sont abordés dans les programmes ? Par exemple avec : Dépistage et Interventions rapides				
11	Les données de SMSPS dans le système de SIS sont actualisées et employées pour la planification ?				
	Autres ...				

		Stade de réalisation			
		Non réalisé	Prévu	Partiellement	Complètement
Information & coordination					
1	Réunions périodiques de coordination intersectorielle sur la SMSPS avec le HCR et les partenaires ?				
2	Inventorisation actualisée des acteurs et des activités de SMSPS (par ex avec l'aide des 4 W) ?				
3	La communauté est informée sur les services de SMSPS?				
4	Les affiches et autres informations sont traduites dans les langues des personnes concernées ?				
	Autres....				

ANNEXE 2: SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) DANS LES SITUATIONS HUMANITAIRES

Catégories en matière de santé mentale et définition des cas

Les sept catégories de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives présentées ici sont inscrites dans le système d'information sanitaire du HCR et doivent être employées dans toutes les opérations. Ces sept catégories sont 'probables' et ont été conçues pour être employées dans le cadre des soins de santé primaire. Pour qu'un diagnostic soit confirmé, il faudra consulter un spécialiste. Il s'agit généralement d'états chroniques. Il est nécessaire d'établir une claire distinction entre les nouveaux cas et le suivi des cas.

A. Les troubles neuropsychiatriques

1. Epilepsie/crises convulsives

Une personne atteinte d'épilepsie est quelqu'un qui a présenté au moins deux épisodes convulsifs sans lien apparent avec de la fièvre, une infection, une blessure ou un sevrage d'alcool. Ces épisodes se caractérisent par une perte de conscience et un tremblement des membres, parfois accompagnés de blessures, d'incontinence fécale/urinaire et de morsure de la langue.

2. Troubles liés à l'alcool et à l'utilisation de substances psychoactives

La personne ayant ce type de trouble cherche à consommer de l'alcool ou d'autres substances addictives et contrôle difficilement sa consommation. Généralement, ses relations personnelles, la qualité de son travail et sa santé se détériorent. En dépit de ces problèmes, la personne continue de consommer de l'alcool ou d'autres substances addictives.

3. Déficience intellectuelle

La personne a un très faible niveau d'intelligence qui lui cause des problèmes dans la vie quotidienne. Pendant l'enfance, son apprentissage du langage est lent. A l'âge adulte, elle peut travailler à condition que les tâches soient simples. Cette personne est rarement capable de vivre seule et de prendre soin d'elle-même et/ou de ses enfants sans le soutien

d'autres gens. Quand la déficience est grave, la personne peut avoir des difficultés à parler et à comprendre autrui et avoir constamment besoin d'assistance. **Critère d'exclusion :** *cette catégorie ne doit pas s'appliquer aux enfants de moins de 2 ans.*

4. Psychose y compris l'état maniaques

La personne peut voir ou entendre des choses qui ne sont pas là et croire fermement des choses qui ne sont pas réelles. Il arrive que ces personnes se parlent à elles-mêmes, qu'elles parlent de manière confuse ou incohérente et qu'elles aient une apparence étrange. Elles peuvent se négliger. Elles peuvent passer par des périodes où elle seront alternativement très heureuses, irritables, énergiques, bavardes ou exaltées. Le comportement de ces personnes est perçu comme 'fou' ou très bizarre par les autres gens de la même culture. Dans cette catégorie on trouve la psychose aiguë, la psychose chronique, les épisodes maniaques aigus et le délire.

5. Troubles émotionnels sévère, y compris la dépression modérée à sévère

Le fonctionnement quotidien de la personne est gravement perturbé pendant plus de deux semaines en raison d'une (a) tristesse/apathie insurmontable et/ou d'une (b) anxiété/frayeur exagérée et incontrôlable. Les relations personnelles, l'appétit, le sommeil et la concentration en sont souvent affectées. Certaines personnes se plaignent d'une grande fatigue et sont socialement isolées, elles passent une grande partie de la journée au lit. Les pensées suicidaires sont fréquentes.

Dans cette catégorie se trouvent les personnes ayant des formes invalidantes de dépression, des troubles anxieux, le stress post-traumatique (caractérisé par le fait de revivre mentalement l'événement traumatique, l'évitement et l'hyperexcitation). Sous des formes atténuées, ces troubles sont classés comme 'plaintes psychologiques diverses'.

Critère d'inclusion: cette catégorie ne doit s'appliquer que si un dysfonctionnement grave dans la vie quotidienne est constaté.

B. Autres plaintes relevant du domaine clinique

6. Autres plaintes psychologiques

Cette catégorie recouvre les plaintes relatives aux émotions (par ex. humeur dépressive, anxiété), à certaines pensées (par ex. rumination, faible concentration) ou au comportement (par ex. inaction, agression, évitement). La personne peut généralement fonctionner dans la plupart de ses activités quotidiennes. Les plaintes peuvent être symptomatiques d'un trouble émotionnel moins grave (par exemple, des formes légères de dépression, de troubles anxieux ou de stress post-traumatique) ou signaler une réaction de détresse normale (donc, pas un trouble). **Critère d'inclusion:** cette catégorie s'applique seulement aux personnes demandant de l'aide en raison de cette plainte **ET** qui ne sont trouvées positives dans aucune des cinq catégories mentionnées précédemment.

7. Plainte somatique médicalement inexpliquée

Cette catégorie recouvre chaque plainte d'ordre somatique/physique qui n'a pas de cause organique apparente. **Critère d'inclusion:** cette catégorie s'applique seulement (a) après que des examens physiques ont été faits (b) si la personne n'a été trouvée positive dans aucune des six catégories précédentes **ET** (c) si la personne demande de l'aide en raison de ses plaintes d'ordre somatique/physique.

ANNEXE 3: OUTILS RECOMMANDÉS POUR L'ÉVALUATION DES BESOINS ET DES RESSOURCES DE SMSPS DANS LES SITES D'INSTALLATION DE RÉFUGIÉS

Nom de l'instrument et sa source	Pourquoi employer cet instrument ?	Breve description	Ressources nécessaires
<p>WASSS (WHO-Assessment Schedule for Serious Symptoms in Humanitarian Settings); (WHO & UNHCR, 2012)</p>	<p>Pour le plaider, en démontrant l'ampleur des symptômes graves liés aux problèmes de santé mentale et de soutien psychosocial</p>	<p>Un instrument simple en six parties. Une partie de la communauté Une étude sur les ménages (échantillon représentatif)</p>	<p>Temps nécessaire : deux à trois minutes pour chaque entretien. Ressources humaines requises : quelques enquêteurs, un analyste/rédacteur de rapports</p>
<p>HESPER (Humanitarian Emergency/Perceived Needs Scale); <i>WHO et King's College, London, 2011</i> (Échelle HESPER Échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire)</p>	<p>Plaider et planification</p>	<p>Une échelle succincte pour collecter les données sur les besoins matériels, sociaux et psychologiques perçus par la communauté. Peut être employée pour des études sur les ménages dans une communauté donnée ou comme instrument en soi (employer un échantillon représentatif de personnes à interroger) Demande 15-30 minutes par personne pour remplir le questionnaire</p>	<p>Temps requis : 15 à 30 minutes pour chaque entretien Ressources humaines requises pour réaliser une étude HESPER sur les besoins des ménages : Un chef d'équipe, 4 à 8 enquêteurs, et un superviseur des enquêteurs</p>
<p>Participatory assessment; perceptions by general community members (WHO & UNHCR, 2012)</p>	<p>Pour planifier la santé mentale et le soutien psychosocial de manière appropriée</p>	<p>Entretiens avec des informateurs clés ou des groupes composés de membres ordinaires d'une communauté donnée, pour savoir comment les problèmes sont localement perçus et surmontés. (liste improvisée des questions supplémentaires)</p>	<p>Temps requis pour 10 à 15 entretiens: Un à deux jours Ressources humaines requises: quatre personnes</p>

Nom de l'instrument et sa source	Pourquoi employer cet instrument ?	Breve description	Ressources nécessaires
Participatory assessment; perceptions by community members with in-depth knowledge of the community (WHO & UNHCR, 2012)	Pour planifier la santé mentale et le soutien psychosocial de manière appropriée	Entretiens avec des informateurs clés ou des groupes pour connaître leurs problèmes et leurs manières de les affronter	Pour 10 à 15 entretiens Temps requis: trois jours pour collecter les données (en supposant que l'enquêteur fera quatre interviews par jour) Ressources humaines requises: Une personne
Participatory assessment; perceptions by severely affected people (UNHCR & WHO, 2008)	Pour planifier la santé mentale et le soutien psychosocial de manière appropriée	Entretiens avec des personnes gravement affectées (liste libre des questions supplémentaires) pour connaître le point de vue local sur les problèmes et la façon de les affronter	Pour 15 entretiens: Temps requis: Trois à cinq jours Ressources humaines requises 2 personnes
Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide (UNHCR & WHO, 2008)	Pour planifier des services aux personnes consommant de l'alcool et des drogues	Evaluation en profondeur de la consommation d'alcool et de drogues	Variable. Au moins un enquêteur formé à cet effet (et si nécessaire, un interprète)
Checklist for integrating mental health in primary health care (PHC) in humanitarian settings (WHO & UNHCR, 2012)	Pour planifier des activités de santé mentale dans le système de soins de santé primaires	Visites des centres de santé et entretiens avec des gestionnaires de programmes de soins de santé primaires	Une heure pour chaque centre de santé Ressources humaines requises: un enquêteur
Who is Where, When, doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) (IASC-RG MHPSS, 2012c)	Pour la coordination, en inventoriant quels dispositifs de santé mentale et de soutien psychosocial sont disponibles	Evaluation détaillée des activités de SMSPS déployées dans les différents lieux. Entretiens avec des gestionnaires de programmes de diverses organisations	Selon l'ampleur de la situation de crise, deux semaines environ sont nécessaires initialement Ressources humaines requises: Deux personnes

DÉFINITIONS DES TERMES CLÉS

1. **Adaptation:**

Mécanisme consistant à s'adapter à une nouvelle situation, à gérer des conditions de vie difficiles, à s'efforcer de résoudre des problèmes et/ou à tenter de minimiser, réduire ou supporter le stress et les conflits.

2. **Approche communautaire:**

L'approche communautaire est une stratégie de partenariat inclusive, un processus et une manière de travailler auprès des personnes relevant de la compétence du HCR, qui reconnaît leurs compétences et leurs ressources tant individuelles que collectives, et qui les emploie pour assurer leur protection. Ceci implique la participation de ces personnes pendant tout le cycle du programme du HCR afin que la communauté prenne en main ses propres projets.

3. **Approche SMSPS:**

L'approche SMSPS est une façon de s'impliquer dans une situation, de l'analyser, d'y répondre, en tenant compte à la fois des aspects psychologiques et des aspects sociaux. (Voir aussi : Interventions SMSPS de base).

4. **Bien-être:**

Le terme bien-être désigne un état de santé global et les processus permettant de parvenir à cet état. Le bien-être comporte des dimensions physiques, cognitives, sociales et spirituelles. Le concept englobe 'tout ce qui est bon pour une personne', comme pouvoir jouer un rôle social constructif, se sentir heureux et confiant, vivre selon des valeurs définies comme étant bonnes par la culture locale, entretenir des relations sociales positives et recevoir du soutien de son entourage, pouvoir supporter les défis de la vie grâce à des mécanismes d'adaptation positifs, être en sécurité, être protégé, avoir accès à des services de qualité et au marché de l'emploi.

5. Incapacité:

Terme générique recouvrant les handicaps, les limitations à l'activité et les restrictions de participation à la vie sociale. Ainsi, l'incapacité peut être de nature à empêcher de voir ou de marcher, d'utiliser les toilettes, de s'habiller, mais aussi faire obstacle au fonctionnement social ou professionnel, à la scolarisation, au travail, à l'accès aux services sociaux et au maintien des contacts sociaux.

6. Interventions psychosociales:

Activités qui ont explicitement pour but de transformer un cadre de vie ou une situation ayant un impact sur le bien-être social ou psychosocial de populations confrontées à l'adversité. Ce but se réalise généralement en travaillant avec les communautés locales, des secteurs et des organisations, afin de plaider en faveur d'un meilleur accès aux dispositifs de soutien communautaire et aux services essentiels, et en rétablissant des activités récréatives, sociales et professionnelles qui peuvent favoriser le bien-être psychosocial. Les interventions psychosociales visent généralement une ou plusieurs améliorations dans les domaines suivants:

- a. Compétences et connaissances: savoir par exemple comment communiquer et écouter, pouvoir prendre des décisions, employer des mécanismes d'adaptation convenant à la culture, acquérir des compétences professionnelles, gérer les conflits, savoir à qui s'adresser pour obtenir des informations.
- b. Bien-être émotionnel: par exemple, se sentir en sécurité, avoir confiance en autrui, de l'estime de soi, avoir une confiance en l'avenir fondée sur des but réalistes, ne pas craindre d'avoir faim ou de tomber malade.
- c. Bien-être social: affection pour ceux qui prennent soin de nous, relations avec les pairs, sentiment d'appartenance à la communauté, reprise des activités culturelles et sociales, contribution volontaire et respectueuse dans les responsabilités domestiques et pour subvenir aux moyens d'existence (UNICEF, 2011).

Ce qui rend les interventions psychosociales bien différentes des interventions de santé mentale est qu'elles ne ciblent pas spécifiquement les personnes qui souffrent de troubles mentaux.

7. Mobilisation communautaire:

Un élément clé de l'approche communautaire : le renforcement de la capacité des communautés à identifier les problèmes et à y répondre.

8. Participation:

L'implication pleine et égalitaire des hommes, femmes, filles et garçons de tous âges et de toute origine, dans tous les processus de décision et les activités qui affectent leur vie et celle de leur communauté, aussi bien dans la sphère publique que privée.

9. Personnes relevant de la compétence du HCR:

Les personnes relevant de la compétence du HCR sont les réfugiés mais aussi les demandeurs d'asile (quelqu'un qui se déclare réfugié), les personnes déplacées internes (personnes ayant dû fuir leur domicile en raison de violences généralisées, de persécutions ou de catastrophes naturelles et qui se trouvent déplacées à l'intérieur de leur propre pays), les personnes rapatriées (personnes qui étaient des réfugiés mais sont retournées récemment dans leur pays), les apatrides (quelqu'un qu'aucun état ne considère comme son ressortissant par application de sa législation). (Voir aussi : réfugié).

10. Premiers secours psychologiques (PSP)

Les premiers secours psychologiques sont une aide à la fois humaine et soutenante apportée à une personne qui souffre et qui peut avoir besoin de soutien. Les PSP consistent à agir comme suit :

- apporter du soutien et des soins concrets, sans intrusion
- évaluer les besoins et les préoccupations de la personne
- aider les personnes à pourvoir à leurs besoins essentiels (par exemple, la nourriture, l'eau, les informations)
- écouter les personnes sans les pousser à parler
- réconforter les personnes et les aider à retrouver le calme
- aider les personnes à obtenir les informations, les services et le soutien social dont elles ont besoin
- protéger les personnes d'éventuels nouveaux dangers

Cette approche peut être enseignée à des non spécialistes avec du matériel de formation agréé par le HCR (Organisation mondiale de la santé, War Trauma Foundation et autres, 2011).

11. Problème psychosocial:

Un problème psychosocial désigne une expérience de vie négative ou des difficultés liées à l'entourage immédiat, qui provoquent des tensions interpersonnelles ou qui rendent inefficaces le soutien social ou les ressources personnelles. Les problèmes psychosociaux se caractérisent généralement par l'association d'un problème *social* (interpersonnel) au sein de la famille ou du réseau social, à un phénomène *psychologique* tel qu'être soucieux et démoralisé. Les personnes qui ont un réseau social peu stable ou limité courent plus que d'autres le risque de développer des problèmes psychosociaux.

12. Protection:

S'efforcer de garantir que les personnes relevant de la compétence du HCR soient protégées contre la violence ou les menaces internes ou externes, ainsi que contre la contrainte et la privation systématique des droits fondamentaux (Voir aussi : Protection basée sur la communauté)

13. Protection basée sur la communauté:

Forme de protection qui adopte l'approche communautaire pour traiter les questions de protection auxquelles les communautés sont confrontées. Les communautés et la protection se renforcent réciproquement : en étant effectués par la communauté, les mécanismes de protection s'améliorent, et en améliorant les mécanismes de protection, les communautés en ressortent renforcées. La protection basée sur la communauté peut se distinguer des mécanismes de protection classiques mais elle n'a pas pour but de les remplacer. (Voir également : Protection)

14. Psychosocial:

Le terme psychosocial fait référence à la relation bilatérale entre les facteurs psychologiques (la manière de sentir, de penser et d'agir d'une personne) et les facteurs sociaux (liés à l'entourage ou au cadre de vie d'une personne : la famille, la communauté, l'état, la religion, la culture) (PSW, 2003). 'Psychosocial' est un adjectif

qui doit être suivi d'un nom, par ex. un problème psychosocial, une intervention psychosociale, une approche psychosociale.

15. Réfugié

Un réfugié est essentiellement toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité ou de ses opinions politiques, se trouve en dehors du pays dont elle a la nationalité et qui, du fait de cette crainte, ne peut ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays. Les personnes fuyant les conflits ou la violence généralisée sont aussi habituellement considérées comme des réfugiés (voir aussi : les personnes relevant de la compétence du HCR)

16. Résilience:

La capacité pour des individus et des communautés d'anticiper, de résister et de récupérer face à l'adversité, que celle-ci soit due à une catastrophe d'origine naturelle ou provoquée par l'homme, ou encore, à des crises sociales. Cela fait référence, d'une part, à la capacité des individus à *trouver leur chemin* vers les ressources psychologiques, sociales, culturelles et matérielles qui alimentent leur bien-être, et d'autre part, à la capacité des individus et des groupes à *négoier* afin que ces ressources soient prodiguées et ressenties d'une façon qui soit culturellement cohérente.

17. Santé mentale:

La santé mentale n'est pas simplement l'absence de trouble mental. On la définit comme un état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse et est capable de contribuer à sa communauté.

18. Santé mentale et soutien psychosocial (SMSP):

Expression composite servant à décrire tout type de soutien endogène ou exogène visant à protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental (IASC, 2007). Cela peut recouvrir des interventions de soutien dans le secteur de la santé, de l'éducation, des services communautaires, de la protection ou encore dans d'autres secteurs.

19. Services à base communautaire:

Services à base communautaire est une expression composite désignant un des 'secteurs' d'opérations internationales d'urgence coordonnées par le HCR, qui visent des populations réfugiées. Ils étaient autrefois connus sous l'appellation de services sociaux et visaient à venir en aide aux réfugiés qui ne pouvaient subvenir à leurs besoins essentiels, en leur procurant dans un camp des produits de première nécessité (Voir : Protection basée sur la communauté)

20. Services de santé mentale:

Services offerts dans le but d'améliorer la santé mentale et le fonctionnement des individus et des familles, qui attachent une attention particulière aux troubles mentaux. Ces services peuvent inclure la psychothérapie, la médication, le counseling, le traitement behaviorale, etc. Dans de nombreux systèmes nationaux de santé, le terme 'services de santé mentale' inclut les services aux personnes atteintes de troubles neurologiques tels que l'épilepsie et la démence.

21. Soutien psychosocial:

Le soutien psychosocial comprend tous les processus et les actions qui favorisent le bien-être général des personnes dans leur environnement social. Ceci inclut le soutien prodigué par la famille, les amis et la communauté dans son ensemble. Le terme peut désigner ce que les gens (les individus, familles, communautés) font eux-mêmes pour préserver leur bien-être psychosocial, et également pour désigner les personnes externes qui subviennent aux besoins psychologiques, sociaux, émotionnels et pratiques des individus, des familles et des communautés, dans le but de préserver, de favoriser ou d'améliorer leur bien-être.

22. Troubles liés aux substances psychoactives:

Les troubles du comportement dus à l'utilisation de substances psychoactives telles que l'alcool et la drogue. Le terme englobe les intoxications aiguës, la consommation nocive, le syndrome de dépendance, le syndrome de sevrage. Dans le domaine de la santé publique mondiale, ces troubles sont généralement regroupés avec les troubles mentaux et neurologiques sous l'appellation de troubles MNS.

23. Troubles mentaux:

Les troubles mentaux se caractérisent par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de relations aux autres qui sont d'ordre anormal. Les troubles mentaux se divisent en :

- a. *Troubles mentaux sévères* : les personnes présentent des symptômes caractéristiques, elles sont gravement handicapées et leur entourage les considère généralement comme malades mentalement ou anormales. Les exemples incluent les psychoses, troubles bipolaires, dépressions graves et les personnes qui constituent un danger pour elles-mêmes et pour les autres.
- b. *Les troubles mentaux courants*: se caractérisent par des symptômes modérés et causent un handicap social important. Les personnes qui souffrent de troubles mentaux courants sont parfois considérées comme malades mentalement, parfois non. Ces personnes ont souvent recours aux soins de santé généraux. Les dépressions légères à modérées, les troubles anxieux et les troubles liés au stress en sont des exemples.

Dans le domaine de la santé publique mondiale, les troubles mentaux sont généralement regroupés avec les troubles neurologiques et ceux liés à l'utilisation de substances psychoactives, sous l'appellation de troubles MNS. Voir aussi : Problèmes psychosociaux.

24. Troubles MNS:

Troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Voir : Troubles mentaux, troubles neurologiques et troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

25. Troubles neurologiques:

Les troubles neurologiques sont des troubles du *système nerveux*, qui inclut le cerveau, la moelle épinière et les nerfs. L'épilepsie, les crises convulsives, la démence et la maladie de Parkinson en sont des exemples. Dans le domaine de la santé publique mondiale, les troubles neurologiques tels que l'épilepsie et la démence sont souvent regroupés avec les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sous l'appellation de troubles MNS. (Voir aussi : troubles MNS).

26. Violence sexuelle et sexiste (SGBV)

La violence sexuelle et sexiste est une violence qui est dirigée contre une personne pour un motif sexuel ou lié au genre. Elle englobe les actes qui infligent un préjudice ou une souffrance physique, mentale ou sexuelle, la menace de tels actes, la coercition et les autres privations de liberté. Si les femmes, les hommes, les garçons et les filles peuvent être victimes de SGBV, les femmes et les jeunes filles en sont les principales victimes. On admettra que la violence sexuelle et sexiste englobe, sans s'y limiter, les formes de violence suivantes:

- a. La violence physique, sexuelle et psychologique survenant dans la famille, et qui inclut les brutalités, l'exploitation sexuelle, les abus sexuels à l'encontre des enfants dans leur foyer, la violence liée à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales féminines et les autres pratiques traditionnelles préjudiciables pour les femmes, la violence extraconjugale et la violence liée à l'exploitation.
- b. La violence physique, sexuelle et psychologique survenant au sein de la communauté, incluant le viol, les abus sexuels, le harcèlement et l'intimidation sexuels sur les lieux de travail, dans les institutions d'enseignement et ailleurs, la traite des femmes et la prostitution forcée.
- c. La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'Etat ou les Institutions, en quelque lieu qu'elle s'exerce.

RÉFÉRENCES

Action for the Rights of Children. (2009). *ARC resource pack: Facilitator's toolkit*
<http://www.arconline.org>.

ARC (Action for the rights of children). (2009). [Foundation module 7: Psychosocial support: ARC resource pack](#). Geneva: ARC.

Child Protection Working Group. (2012). [Minimum standards for child protection in humanitarian action](#): CPWG.

[Guidelines for Child Friendly Spaces in Emergencies](#). (2011): Global Education Cluster, Global Protection Cluster, Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) & IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support.

Humeniuk, R.E., Henry-Edwards, S., Ali, R.L., Poznyak, V., & Monteiro, M.. (2010a). The [Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test \(ASSIST\): manual for use in primary care](#). Geneva: World Health Organization.

Humeniuk, R.E., Henry-Edwards, S., Ali, R.L., Poznyak, V., & Monteiro, M.. (2010b). [The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care](#). Geneva: World Health Organization.

IASC. (2005). [Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies \(Field Test Version\)](#). Geneva: Inter-Agency Standing Committee. IN FRENCH: IASC. (2005) Directives en vue d'Interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire

- IASC. (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#). Geneva: Inter-Agency Standing Committee. IN FRENCH: IASC. (2007). Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence
- IASC-RG MHPSS. (2012a). [IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#).
- IASC-RG MHPSS. (2012b). [Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Camp Coordination and Camp Management Actors Know?](#) Geneva: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support.
- IASC-RG MHPSS. (2012c). [Who is Where, When, doing What \(4Ws\) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes \(field test-version\)](#). Geneva: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
- INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies). (2008). *INEE Minimum standards toolkit: psychosocial protection and well-being*. http://www.ineesite.org/uploads/files/resources/doc_1_Combined_INEE_Psychosocial_Toolkit_Sheets.pdf
- Meyer, S. (2013). UNHCR's mental health and psychosocial support for persons of concern. Global review -2013. Geneva: Policy Development & Evaluation Service, United Nations High Commissioner for Refugees.
- Mirghani, Z. (2013). Healing through sharing: an outreach project with Iraqi refugee volunteers in Syria. *Intervention*, 11(3), in press.
- PSW. (2003). Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: A Framework for Practice. Edinburgh: Psychosocial Working Group: <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/PWGpapers.htm/A Framework for Practice.pdf>.

- Quosh, C. (2013). Mental Health, Forced Displacement & Recovery: Integrated Mental Health & Psychosocial Support Programme for Urban Refugees in Syria. *Intervention*, 11(3), in press.
- The Sphere Project. (2011). [*Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*](#). Geneva: Geneva: the Sphere Project.
- Thomas, V., & Beck, T. (2010). [*An evaluation of the Age, Gender and Diversity Mainstreaming Strategy, 2004-2009*](#). Geneva: UNHCR, Policy Development & Evaluation Service.
- UNHCR. (2001). [*Learning for a Future: Refugee Education in Developing Countries*](#). Geneva: UNHCR: Evaluation and Policy Analysis Unit.
- UNHCR. (2006). [*Participatory Assessment in Operations*](#). Geneva: UNHCR. IN FRENCH: UNHCR. (2006). L'outil de l'UNHCR pour l'évaluation participative dans les opérations.
- UNHCR. (2007a). [*Handbook for Emergencies. Third Edition*](#). Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. IN FRENCH: UNHCR. (2007a) Manuel des situations d'urgence- 2^{ème} édition
- UNHCR. (2007b). [*UNHCR Accountability Framework for Age, Gender and Diversity Mainstreaming*](#). Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR. (2008a). [*A community-based approach in UNHCR operations*](#). Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. IN FRENCH: UNHCR. (2008a) L'approche communautaire dans les opérations de l'UNHCR
- UNHCR. (2008b). [*Guiding Principles and Strategic Plans for HIV & Aids, Malaria Control, Nutrition & Food security, Reproductive Health, Water & Sanitation*](#). 2008-2012. Geneva: UNHCR. IN FRENCH: UNHCR. (2008b) Santé publique et VIH. Principes directeurs et plans stratégiques. VIH et Sida, Lutte contre le paludisme, Nutrition et sécurité alimentaire, Santé reproductive, eau et assainissement.

- UNHCR. (2009). [UNHCR policy on refugee protection and solutions in urban areas](#). Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. IN FRENCH: UNHCR. (2009). Politique du HCR sur la protection des réfugiés et les solutions en milieu urbain.
- UNHCR. (2010). [Public health equity in refugee and other displaced persons settings](#). Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR. (2011a). *Age, Gender and Diversity Policy*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees Retrieved from <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4def34f6887.pdf>. IN FRENCH: UNHCR. (2011a). Politique sur l'âge, le genre et la diversité. Travailler avec les personnes et les communautés en vue de l'égalité et la protection.
- UNHCR. (2011b). [Ensuring Access to Health Care – Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban areas](#). Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. IN FRENCH: UNHCR. (2011b). Garantir l'accès aux soins de santé. Directives opérationnelles en matière de protection des réfugiés et solutions dans les zones urbaines.
- UNHCR. (2011c). [Refugee Education](#). Geneva: UNHCR (Policy Development and Evaluation Service).
- UNHCR. (2011d). [Working with persons with disabilities in forced displacement. Need to Know Guidance nr 1](#). Geneva: Division of International Protection, United Nations High Commissioner for Refugees. IN FRENCH: UNHCR. (2011d). Travailler avec les personnes handicapée dans les situations de déplacement forcé- Notes d'orientation 1.
- UNHCR. (2012a). [Age, gender and diversity approach. Executive Committee of the High Commissioner's Programme Standing Committee](#) (54th meeting). IN FRENCH: UNHCR. (2012a). Approche en matière d'âge, de genre et de diversité.
- UNHCR. (2012b). [Education Strategy 2012-2016](#). Geneva: UNHCR.
- UNHCR. (2013). Guiding principles and Strategic Plans from UNHCRs Public Health Section. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.

- UNHCR, & WHO. (2008). [Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide](#). Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNICEF. (2011). [Inter-Agency Guide to the Evaluation of Psychosocial Programming in Emergencies](#). New York: UNICEF.
- UNICEF & WHO. (2012). [Integrating Early Childhood Development \(ECD\) into Nutrition Programmes in Emergencies. Why, what and how](#). New York: UNICEF.
- United Nations. (2006). Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation. New York / Geneva: Office of The United Nations High Commissioner for Human Rights. IN FRENCH: Haut Commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme. (2006) Questions fréquentes au sujet d'une approche de la coopération pour le développement fondée sur les droits de l'homme
- WHO. (2010). [Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings](#). Geneva: World Health Organization. IN FRENCH: OMS (2010) Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisés.
- WHO. (2012a). [Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: 10 myths](#). Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2012b). [Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: principles and interventions](#). Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2013). [Building Back Better: Sustainable Mental Health Care After Disaster](#). Geneva: World Health Organization. IN FRENCH: WHO (2013) Reconstruire en mieux- Pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence- Aperçu (Executive summary)

- WHO. (2013 (draft)). *Mental Health Gap Action Programme: Support and Supervision Guide*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (in preparation). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Training Course for Community Health Workers Slides and Facilitation Guide*.
- WHO. (n.d.). *mhGAP Training of Trainers and Supervisors (ToTS) Guide* Geneva, unpublished draft.
- WHO. (nd). *Facilitators guide for mhGAP-IG Base course training*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, & Kings College London. (2011). [The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale \(HESPER\): Manual with Scale](#). Geneva: World Health Organization.
- WHO, World Vision International, & War Trauma Foundation. (2013 (in press)). Orientation seminars on Psychological First Aid (PFA) (working title). Geneva: World Health Organization, World Vision International & War Trauma Foundation.
- WHO & UNHCR. (2012). [Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for major humanitarian settings](#). Geneva: World Health Organization.
- WHO & UNHCR. (2013). [Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress](#). mhGAP Intervention Guide Module.
- WHO & UNHCR. (in preparation). *MhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical management of mental, neurological and substance use conditions: initial response in humanitarian settings* Geneva: World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees (publication scheduled for 2014).

World Health Organization, International Committee of the Red Cross, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Médecins Sans Frontières, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, & United Nations High Commissioner for Refugees. (2011). [*The interagency emergency health kit 2011: medicines and medical devices for 10 000 people for approximately three months.*](#) Geneva: World Health Organization. IN FRENCH: World Health Organization, International Committee of the Red Cross, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Médecins Sans Frontières, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, & United Nations High Commissioner for Refugees. (2011). **Kit sanitaire d'urgence interinstitutions** 2011: Médicaments et dispositifs médicaux pour une population de 10 000 personnes pendant environ 3 mois (2011)

World Health Organization, Unesco, International Labour Organisation, & International Disability Development Consortium. (2010). [*Community-based rehabilitation: CBR guidelines.*](#) Geneva: World Health Organization, UNESCO, International Labour Organisation & International Disability Development Consortium.

World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). [*Psychological first aid: Guide for field workers.*](#) Geneva: WHO. IN FRENCH: OMS, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2012) Les premiers secours psychologiques - Guide pour les acteurs de terrain

