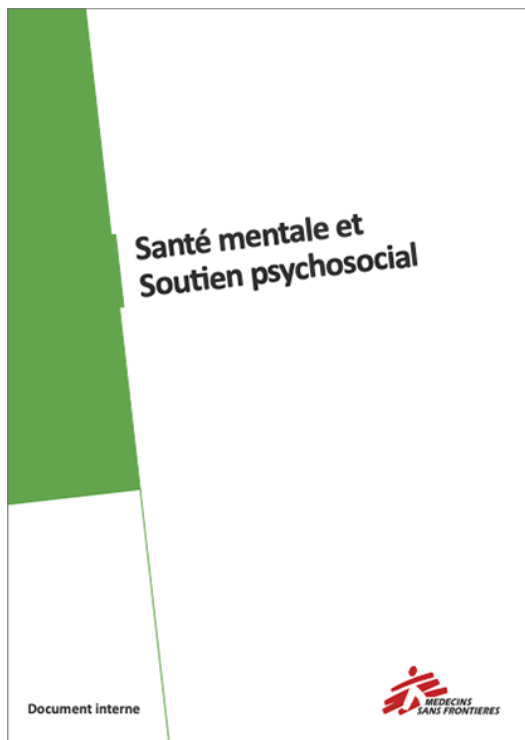


# Santé mentale et Soutien psychosocial

## Santé mentale et Soutien psychosocial



Groupe de travail international Santé mentale, MSF

### Édition et production

International Guideline Publications (IGP)

© Médecins sans Frontières

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés pour tous pays.

Médecins Sans Frontières. *Santé mentale et Soutien psychosocial*.

Août 2023

Réf. L027PSYM23F-P

ISBN None

# Table des matières

[Avant-propos](#)

[Acronymes et abréviations](#)

[Introduction générale](#)

[Partie A : Concepts et principes généraux des interventions de SMSPS](#)

[Partie B : Interventions spécifiques liées au contexte](#)

[Annexes](#)

[Glossaire](#)

# Avant-propos

## Avant-propos

MSF a démarré ses activités de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) en 1989, en réponse au tremblement de terre de décembre 1988, en Arménie. Depuis lors, le nombre d'activités de SMSPS réalisées a augmenté, en particulier au cours de la dernière décennie. La santé mentale (SM) constitue désormais un aspect essentiel des programmes dans chaque région où MSF intervient. Cette évolution résulte de la reconnaissance du rôle clé que joue la SM dans les interventions humanitaires. Ce guide est une réponse à ce changement.

Le guide est spécifiquement destiné aux contextes de MSF. Il contient des recommandations pratiques spécifiques à l'évaluation, à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des interventions de SMSPS. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un outil clinique, il fournit un aperçu de la clinique et il établit des liens avec d'autres ressources pour des approches thérapeutiques plus approfondies. Le contenu de ce guide est conforme à la Politique de santé mentale intersections de 2015 de MSF<sup>[1]</sup>, aux directives du Comité Permanent Inter-Organisations (CPIO)<sup>[2]</sup>, au Guide d'Intervention mhGAP, version 2.0<sup>[3]</sup>, au Guide d'Intervention Humanitaire mhGAP<sup>[4]</sup>, ainsi qu'à d'autres guides et outils internationaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Ce guide s'adresse aux personnes suivantes :

Le guide est divisé en trois parties :

La base de données probantes des interventions en santé mentale continue à croître rapidement et couvre une vaste gamme de domaines dans de nombreuses disciplines. Il existe cependant des lacunes notables, notamment en matière de soins palliatifs, là où l'expérience de MSF est encore insuffisante pour fournir un cadre cohérent. Par conséquent, le guide n'est pas exhaustif et devrait évoluer. Pour toute lacune identifiée, on peut demander conseil aux référents en santé mentale de chaque centre opérationnel de MSF.

Les auteurs seraient reconnaissants de recevoir tout commentaire permettant à ce guide d'évoluer et de répondre à la réalité du terrain. Les commentaires doivent être adressés au référent en SM dans chaque section opérationnelle MSF.

## Références

# Acronymes et abréviations

## Acronymes et abréviations

|         |                                                                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AS      | Agent de santé                                                                                                 |
| ASC     | Agent de santé communautaire                                                                                   |
| CO      | Clinical officer (agent de santé hospitalier)                                                                  |
| CPI     | Comité permanent inter organisations                                                                           |
| CSM     | Certificat de santé mentale                                                                                    |
| DP      | Description de poste                                                                                           |
| EMDR    | Eye movement desensitization and reprocessing (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) |
| EPDS    | Edinburgh postnatal depression screen (échelle de dépression post-partum d'Édimbourg)                          |
| EPT     | Événement potentiellement traumatique                                                                          |
| ESA     | État de stress aigu                                                                                            |
| ESPT    | État de stress post-traumatique                                                                                |
| ESPT-C  | État de stress post-traumatique complexe                                                                       |
| GAD-7   | Generalized anxiety disorder 7 (trouble anxieux généralisé 7)                                                  |
| GD      | Groupe de discussion                                                                                           |
| GHQ-28  | General health questionnaire 28 (questionnaire de santé général 28)                                            |
| GR      | Généraliste                                                                                                    |
| HCR     | Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés                                                          |
| HSCL 25 | Hopkins symptom check list 25 (liste de contrôle des symptômes de Hopkins 25)                                  |
| HTQ     | Harvard trauma questionnaire (questionnaire de traumatologie de Harvard)                                       |
| IDP     | Internally Displaced People (Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays)                            |
| IES     | Impact of event scale (échelle d'impact de l'événement)                                                        |
| IST     | Infection sexuellement transmissible                                                                           |
| MNT     | Maladies non transmissibles                                                                                    |
| MS      | Ministère de la Santé                                                                                          |
| MSF     | Médecins sans Frontières                                                                                       |
| NET     | Narrative exposure therapy (thérapie narrative)                                                                |
| OMS     | Organisation mondiale de la Santé                                                                              |
| ONG(I)  | Organisation non gouvernementale (internationale)                                                              |
| PE      | Psychoéducation                                                                                                |
| PHQ-9   | Patient health questionnaire 9 (questionnaire sur la santé des patients 9)                                     |
| PS      | Promoteur de la santé                                                                                          |
| PSEC    | Patient Support, Education and Counselling (accompagnement, éducation et counselling du patient)               |

|        |                                                                                                                                  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PSP    | Premiers secours psychologiques                                                                                                  |
| RASM   | Responsable des activités de santé mentale                                                                                       |
| RH     | Ressources humaines                                                                                                              |
| RMP    | Référent médical de projet                                                                                                       |
| S&E    | Suivi et évaluation                                                                                                              |
| SCE    | Service des consultations externes                                                                                               |
| SH     | Service hospitalier                                                                                                              |
| SIDA   | Syndrome d'immunodéficience acquise                                                                                              |
| SM     | Santé mentale                                                                                                                    |
| SMART  | Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound (spécifique, mesurable, réalisable, pertinent et limité dans le temps) |
| SMSPS  | Santé mentale et soutien psychosocial                                                                                            |
| SPS    | Soutien psychosocial                                                                                                             |
| SRQ-20 | Self-reporting questionnaire 20 (questionnaire d'auto-évaluation 20)                                                             |
| SSR    | Santé sexuelle et reproductive                                                                                                   |
| TB     | Tuberculose                                                                                                                      |
| TMS    | Troubles mentaux sévères                                                                                                         |
| TUS    | Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives                                                                        |
| VHB    | Virus de l'hépatite B                                                                                                            |
| VHC    | Virus de l'hépatite C                                                                                                            |
| VIH    | Virus de l'immunodéficience humaine                                                                                              |
| VS     | Violence sexuelle                                                                                                                |
| VSBG   | Violence sexuelle et basée sur le genre                                                                                          |

# Introduction générale

## Introduction générale

### Les besoins en santé mentale et soutien psychosocial dans les situations humanitaires

Les troubles mentaux touchent les hommes et les femmes de tous les âges dans le monde et ont un impact élevé sur la santé publique. Avec les troubles neurologiques et les troubles liés à la l'utilisation de substance, ils représentent 13% de la morbidité mondiale<sup>[1]</sup> et entraînent une invalidité chez une personne sur cinq. Les conséquences économiques liées à ces invalidités sont tout aussi considérables<sup>[2]</sup>. Près des trois quarts des troubles neuropsychiatriques au niveau mondial se retrouvent dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire<sup>[3]</sup>. Les personnes atteintes de troubles mentaux sévères sont plus susceptibles de faire face à d'autres problèmes de santé physique p. ex. VIH, tuberculose, maladies non transmissibles) et ont une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans<sup>[3]</sup>. De plus, le suicide est responsable de 800 000 décès/an et constitue l'une des principales causes de décès chez les jeunes<sup>[4]</sup>.

Il existe une lacune manifeste dans les soins de santé efficaces pour les personnes atteintes de troubles mentaux<sup>a</sup> et de problèmes psychosociaux<sup>b</sup> dans le monde, mais aussi un manque de reconnaissance à l'échelle internationale de la nécessité d'améliorer la santé mentale (SM) de l'ensemble des populations<sup>[5]</sup>. Cette lacune en matière de soins efficaces de santé mentale est plus importante dans les situations humanitaires. En 2019, l'OMS a lancé l'Initiative spéciale pour la santé mentale (2019-2023) dans le cadre de l'Initiative de couverture sanitaire universelle. L'objectif du plan quinquennal de l'Initiative spéciale de l'OMS pour la santé mentale est d'augmenter la couverture des traitements pour les problèmes de santé mentale et d'assurer l'accès aux soins de santé mentale pour 100 millions de personnes supplémentaires d'ici 2023.

Entre 76 et 85% des personnes présentant des troubles mentaux sévères (TMS) dans les pays à revenu faible et intermédiaire ne reçoivent aucun traitement pour leur trouble, alors qu'ils sont entre 35 et 50% dans ce cas dans les pays à revenu élevé<sup>[2]</sup>. Une difficulté supplémentaire est la mauvaise qualité des soins pour ceux qui reçoivent un traitement<sup>[6]</sup>. Afin de combler ce manque et d'apporter une réponse efficace, il est important de comprendre les contextes dans lesquels existent des besoins accrus en santé mentale et les facteurs qui contribuent aux troubles mentaux et aux problèmes psychosociaux.

### Estimations de SM dans les situations de conflit

Tableau 1 - Projections des troubles mentaux dans les populations adultes touchées par les conflits (d'après le HCR et l'OMS)<sup>[7], [8]</sup>

|                                                                            | Avant une urgence :<br>prévalence<br>à 12 mois | Après une urgence :<br>prévalence<br>à 12 mois | Prévalence ponctuelle<br>dans les situations de<br>conflit (données de<br>l'OMS, 2019) |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Troubles sévères <sup>(a)</sup>                                            | 2% - 3%                                        | 3% - 4%                                        | 5.1%                                                                                   |
| Troubles mentaux<br>légers ou modérés <sup>(b)</sup>                       | 10%                                            | 15% - 20%                                      | 17%                                                                                    |
| Détresse normale/<br>autres réactions<br>psychologiques<br>(aucun trouble) | Aucune estimation                              | Large pourcentage                              | Large pourcentage                                                                      |

Les estimations récentes de l'OMS indiquent une prévalence plus élevée des troubles mentaux sévères dans les situations de conflit par rapport aux études antérieures : la prévalence ponctuelle est actuellement estimée à 5,1% environ, tandis que la prévalence à 12 mois était précédemment estimée à 3-4%. S'agissant des troubles mentaux légers à modérés, la prévalence ponctuelle est d'environ 17% dans les estimations révisées, comparativement à une prévalence à 12 mois de 15 à 20% dans les estimations précédentes.

### Insuffisance en matière de soins de santé mentale dans les situations humanitaires

MSF travaille fréquemment dans des situations où le niveau de prise en charge des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux est extrêmement faible. C'est le cas en particulier lors de crises telles que les catastrophes naturelles et les épidémies, les guerres et les situations de violence, les migrations et les déplacements forcés, et lorsque des personnes sont confrontées à d'autres formes de violences telles que la captivité, la torture et la violence sexuelle. Les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux sont également fréquents chez les personnes atteintes de maladies transmissibles, comme le VIH<sup>d</sup>, la tuberculose et l'hépatite C, et de maladies non transmissibles, notamment le cancer et les maladies cardiovasculaires. Les personnes atteintes de troubles mentaux sévères sont particulièrement à risque d'être confrontées à un manque de disponibilité des traitements, outre le fait qu'elles sont très souvent victimes de violations graves des droits humains, de discrimination et de stigmatisation.

### Facteurs de risque contribuant aux troubles mentaux

La SM de chaque personne est affectée par un ensemble complexe de facteurs, qui doivent être examinés attentivement lors de l'évaluation et de la mise sous traitement des patients, ainsi que lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes. Les facteurs de risque de développement de troubles mentaux peuvent être considérés comme étant eux-mêmes le résultat de multiples facteurs reliés entre eux, notamment les suivants :

## **Principes des soins de santé mentale efficaces**

Les principes de soins de santé mentale et d'un soutien psychosocial de qualité restent les mêmes, quel que soit le contexte.

## **Notes**

## **Références**



# Partie A : Concepts et principes généraux des interventions de SMSPS

## [Chapitre 1 : Évaluation de SMSPS](#)

### [1.1 Introduction](#)

### [1.2 Méthodologie](#)

### [1.3 Considérations éthiques](#)

### [1.4 Structure et rapport d'évaluation](#)

### [1.5 Critères pour les activités de SMSPS](#)

### [1.6 Recommandations](#)

## [Chapitre 2 : Réponse opérationnelle](#)

### [2.1 Introduction](#)

### [2.2 Pyramide des interventions et activités de SMSPS](#)

### [2.3 Paquets d'interventions de SMSPS](#)

### [2.4 Activités et interventions de SMSPS pour les enfants](#)

### [2.5 Planification des activités](#)

### [2.6 Ressources humaines](#)

### [2.7 Surveillance des activités](#)

### [2.8 Plaidoyer et communication](#)

### [2.9 Collaboration avec des interprètes](#)

### [2.10 Certificat de santé mentale MSF et dossiers de santé mentale](#)

## [Chapitre 3 : Évaluation des patients](#)

### [3.1 Approche générale de l'évaluation et du suivi des patients](#)

### [3.2 Évaluation clinique des adultes](#)

### [3.3 Évaluation clinique des enfants](#)

### [3.4 Spécificités culturelles](#)

## [Chapitre 4 : Supervision clinique et formation](#)

### [4.1 Introduction](#)

### [4.2 Supervision clinique](#)

### [4.3 Types de supervision](#)

### [4.4 Formation en SMSPS](#)

# Partie A : Concepts et principes généraux des interventions de SMSPS

## [Chapitre 1 : Évaluation de SMSPS](#)

## [Chapitre 2 : Réponse opérationnelle](#)

## [Chapitre 3 : Évaluation des patients](#)

## [Chapitre 4 : Supervision clinique et formation](#)

# Chapitre 1 : Évaluation de SMSPS

## Chapitre 1 : Évaluation de SMSPS

[1.1 Introduction](#)

[1.2 Méthodologie](#)

[1.3 Considérations éthiques](#)

[1.4 Structure et rapport d'évaluation](#)

[1.5 Critères pour les activités de SMSPS](#)

[1.6 Recommandations](#)

# 1.1 Introduction

## 1.1 Introduction

Le but d'une évaluation de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS) est de déterminer les besoins de la population, les ressources disponibles, les insuffisances dans les prestations de soins, le contexte socio-culturel et les mécanismes d'adaptation. Ces informations sont utilisées pour définir une stratégie opérationnelle visant à répondre à tous les besoins non satisfaits. Outre les documents MSF référencés ci-dessous<sup>[1], [2], [3]</sup>, le document principal qui devrait être consulté avant de procéder à une évaluation est celui de l'OMS et du HCR intitulé « Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vade-mecum pour les situations humanitaires », 2012<sup>[4]</sup>.

Une évaluation structurée formelle est requise avant de commencer toute activité de SMSPS. Ce chapitre décrit une structure et diverses méthodes de collecte de données pour les évaluations initiales et régulières de SMSPS. Il incombe aux équipes de projet et de coordination de procéder à des évaluations régulières afin d'adapter les activités à l'évolution des besoins. Les rapports d'évaluation devraient inclure des recommandations formelles pour les activités de SMSPS.

En situation d'urgence majeure, une évaluation rapide est effectuée pendant la mise en place des activités de SMSPS. Cela nécessite une approche organisée et une méthodologie d'évaluation permettant de recueillir les informations les plus importantes en peu de temps (2 à 3 jours seulement).

Généralement, la plupart des informations recueillies au cours d'une évaluation proviennent de personnes ou d'organisations occupant en position de pouvoir. Il est donc essentiel de rechercher activement des informations auprès de groupes sous-représentés et moins puissants, par exemple des minorités, des personnes souffrant de troubles mentaux sévères (TMS) ou d'un handicap.

## Références

1. MSF Operational Centre Amsterdam. Mental Health Guidelines: a handbook for implementing mental health programmes in areas of mass violence. Second edition. De Jong, K. 2011.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-137](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-137)
2. MSF Operational Centre Amsterdam. Focus Groups Discussion guidelines. De Jong, K. January 2005.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-150](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-150)
3. MSF Operational Centre Brussels. Recommendations for assessment and planning of MHPS support interventions in emergencies. Martinez K. 2009.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-144](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-144)
4. OMS et HCR. Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vade-mecum pour les situations humanitaires, Genève, 2012.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97944?locale-attribute=fr&>

# 1.2 Méthodologie

## 1.2 Méthodologie

Les évaluations de SMSPS devraient adopter des méthodes multiples pour recueillir des données provenant de diverses sources complémentaires. Bien qu'il soit impossible de couvrir toutes les méthodes, la triangulation (l'utilisation combinée de méthodes multiples) permet de corroborer les informations obtenues à partir de différentes sources.

Les méthodes de collecte des données sont souvent divisées en méthodes « quantitatives » et « qualitatives ».

- Les méthodes quantitatives fournissent des données objectives et mesurables des populations et des groupes, notamment des informations telles que la prévalence des troubles mentaux ou le nombre de personnes appartenant à un groupe à risque important, par exemple le nombre estimé de mineurs non accompagnés, etc.
- Les méthodes qualitatives renseignent sur les perceptions subjectives des individus dans une population, par exemple leurs façons d'exprimer leur détresse, leur utilisation des services de santé, leurs mécanismes d'adaptation et d'autres sources susceptibles de leur apporter un secours. Les méthodes qualitatives communiquent des informations sur l'étendue, la profondeur et le sens des expériences vécues par les personnes.

Il est important de recueillir des informations à partir de sources qualitatives et quantitatives. De nombreuses sources d'information ne correspondent pas clairement à l'une ou l'autre catégorie, et certaines (rapports p. ex.) peuvent inclure les deux types d'information.

### 1.2.1 Analyse de documents

La première étape d'une évaluation consiste à effectuer une analyse de documents. Une grande partie de ce travail peut se faire par la recherche sur Internet et sur la base de ressources du siège et de données cliniques antérieures qui pourraient être disponibles. Les sources d'information spécifiques incluent les suivantes :

- **Revue de la littérature:** examiner la littérature existante (p. ex. sur l'histoire ou l'anthropologie) ainsi que les rapports d'évaluation antérieurs d'autres organisations. Examiner également la littérature en matière de SMSPS propre au contexte/programme, p. ex. les réfugiés, les enfants, etc., ainsi que la politique nationale de santé mentale (SM), le plan d'action de SMSPS ou tout autre document similaire.
- **Données sur les soins de santé et statistiques sur la santé mentale:** les postes de santé, les cliniques ou les hôpitaux constituent la source la plus facile de données cliniques. Vérifier les données de MSF, du ministère de la Santé et d'autres établissements de santé de la région, p. ex. le nombre de patients souffrant de troubles mentaux dans les services de soins ambulatoires, le nombre de patients présentant des problèmes psychosomatiques probables dans les services de soins ambulatoires. Il peut être également possible d'obtenir des statistiques démographiques auprès du gouvernement central, de la part d'autres coordonnateurs de projet ou de l'administration locale (en particulier les prévalences des troubles mentaux sévères (TMS) et des suicides). Ces données donnent un aperçu rapide des troubles médicaux et mentaux documentés dans une population ainsi que de tout changement notable. Cependant, ce type de données n'est généralement pas disponible ou est de mauvaise qualité et ne reflète donc pas les besoins réels. Examiner la disponibilité des médicaments psychotropes dans le pays et dans chaque établissement de santé. Consulter les données pertinentes dans l'ATLAS de l'OMS<sup>a</sup>.
- **Rapports pertinents:** les rapports de terrain antérieurs de MSF et les rapports d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux et d'organisations internationales, ainsi que des sources dans le pays, sont parfois disponibles selon le contexte<sup>b</sup>.
- **Dictionnaire des termes:** au cours de l'évaluation, des termes spécifiques, des définitions, des expressions, des mécanismes explicatifs et des rituels liés aux troubles mentaux et aux problèmes psychosociaux peuvent être décrits dans un dossier dédié. Ce processus peut être entamé pendant l'analyse des documents.

### 1.2.2 Collecte de données sur site

Outre l'analyse des documents, les approches suivantes devraient être envisagées à l'arrivée sur le lieu de l'évaluation.

- **Observation structurée ou avec liste d'observations:** observation directe pour valider les données recueillies auprès d'autres sources. Le but de chaque visite et les informations recherchées doivent être clairement définis avant la visite. Cette méthode d'évaluation peut impliquer la visite d'établissements de santé, d'organisations communautaires, d'autres acteurs présents, de marchés, de sites de distribution alimentaire, etc. Toutes les observations doivent être consignées.  
Si les entretiens peuvent fournir des informations sur les pensées et les propos des personnes concernées, l'observation fournit quant à elle des informations sur leurs actions. Celle-ci renseigne notamment le contexte entourant les événements et les actions. Ainsi, dans une structure de soins, passer en revue le nombre de médicaments psychiatriques disponibles dans la pharmacie, le nombre de personnes dans les zones d'attente et le nombre de lits.
- **Cartographie:** la relation entre les personnes et leur environnement est importante à prendre en compte lors des évaluations et des interventions. Il existe différents types de cartographie :
  - Cartographie physique/géographique : étudiez les services disponibles et les autres acteurs.
  - Cartographie participative : peut être utilisée pour découvrir comment les individus perçoivent certains problèmes tels que la dynamique sociale. Elle est également utile lors de l'identification des ressources sociales, spirituelles et morales et des mécanismes de résilience. Les bénéficiaires potentiels sont des sources d'information essentielles sur la structure de leur communauté, notamment la cartographie sociale et la cartographie hiérarchique.
- Les **groupes de discussion** représentent une technique qualitative qui facilite la discussion sur un sujet prédéfini et au sein d'un groupe de participants sélectionnés. Les groupes de discussion offrent une méthode rapide pour recueillir des données auprès de plusieurs personnes au même moment. Ils permettent de mieux comprendre les perceptions, les croyances, les attitudes, les opinions, les comportements et les expériences des uns et des autres.

Cette méthodologie est utilisée à la fois dans le cadre d'évaluations rapides et dans le cadre d'évaluations approfondies. Pour plus d'informations, se reporter aux directives sur les groupes de discussion<sup>[1]</sup>.

- **Entretiens avec des personnes clés :** les entretiens avec des personnes clés constituent une autre source importante d'informations qualitatives. Les personnes clés sont des personnes considérées comme susceptibles d'avoir une connaissance du sujet identifié. Une personne clé peut être un chef de communauté, un fonctionnaire, un agent de santé (AS), un enseignant, un travailleur social, un ancien du village, un chef religieux, un membre d'une organisation non gouvernementale locale ou internationale, un membre de groupes informels et, dans certains cas, un parent ou un adolescent (pour les questions relatives aux expériences et au bien-être psychosocial des enfants).

Principales considérations :

- Les personnes clés devraient être les représentants des points de vue, des expériences et des opinions des différents groupes de la communauté, y compris des groupes ethniques et religieux, des femmes, des hommes et de divers groupes d'âge, et non de leurs propres points de vue. Souvent, les personnes choisies comme personnes clés sont les membres les plus fortunés, les mieux éduqués et les plus influents de la communauté, ce qui peut introduire un biais dans les informations recueillies.
  - Il est nécessaire d'investir du temps et des efforts pour identifier les personnes clés représentatives des groupes vulnérables comme par exemple, les femmes, les mineurs non accompagnés, les personnes âgées, etc. Si le temps le permet, un nombre important d'entretiens individuels peuvent être menés pour obtenir un plus large éventail d'opinions. Il existe différents types d'entretien<sup>[2]</sup>.
    - **Entretiens directifs :** questionnaire avec des questions ouvertes et/ou fermées et généralement avec des réponses codées.
    - **Entretiens semi-directifs :** cadre de questions/thèmes à explorer avec l'enquêteur en ajoutant ou en omettant des questions selon les besoins.
    - **Entretiens ouverts/non directifs :** un ou deux problèmes sont traités en détail ; les questions sont basées sur ce que dit la personne interrogée.
  - Avant tout entretien ou groupe de discussion, se renseigner sur les sujets sensibles et/ou tabous.
- **Groupe de discussion :** il est utile d'organiser un groupe de discussion avec les parties intéressées pour discuter de l'évaluation. Au cours du groupe de discussion, un animateur (responsable des activités de santé mentale ou conseiller médical du projet) devrait être présent pour présenter les objectifs de l'évaluation, analyser la relation entre les problèmes (arbre à problèmes) et indiquer ce qui doit être fait (intervention). C'est aussi une bonne occasion de discuter de la façon dont les changements et les résultats peuvent être observés et mesurés comme indicateurs de succès.

## Remarques

Dans certains cas, des méthodes spécifiques, tels que des entretiens directifs et des listes formalisées de symptômes peuvent être utilisés pour l'évaluation à grande échelle des besoins en matière de SMSPS dans des situations fermées (camp) et ouvertes (communauté).

Avant d'envisager d'effectuer des évaluations quantitatives à grande échelle, il est important de se rappeler que la prévalence des troubles mentaux dans les populations au départ et dans les situations d'urgence et post-urgence a déjà fait l'objet de recherches approfondies. De plus, les méthodes utilisées pour les enquêtes ne sont pas toujours validées localement. Les enquêtes sur la santé mentale au niveau de la population ont rarement une valeur pratique et il est difficile de les mener de façon significative.

Les méthodes quantitatives spécifiques pour évaluer les besoins de la population en matière de SMSPS (questionnaires, listes des symptômes ou questionnaires d'auto-évaluation) nécessitent l'appui et la participation d'un épidémiologiste et d'un référent en santé mentale de MSF, ainsi que l'approbation préalable des comités d'éthique nationaux et de MSF, de même que la validation à l'échelle locale.

Utiliser les projections des données des prévalences estimées des troubles mentaux de l'OMS pour planifier une réponse lorsque d'autres données fiables ne sont pas disponibles. Ces chiffres sont décrits dans l'introduction générale.

## Notes

- (a) La série ATLAS de la santé mentale offre un panorama complet des informations sur la santé mentale dans le monde et constitue un outil important pour le développement et la planification des services de santé mentale dans les pays et les régions.  
<https://www.who.int/publications/item/9789241514019>
- (b) Sites de ressources Web indicatifs : ATLAS de la santé mentale de l'OMS (prévalence des troubles mentaux par pays, région, etc.) et MHPS.NET.

## Références

1. MSF Operational Centre Amsterdam. Focus Groups Discussion guidelines. De Jong, K. January 2005.  
[https://msfint.sharepoint.com/sites/msfint/communities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-150](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfint/communities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-150)
2. OMS et HCR. Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vade-mecum pour les situations humanitaires, Genève, 2012.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97944?locale-attribute=fr&>

# 1.3 Considérations éthiques

## 1.3 Considérations éthiques

L'évaluation dans les situations humanitaires est une activité qui requiert une planification minutieuse (connaissance d'autres enquêtes en cours pour ne pas submerger la population, etc.) et la prise en compte des aspects éthiques pendant la mise en œuvre.

- Les enquêtes et les questionnaires auprès de la population ne sont pas recommandés au cours des premières semaines suivant une situation d'urgence<sup>[1]</sup>. La sécurité est toujours primordiale pour les personnes interrogées et les enquêteurs.
- Les informations sur le type d'évaluation, les objectifs, les procédures et le temps consacré doivent être clairs pour tous les participants.
- Ces derniers sont libres de mettre fin à tout moment à leur participation. L'arrêt ou le refus de la participation n'entraîne aucune conséquence (ils continueront à bénéficier de la même qualité de prise en charge que les autres, etc.).
- L'utilisation possible des données/conclusions et les conséquences potentielles pour la personne doivent être expliquées (procédures de consentement verbal/écrit).
- Les informations recueillies peuvent être confidentielles, selon la source et leur degré de sensibilité. Les informations fournies par les patients, p. ex. les bénéficiaires vulnérables, doivent être consignées de manière anonyme. Les informations relatives au contexte peuvent être sensibles et doivent également être consignées en respectant l'anonymat.
- Les avantages potentiels de l'évaluation pour la communauté devraient être communiqués (il n'est pas toujours possible de supposer qu'elle en tirera des bénéfices, car MSF ne peut pas garantir la mise en œuvre d'une activité au moment de l'évaluation).
- Si possible, former l'interprète aux méthodes d'évaluation à utiliser et s'entraîner à l'avance.

Si l'évaluation est réalisée avec le concours d'un(e) interprète (presque toujours une personne de la communauté concernée), il faut être attentif(ve) à ses réactions et à son bien-être émotionnel. Après une catastrophe naturelle ou dans les situations de déplacement de populations, le fait d'entendre l'histoire d'autres personnes peut réveiller ses propres sentiments de l'événement traumatique. Il faut s'assurer que l'équipe d'évaluation a le temps de discuter et d'exprimer ses ressentis à la fin de chaque journée (voir [Section 2.9](#), Chapitre 2).

## Références

1. MSF Operational Centre Amsterdam. Focus Groups Discussion guidelines. De Jong, K. January 2005.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-150](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-150)

# 1.4 Structure et rapport d'évaluation

## 1.4 Structure et rapport d'évaluation

Pour décider de la nécessité d'une activité de SMSPS et ensuite de planifier sa mise en œuvre, il est d'abord nécessaire de recueillir des informations sur les points énumérés ci-après<sup>[1]</sup>. Les méthodes spécifiques de collecte d'informations sont décrites ci-dessus à la [Section 1.2](#). Cette liste peut également être utilisée comme modèle lors de la rédaction du rapport d'évaluation:

1. **Contexte général:** décrire brièvement l'urgence/la situation et la façon dont elle affecte le lieu géographique et la ou les populations. Identifier les mouvements de population réels et attendus, s'il est possible de les anticiper.
2. **Description de la population touchée<sup>a</sup>:** nombre estimé, estimations réparties par sexe et âge, nombre estimé d'orphelins, de mineurs non accompagnés, de femmes chefs de famille, de personnes âgées, de personnes handicapées (divisé en psychosociaux et physique), etc. Inclure les informations suivantes : catégorie sociale, structure familiale, mariage, éducation des enfants, rôles liés au genre, statut, religion, origines ethniques, migrants/populations déplacées, etc.
3. **Besoins en santé mentale:** identifier et classer les principales causes de mortalité et de morbidité qui affectent spécifiquement la santé mentale et le bien-être psychosocial de la population:
  - Prévalence des états cliniques possiblement en lien avec des troubles mentaux et avec des problèmes psychosociaux (p. ex. douleur généralisée, troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil, maux de tête, VIH<sup>b</sup>, MNT<sup>c</sup>, violence sexuelle et torture, etc.) et variations de cette prévalence depuis le début de la crise.
  - Vérifier la consommation de médicaments psychiatriques dans les établissements de santé, p. ex. la prescription de l'antidépresseur amitriptyline peut être élevée, mais aucun patient n'a été diagnostiqué porteur d'un trouble dépressif. Il suffit notamment d'examiner les données des consultations en ambulatoire.
  - Statistiques concernant les troubles mentaux et les taux de suicide.
  - Entretiens avec le personnel médical et les principaux membres de la communauté (responsables communautaires, chefs religieux, accoucheuses traditionnelles, guérisseurs traditionnels, etc.) qui peuvent mettre en évidence de la santé mentale et les besoins psychosociaux.
  - Estimations et analyse de la catégorie « autres » dans les listes des morbidités (outil de données médicales). Demander aux agents de soins de santé primaires ce qui est inclus dans cette catégorie et identifier tout lien potentiel avec les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux.
4. **Exposition aux événements:** décrire brièvement et classer les principaux événements traumatiques de la population touchée qui peuvent entraîner ou aggraver des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux.
5. **Contexte socio-culturel:** identifier les principales caractéristiques liées à la culture, à la religion, à l'organisation socio-politique du pays et des communautés affectés et les différences pertinentes avec la communauté d'accueil.
6. **Réponses traditionnelles aux troubles mentaux et aux problèmes psychosociaux:** décrire comment les personnes font face aux conséquences de la crise au niveau individuel, familial et communautaire. Décrire les perceptions locales de la souffrance mentale et de la maladie (y compris les attentes et les demandes liées à une éventuelle activité de SMSPS) et les mécanismes d'adaptation positifs/négatifs. p. ex., comment les personnes de la communauté sont-ils affectés par la situation ? Comment expriment-ils leur souffrance émotionnelle ? Comment sait-on si quelqu'un est triste ou a peur ? Comment les enfants expriment-ils ces émotions ? Qu'est-ce qui est possible de faire pour se sentir mieux quand quelqu'un est triste ou a peur ? Identifier les ressources communautaires et la façon dont elles sont affectées par la situation actuelle. Une évaluation approfondie inclue des informations culturelles concernant les habitudes, les comportements et les pratiques, les croyances et les valeurs, la spiritualité, les rituels (naissance, décès, etc.) et le langage (moyens d'expression des émotions, etc.).
7. **SMSPS nationaux et locaux:** vérifier les politiques et les plans d'action nationaux en matière de santé mentale (y compris les lois sur le sujet), les hôpitaux ou les établissements psychiatriques existants (et la qualité des soins fournis), ainsi que les recommandations cliniques nationales en matière de santé mentale ou autres directives dans le pays. Identifier le personnel de santé mentale (incluant le personnel para médical) et les autres ressources au sein des communautés de réfugiés/déplacés/survivants et des communautés d'accueil (enseignants, travailleurs sociaux, guérisseurs traditionnels, associations de femmes, chefs de communautés, organismes de secours locaux/internationaux actifs, etc.). Cartographier la réponse des autres acteurs/organismes et souligner les lacunes et les besoins non satisfaits. Se renseigner quels sont les médicaments psychotropes prescrits :
  - Quels sont les médicaments disponibles dans la liste du ministère de la Santé ?
  - Quels sont les médicaments disponibles au niveau de la mission et du projet ?
  - Y a-t-il des complications administratives liées à l'importation de ces médicaments ?
  - Quels professionnels de santé sont légalement autorisés à prescrire ou se sentent à l'aise pour les prescrire ? Quels médicaments chaque catégorie professionnelle peut-elle prescrire ?
  - Y a-t-il des médecins, du personnel infirmier et/ou des agents de santé hospitaliers formés au mhGAP ?Se renseigner sur l'étendue et la disponibilité d'un effectif formé, capable de dispenser des thérapies par la parole :
  - Y a-t-il des psychologues ou des référents dans le pays ? La formation en psychologie/counseling inclut-elle une composante clinique adéquate ?
  - Y a-t-il des psychiatres dans le pays ?
  - La formation en psychiatrie inclut-elle une composante de psychothérapie/counseling adéquate ?
  - Les psychologues/référents sont-ils des fonctionnaires du ministère de la Santé ?
  - Y a-t-il une réglementation concernant les personnes habilitées à fournir des consultations de counseling individuel ou de psychothérapie ?

## Notes

- (a) Une attention particulière est accordée à l'identification des besoins des groupes vulnérables ou marginalisés. La vulnérabilité des groupes est définie en termes de morbidité (présence de symptômes), mortalité (suicide, etc.), exclusion des soins, violations des droits humains, refus de la dignité du bénéficiaire et situations spécifiques accroissant la vulnérabilité (institutions psychiatriques, etc.).
- (b) VIH : virus de l'immunodéficience humaine
- (c) MNT : maladies non transmissibles

## Références

1. MSF Operational Centre Brussels. Recommendations for assessment and planning of MHPS support interventions in emergencies. Martinez K. 2009. [https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-144](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-144)



# 1.5 Critères pour les activités de SMSPS

## 1.5 Critères pour les activités de SMSPS

Avant de recommander une activité, il est important de prendre en considération où et comment une activité s'intégrera à la réponse humanitaire générale, sa coordination avec le ministère de la Santé et d'autres acteurs, et comment elle s'intégrera à l'activité plus large de MSF. Il est également important de tenir compte des critères d'ajustement ou de cessation de toute activité de SMSPS proposée.

### Critères de démarrage d'une activité de SMSPS

Une demande d'évaluation SMSPS initiale peut avoir été formulée à la suite de lacunes supposées ou identifiées au niveau de la mission et du siège. Sur la base de l'évaluation, une intervention pourrait être proposée pour diverses raisons, notamment les suivantes :

- Situations dans lesquelles la population touchée est susceptible d'éprouver une détresse après une exposition directe ou indirecte à un événement potentiellement traumatique (EPT) ;
- Besoins en SMSPS manquants dans la population cible, y compris les besoins en soins psychiatriques, en raison d'insuffisances dans la prestation des soins fournis par les organisations locales, nationales ou internationales ;
- Activités MSF préexistantes avec des besoins et des lacunes en matière de SMSPS (voir [Partie B](#)).

Comme pour tout autre programme d'aide, l'acceptation et l'engagement auprès de la communauté sont essentiels avant la mise en œuvre des activités de SMSPS.

### Critères d'adaptation ou d'arrêt d'une activité de SMSPS

La réévaluation des besoins de la population cible est un processus continu et devrait suivre le cadre d'évaluation prévu à la [Section 1.4](#). Il s'agit d'adapter en permanence les activités mises en œuvre pour répondre à ces besoins. Les critères de fin ou d'adaptation des activités peuvent comprendre :

- Les besoins sont couverts par le ministère de la Santé ou par d'autres organisations non gouvernementales. MSF cesse d'intervenir lorsque d'autres organismes disposent de ressources suffisantes pour répondre adéquatement aux besoins de la population touchée.
- Les besoins ont considérablement diminué ou changé, comme témoignent le nombre et le type de cas utilisant des activités de SMSPS.
- Transfert à d'autres acteurs (MSF considère que d'autres organisations peuvent prendre en charge les activités).
- Manque d'accès à la population cible en raison de changements ingérables dans le contexte, la situation en matière de sécurité ou la mise en place organisationnelle.
- Évolution des priorités opérationnelles, telle que déterminée par l'équipe de coordination et le siège.

# 1.6 Recommandations

## 1.6 Recommandations

Le rapport d'évaluation devrait comprendre les sous-titres énumérés à la [Section 1.4](#), puis les critères de l'activité. Cette démarche devrait être suivie de recommandations formelles pour l'élaboration d'une activité qui comble les insuffisances et répond aux besoins identifiés de la communauté touchée et de groupes vulnérables spécifiques.

Pour obtenir des renseignements détaillés sur les activités pertinentes et les interventions précises qui pourraient être suggérées dans les recommandations, consulter le [Chapitre 2](#) ainsi que les chapitres particuliers qui peuvent être pertinents pour la population ou le contexte (p. ex., catastrophe, épidémie, violence sexuelle, nutrition).

# Chapitre 2 : Réponse opérationnelle

## Chapitre 2 : Réponse opérationnelle

[2.1 Introduction](#)

[2.2 Pyramide des interventions et activités de SMSPS](#)

[2.3 Paquets d'interventions de SMSPS](#)

[2.4 Activités et interventions de SMSPS pour les enfants](#)

[2.5 Planification des activités](#)

[2.6 Ressources humaines](#)

[2.7 Surveillance des activités](#)

[2.8 Plaidoyer et communication](#)

[2.9 Collaboration avec des interprètes](#)

[2.10 Certificat de santé mentale MSF et dossiers de santé mentale](#)

# 2.1 Introduction

## 2.1 Introduction

Dans les situations d'urgence, la prévalence des troubles mentaux est quasiment multipliée par deux<sup>[1]</sup>, ce qui aggrave habituellement l'offre de soins appropriés. Si les besoins de la population en matière de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) ne sont pas satisfaits, des interventions appropriées doivent être mises en place dès que possible. Un appui rapide à plusieurs niveaux, répondant aux besoins de différents groupes, aide la population à gérer le stress aigu, permet de dépister et de traiter les personnes ayant des besoins spécifiques en soins de santé mentale (SM) et prévient l'apparition de problèmes psychologiques à long terme.

Les activités de SMSPS sont mises en œuvre en fonction des besoins prioritaires, des ressources disponibles et des lacunes identifiées au niveau de la prise en charge. Les activités se différencient comme suit :

- Horizontales, intégrées à une activité médicale plus large ;
- Verticales, fournies sous forme d'activité ou de projet de SMSPS autonome.

Les activités de SMSPS peuvent également être conceptualisées sur un continuum allant du paquet minimum au paquet complet.

Avant de mettre en œuvre des activités de SMSPS, il est important de tenir compte des soins existants, des ressources locales, des règlements locaux (c.-à-d. qui peut prescrire, des lois sur la santé mentale) et des façons culturellement appropriées de gérer la détresse émotionnelle. Lors de l'établissement d'une réponse de SMSPS, il est crucial de prendre en compte d'autres activités de MSF ou d'autres acteurs, qu'ils soient planifiés ou déjà mis en œuvre, afin de rechercher des opportunités potentielles d'intégration de MHPSS.

Les activités de SMSPS propres à divers contextes et situations, p. ex., catastrophes, crises prolongées, populations exclues/marginalisées, programmes médicaux et psychiatrie sont élaborées dans les chapitres correspondants (voir [Partie B](#)).

## Références

1. Fiona Charlson et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, Vol.394, Issue 10194, P 240- 248, July 20, 2019.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)

## 2.2 Pyramide des interventions et activités de SMSPS

### 2.2 Pyramide des interventions et activités de SMSPS

La pyramide des interventions de SMPS a été décrite pour la première fois dans les Directives du Comité permanent interorganisations (CPI) concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, publiées en 2007<sup>[1]</sup>. Il s'agit d'un cadre conceptuel et organisationnel utilisé par tous les acteurs qui mettent en œuvre les activités de SMSPS dans les contextes humanitaires.

#### Pourquoi la pyramide des interventions de SMSPS est-elle si importante ?

En situation d'urgence, les personnes peuvent être diversement affectées, développer des mécanismes d'adaptation différents et nécessiter divers types de soutien. Les niveaux de la pyramide représentent les interventions de SMSPS pour différents individus et groupes, allant des besoins de base (logement p. ex.) et de la sécurité requis par tous les membres de la communauté, au bas de la pyramide, aux soins de santé mentale spécialisés

Cet outil est utilisé pour hiérarchiser les besoins et organiser le déploiement des activités de SMSPS. Voir [Figure 2.1](#).

**Figure 2.1** - Pyramide des interventions pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence<sup>[1]</sup> (adaptée).

Il est essentiel que les responsables de projet, les chefs d'équipe et les coordinateurs comprennent les différents niveaux de soutien représentés dans la pyramide des interventions. Celle-ci est utilisée pour mettre en évidence les besoins de SMSPS déjà couverts et ceux qui restent à satisfaire et ainsi communiquer et coordonner une réponse adaptée en collaboration avec d'autres acteurs. La pyramide des interventions fournit un cadre universel et un outil pratique pour décrire les activités de SMPS d'un point de vue opérationnel, car elle est facile à comprendre et à expliquer.

L'une des principales difficultés associées à la pyramide est qu'en dépit de son utilisation par toutes les organisations humanitaires, il n'existe pas encore d'accord entre les acteurs sur les activités exactes menées à chaque niveau. Il est donc important de préciser le niveau d'intervention et le type d'activité dont il est question.

#### À quoi correspondent les différents niveaux de la pyramide ?

Les divers niveaux de soutien illustrés à la [Figure 2.1](#) sont conçus pour répondre aux besoins de différents groupes de personnes touchées : les services de base et la sécurité doivent être fournis à toute la population dans un cadre sûr et en respectant leur dignité ; le soutien communautaire et familial vise à permettre aux communautés et aux familles de préserver leur bien-être psychosocial ; le soutien ciblé non spécialisé est nécessaire pour ceux qui peuvent avoir besoin d'interventions de SMSPS individuelles, familiales ou collectives plus ciblées, réalisées par des agents de SM formés et supervisés ; enfin, le soutien spécialisé est destiné à ceux qui souffrent de symptômes plus sévères et qui ont des difficultés à fonctionner au quotidien.

La décision de mettre en œuvre une ou plusieurs activités dépend du contexte, des besoins et des ressources de la population cible (pour plus d'informations, voir [Section 1.5](#), Chapitre 1). Les activités peuvent être menées par des personnels ayant des parcours professionnels et éducatifs différents : des agents de santé communautaires (ASC) aux conseillers et cliniciens, en passant par les médecins, les infirmiers/ères, les psychologues et les psychiatres.

Tous les niveaux de soutien représentés dans la pyramide ont leur importance et doivent si possible être établis simultanément, que ce soit par MSF ou d'autres acteurs. Les activités et leur mise en œuvre spécifique nécessitent un certain degré de flexibilité.

MSF classe les activités de SMSPS dans la pyramide comme suit :

##### ✓ NIVEAU 1. Services couvrant les besoins de base et la sécurité

Au cours d'une évaluation de SMSPS et/ou d'activités en cours, des problèmes de sécurité ou un manque de services couvrant les besoins de base comme le logement et la nourriture peuvent être identifiés. Si MSF n'est pas impliqué dans la fourniture de ces services, les acteurs couvrant ces activités peuvent être contactés et plaider en faveur d'une réponse. Les équipes MSF, y compris les membres de l'équipe de SM, peuvent documenter l'impact négatif des défaillances au niveau des services de base et de la sécurité sur la santé mentale de la population.

## ✓ NIVEAU 2. Soutien psychosocial communautaire et familial

Le deuxième niveau représente les réponses psychosociales requises par un petit nombre de personnes capables de préserver leur santé mentale et leur bien-être psychosocial à condition de bénéficier d'une aide pour accéder à des dispositifs de soutien communautaires et familiaux essentiels.

Ces activités visent à aider les personnes concernées à soulager leurs souffrances, à préserver leur bien-être et à réduire leur risque de développer un trouble mental. Ces activités impliquent principalement l'identification et le renforcement des compétences d'adaptation positives individuelles/familiales/communautaires (passer du temps avec d'autres personnes solidaires, établir une routine, cérémonies commémoratives ou rituels communautaires, activités sociales comme le sport ou le jardinage).

Les interventions à ce niveau de la pyramide sont souvent mises en œuvre par les agents de santé communautaires (ASC), les agents de SM communautaires et les conseillers, professionnels ou non, mais elles peuvent l'être également par des professionnels de la santé mentale au besoin. Les interventions habituelles à ce niveau sont les suivantes :

- **Premiers secours psychologiques (PSP)**

Les PSP comprennent une aide directe, de soutien et pratique aux personnes qui vivent des crises graves. C'est une réponse à laquelle tous les membres de l'équipe médicale et de SM devraient être formés. Les PSP consistent généralement à normaliser/valider une réaction à un événement anormal. Ils sont dispensés au sein de la communauté et dans les établissements de santé et sont particulièrement pertinents après une catastrophe<sup>[2]</sup>.

- **Psychoéducation (PE)**

L'objectif de la PE est d'expliquer les réactions psychologiques à la suite d'une catastrophe humanitaire en fonction du contexte et de promouvoir des mécanismes d'adaptation sains. La PE est une intervention qui peut être réalisée auprès d'un grand nombre de personnes par le biais de séances de groupe ciblées, dirigées par des conseillers et des ASC. Il s'agit de sensibiliser aux mécanismes d'adaptation culturellement appropriés et de fournir des informations sur la marche à suivre et le ou les lieux où se rendre pour obtenir de l'aide, notamment un programme de SM (si disponible) ou toute autre ressource communautaire. La PE peut être effectuée à tous les niveaux, à commencer par les milieux communautaires, pour ensuite être proposée dans les salles d'attente des services ambulatoires et hospitaliers. Les supports visuels tels que les affiches ou les brochures avec des images culturellement appropriées représentant des personnages ayant des symptômes de troubles mentaux sont particulièrement utiles comme outil complémentaire lorsqu'il s'agit de faire passer des messages psychoéducatifs (voir [Annexe 4.1](#), [Annexe 4.2](#), [Annexe 4.3](#) et [Annexe 4.4](#)).

- **Stimulation psychosociale**

La stimulation psychosociale fait partie de la réadaptation de l'enfant malnutri. L'objectif est de promouvoir la relation entre le parent/tuteur et l'enfant et de faciliter le développement de ce dernier. En général, la stimulation psychosociale quotidienne est assurée par des assistants-nutritionnistes dans des centres nutritionnels thérapeutiques hospitaliers. La stimulation psychosociale est également pertinente pour les personnes souffrant de maladies chroniques et hospitalisées pendant de longues périodes, notamment les patients convalescents après des blessures traumatiques ou des maladies telles que la tuberculose et la leishmaniose viscérale. Pour plus d'informations, voir [Chapitre 13](#) et [Chapitre 14](#).

- **Espaces adaptés aux enfants**

Les espaces adaptés aux enfants offrent un lieu sûr et stimulant, où sont proposées des activités amusantes et culturellement appropriées. Ainsi, certains enfants apprécieront un espace pour jouer au football, tandis que d'autres préféreront les loisirs créatifs. Ces activités restaurent un semblant de vie normale et donnent aux enfants un sentiment de sécurité. De plus, le jeu favorise et renforce le développement des enfants.

- **Activités récréatives**

Selon le contexte, des interventions récréatives structurées et organisées peuvent être développées et mises en œuvre pour les adultes. Cela inclut par exemple le tricot, la cérémonie du café, les jeux de cartes, le sport, etc. Ces activités peuvent être pratiquées par des groupes de femmes et dans des clubs de jeunes. Les personnes incarcérées ou les patients hospitalisés pendant de longues périodes bénéficient aussi considérablement d'activités récréatives stimulantes qui les sollicitent au plan cognitif et physique.

- **Autres activités de soutien psychosocial**

Elles peuvent être mises en œuvre directement avec des individus, en groupes ou collectivement.

Les activités de soutien communautaire peuvent inclure des cérémonies commémoratives (veillée aux chandelles p. ex.) ou des actions collectives, telles que des campagnes de nettoyage.

Les activités de soutien psychosocial de groupe peuvent inclure des groupes de parole réunissant des personnes qui ont un point commun, p. ex. des femmes dont les maris ont disparu. Ces activités offrent une occasion de partage d'expériences tout en favorisant la réactivation des mécanismes d'adaptation de la communauté et en faisant revivre des pratiques traditionnelles.

Les activités de soutien psychosocial individuel comprennent entre autres le soutien par les pairs. Des personnes qui ont souffert d'un trouble mental ou d'une blessure fournissent un soutien en partageant leur expérience et en apportant le témoignage de leur propre rétablissement. Des pairs peuvent être identifiés, formés et supervisés pour fournir un soutien psychoéducatif limité et ciblé, ainsi qu'un soutien psychosocial lié à l'événement ou au trouble qui fait d'eux des pairs. En outre, ils présentent l'avantage d'être crédibles, puisque le soutien vient d'une personne ayant elle-même vécu le stress, le trouble, la blessure ou le handicap en question. Les activités de soutien par les pairs sont généralement incluses au niveau 2 de la pyramide. Toutefois, lorsque les pairs fournissent également un conseil, cette activité sera prise en compte au niveau 3, auquel cas ils seront embauchés comme conseillers et requerront une supervision permanente.

## ✓ NIVEAU 3. Soutien ciblé non spécialisé

Le troisième niveau représente le soutien nécessaire aux personnes ayant des niveaux élevés de détresse ou souffrant de troubles mentaux légers ou modérés qui nécessitent des interventions individuelles, familiales ou collectives plus ciblées par des personnels formés et supervisés. Les activités à ce niveau de la pyramide des interventions sont menées dans des établissements de santé ou à l'échelle communautaire. Conseillers, conseillers, psychologues, travailleurs sociaux, cliniciens, assistants-nutritionnistes, infirmier/ères et autres membres du personnel de santé participent à diverses activités en fonction de leurs responsabilités et de leur formation. Tous les personnels doivent être en mesure de fournir un soutien de niveau 2 tels que les PSP, et certains doivent être en mesure de dispenser des formes spécifiques de psychoéducation. Au niveau 3, des compétences élémentaires non spécialisées, telles que l'écoute active, peuvent être renforcées et de nouvelles compétences, telles que la résolution méthodique des problèmes, peuvent être introduites. Il s'agit notamment des activités suivantes :

- **Conseil thérapeutique individuel**

Le conseil thérapeutique individuel est une activité de SM fondamentale dont l'objectif est de diminuer les symptômes de troubles mentaux d'un individu et d'accroître ses capacités fonctionnelles. La psychothérapie individuelle est une activité de SM au cours de laquelle les individus peuvent explorer leurs sentiments, leurs croyances, leurs comportements et leurs souvenirs dans un environnement sûr, bienveillant et confidentiel. La psychothérapie se concentre sur l'identification et le renforcement des compétences d'adaptation positives de la personne. Selon la disponibilité de la personne pour les séances et la présence de conseillers ou de psychologues formés, la psychothérapie comprend différents types d'intervention, notamment :

- Conseil de soutien en plusieurs séances<sup>[3]</sup>, par exemple la « Gestion des Problèmes Plus » (PM+), développée par l'OMS : il s'agit d'une intervention psychologique de faible intensité pour les adultes en détresse dans les communautés exposées à l'adversité. Elle est mise en œuvre par des conseillers, professionnels ou non, dans le cadre de sept séances<sup>[4]</sup>.
- Résolution méthodique des problèmes : les cliniciens, y compris les médecins et les infirmiers/ères, peuvent être formés aux compétences de base en résolution de problèmes et les intégrer à leur pratique clinique.
- Séance unique de psychothérapie de faible intensité<sup>[5]</sup>. Cette activité nécessite une formation et une supervision méthodique et permanente des conseillers par des cliniciens spécialisés en santé mentale (p. ex. psychologue, psychiatre, travailleur social clinique, infirmier/ère psychiatrique).

- **Conseil thérapeutique de groupe**

Le conseil thérapeutique de groupe peut être utile lorsque plusieurs personnes ou une communauté partagent la même expérience (perte ou stress après une catastrophe naturelle, pendant ou après un conflit armé, etc.). L'objectif peut être de créer un sentiment d'appartenance, améliorant ainsi la capacité d'une personne à partager et à surmonter ce qu'elle a vécu. Les groupes de thérapie sont des groupes fermés, réunissant les mêmes participants à chaque séance, et ont un nombre fixe de séances avec un ordre du jour et des objectifs clairs<sup>a</sup>.

Cette activité nécessite un personnel adéquatement formé et une supervision structurée permanente par un clinicien spécialisé en SM (p. ex. psychologue, psychiatre, travailleur social clinique, infirmier/ère psychiatrique).

- **Activités de soutien psychosocial ciblées**

Ces interventions ciblent les personnes souffrant de détresse psychologique, par opposition aux personnes considérées comme présentant des troubles mentaux spécifiques. Elles sont utiles pour diminuer la détresse et promouvoir l'adaptation.

Les interventions de groupe de soutien psychosocial ciblées en sont un exemple. Elles ont généralement été développées de manière pragmatique, en fonction des conditions dans des contextes humanitaires, c'est-à-dire dans des situations où les besoins sont colossaux et les ressources limitées. Il peut s'agir par exemple d'interventions de groupe structuré sur les compétences parentales ou d'interventions structurées sur la gestion de la colère/du stress, etc.

La **stimulation psychosociale** peut également avoir lieu au niveau 3. Elle peut prendre la forme d'une intervention structurée de 5 à 6 séances dirigées par des personnels formés et supervisés. Notez qu'exceptionnellement, certaines activités de soutien psychosocial de niveau 2 peuvent également être effectuées au niveau 3. Cela dépendra du niveau de compétence du personnel, seul le personnel ayant une formation plus poussée et bénéficiant d'une supervision permanente peut effectuer des activités de soutien psychosocial de niveau 3. Un soutien psychosocial dispensé par un professionnel de santé formé aux interventions générales de SMSPS est considéré comme un soutien de niveau 3. Cependant, si des infirmiers/ères ou des médecins généralistes sont formés au soutien psychosocial des victimes de violences sexuelles et supervisés en permanence, il s'agira d'un soutien de niveau 4.

## ✓ NIVEAU 4. Soutien spécialisé

« Au sommet de la pyramide se trouve le soutien supplémentaire à apporter au petit pourcentage de la population dont la souffrance, en dépit des dispositifs de soutien mentionnés, est intolérable et qui peuvent éprouver de grandes difficultés dans leur vie quotidienne »<sup>[1]</sup>. Ces soins peuvent être dispensés par divers personnels (notamment des psychiatres, des médecins généralistes formés au mhGAP, des infirmiers/ères psychiatriques, des psychologues cliniques et des conseillers professionnels) qui traitent les troubles mentaux modérés à sévères en fournissant un conseil professionnel, des soins psychologiques et, au besoin, en prescrivant des médicaments psychotropes. Les activités à ce niveau de la pyramide d'intervention se déroulent dans les établissements de santé ou au sein de la communauté.

- **Prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux sévères (TMS), y compris par des médicaments psychotropes**

Les patients atteints de TMS et d'un handicap psychosocial requièrent une approche pluridisciplinaire comprenant des interventions pharmacologiques et psychosociales telles que les soins psychologiques, le soutien social et l'intégration communautaire. Ce type de prise en charge globale est parfois appelé « soins psychiatriques ».

Le traitement pharmacologique peut être prescrit par un psychiatre ou un autre clinicien prescripteur (médecin, responsable clinique, assistant(e) médical(e) ou infirmier/ère, selon le pays). Pour sa mise en œuvre, il est essentiel :

- Que tous les cliniciens prescripteurs soient formés conformément au guide d'intervention mhGAP ;
- Que les médicaments psychotropes appropriés soient inclus dans la commande médicale internationale du projet afin d'être disponibles au besoin (voir [Chapitre 15](#)) ;
- Qu'un psychiatre assure une supervision régulière et permanente (sur place ou à distance).

 Le traitement pharmacologique n'est jamais une intervention autonome.

- **Soins psychologiques, psychothérapie et activités de conseil professionnel**

L'objectif de ce groupe d'activités est de fournir des interventions professionnelles de thérapie par la parole pour les patients atteints de troubles mentaux modérés à sévères. La terminologie diffère en raison des différents parcours de formation des professionnels qui mettent en œuvre l'activité. Ces activités ne peuvent avoir lieu que si des professionnels formés et certifiés sont disponibles et si des superviseurs sont présents dans le projet pour assurer une supervision officielle. Il est impératif de contacter le référent en santé mentale avant de mettre en œuvre l'une de ces interventions.

Le terme « psychothérapie » englobe diverses approches et méthodes. Toutes impliquent un traitement psychologique (distinct du traitement médical, social ou pharmacologique) pour des difficultés et des troubles psychologiques, émotionnels et relationnels de toutes sortes<sup>[6]</sup>. C'est le cas notamment de la psychothérapie de soutien ou de la thérapie interpersonnelle (TIP) de groupe pour la dépression développée par l'OMS<sup>b</sup>. Des interventions MSF spécifiques, telles que la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) et la thérapie narrative (NET) (décrite à l'[Annexe 6](#)), ne peuvent être envisagées que si des professionnels formés et certifiés ainsi que des superviseurs sont disponibles dans le projet. Le référent en santé mentale doit être contacté avant la mise en œuvre des activités de psychothérapie.

Le conseil professionnel, distinct des soins psychologiques, est une relation professionnelle qui permet à divers individus, familles et groupes d'atteindre des objectifs de santé mentale, de mieux-être, de formation et de carrière. Les conseillers aident les patients à élaborer des stratégies leur permettant de surmonter les obstacles et les défis auxquels ils sont personnellement confrontés<sup>[7]</sup>.

Parfois, la pyramide des interventions de SMSPS est corrélée à la prévalence des troubles mentaux (p. ex. liaison entre la prévalence des TMS et le niveau 4 de la pyramide). Cette approche n'est pas idéale, car les deux ne correspondent pas exactement. Nous avons adapté la pyramide des interventions de SMSPS de la FISCR<sup>c</sup> pour mettre en évidence le lien et décrire l'approche de MSF.

## Notes

- (a) En revanche, les groupes de parole sont des groupes ouverts avec des participants qui changent et des objectifs variables.
- (b) Le groupe de TIP pour la dépression de l'OMS et PM+ sont conçus comme des interventions psychologiques de faible intensité. Selon les auteurs, ils peuvent être mis en œuvre par des non-spécialistes supervisés. En ce sens, les deux pourraient se situer au niveau 3. Cependant, MSF considère qu'une intervention psychothérapeutique de groupe destinée aux personnes souffrant de dépression modérée à sévère est déjà relativement spécialisée et plus complexe que la PM+. C'est pourquoi nous considérons cette intervention comme un soutien spécialisé et la plaçons au niveau 4. Parfois, la PM+ peut être assurée par des psychologues formés. Dans ce cas, MSF la considère comme faisant partie du niveau 4.
- (c) FISCR : Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

## Références

1. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008). Mental Health and Psychosocial Support: Checklist for Field Use. Geneva: IASC. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/Checklist%20for%20field%20use%20IASC%20MHPSS.pdf>
2. MSF Operational centre Amsterdam. Mental Health Guidelines: a handbook for implementing mental health programmes in areas of mass violence. Deuxième édition. De Jong, K. 2011. [https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-137](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-137)
3. MSF Operational Centre Barcelona - 2015. Training Counselors: A Manual for Trainers. [https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-135](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-135)
4. WHO - 2016. Gestion des problèmes Plus (PM+) : Soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité (Version générique expérimentale 1.1). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275831>
5. MSF Operational Centre Barcelona - 2011. Document for guiding decision-making and implementation for mental health and psychosocial single session. Martinez Viciano C. [https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-143](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-143)
6. European Association for Psychotherapy. <https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/what-is-psychotherapy/>
7. American Counselling Association. <https://www.counseling.org/aca-community/learn-about-counseling/what-is-counseling>



## 2.3 Paquets d'interventions de SMSPS

### 2.3 Paquets d'interventions de SMSPS

Une fois la décision prise de mettre en œuvre une intervention de SMSPS, l'équipe de projet doit envisager un paquet de soins allant de la prise en charge minimale à la plus exhaustive. Parfois, un paquet minimum peut être instauré au début d'un projet, puis un éventail plus complet d'activités peuvent être mises en œuvre après quelques mois.

#### 2.3.1 Paquet minimum d'interventions de SMSPS

Un paquet minimum est adapté lorsque, par exemple, chaque niveau de soutien en SMSPS est assuré par d'autres acteurs. La prise en charge peut être mise en œuvre sans la présence permanente d'un responsable des activités de santé mentale (RASM). Toutefois, il est fortement recommandé de disposer d'un superviseur qualifié, au moins pendant les trois premiers mois, pour assurer la formation et la supervision initiales. Si ce n'est pas le cas, un superviseur qualifié, un responsable des activités ou une personne à un poste équivalent doivent alors être nommés. Les services suivants sont inclus :

- **PSP** (voir [Section 2.2](#)).
- **Activités de sensibilisation** à la SMSPS, également appelées psychoéducation. Les thèmes abordés en psychoéducation peuvent inclure :
  - Les réactions fréquentes aux événements traumatiques ;
  - Les mécanismes d'adaptation positifs spécifiques des contextes et des cultures.
- **Soutien psychosocial (SPS) intégré à d'autres activités médicales** : un SPS doit être mis en place si le projet a une activité médicale centrée sur une pathologie/une situation qui a une incidence sur le bien-être psychosocial d'un groupe spécifique, p. ex. la santé sexuelle et reproductive (SSR), les violences sexuelles (VS), la nutrition, le VIH, la tuberculose, etc. Ces activités de SPS peuvent être menées par un assistant-nutritionniste, un éducateur en santé, un conseiller ou un(e) infirmier/ère. Dans certains cas, ces activités peuvent être assurées par une autre organisation, auquel cas un processus de référence doit être établi (voir ci-dessous). En cas de catastrophes humanitaires et d'épidémies, ces activités sont considérées comme partie intégrante du paquet complet, car elles sont prioritaires.
- **Prise en charge des personnes atteintes de TMS** : si le projet a une activité incluant toutes les formes de prise en charge médicale, alors il faut s'assurer que les cliniciens possèdent les compétences nécessaires pour identifier et traiter les TMS. Un appui pour les cas cliniquement complexes peut également être fourni par le biais de la plateforme de télémedecine, si nécessaire. Dans certains cas, cette activité peut être assurée par une autre organisation, auquel cas un processus de référence doit être établi (voir ci-dessous).
- Un **processus de références à d'autres prestataires de soins** doit être établi une fois que la qualité et la capacité de leurs services ont été évaluées par les cliniciens.
- **Plaidoyer** pour des services de base sûrs, culturellement appropriés et respectant la dignité.

Tous les personnels cliniques de ces activités doivent être formés par le RASM, le superviseur ou un autre professionnel qualifié dans les domaines suivants :

- PSP<sup>[1]</sup>
- Identification de la détresse psychologique et des troubles mentaux,
- Compétences en communication intégrées dans les consultations avec les patients.

#### 2.3.2 Paquet complet d'interventions de SMSPS

Le paquet complet comprend un plus large éventail d'activités allant du soutien communautaire/ familial aux soins spécialisés qui ciblent à la fois les individus et les communautés. Ces activités sont menées par des professionnels de la santé mentale (conseillers, psychologues, psychiatres, médecins généralistes formés en mhGAP, infirmiers/ères psychiatriques) et/ou par du personnel identifié et formé localement (conseillers, éducateurs de pairs, agents de SM communautaires, etc.).

Le paquet complet nécessite la présence d'un RASM et/ou d'un superviseur de SM pour assurer la formation et la supervision clinique permanente afin de garantir la qualité des activités suivantes, qui coexistent en plus de celles du paquet minimum :

- Activités incluses dans le paquet minimum.
- **Activités de conseil ou prise en charge psychologique individuelle, familiale et collective.** Le conseil et la psychothérapie requièrent des cliniciens qui ont suivi une formation officielle (p. ex., diplômes en conseil clinique ou psychologie clinique) ou du personnel non professionnel qui a reçu une formation intensive et est étroitement supervisé lors des activités de conseil par le RASM ou le superviseur de SM. L'intensité de la formation et le degré de supervision dépendront des compétences préexistantes des cliniciens recrutés pour le poste. Une supervision régulière et structurée des cliniciens par des professionnels qualifiés doit être prévue.
- **Prise en charge des patients atteints de TMS** par la prescription de médicaments psychotropes et un SPS de base apporté par un psychiatre ou des médecins généralistes/ cliniciens formés conformément au guide d'intervention mhGAP<sup>[2]</sup> et supervisés. Selon la taille de l'activité, la supervision et la formation peuvent être assurées par un psychiatre collaborant avec l'équipe ou, pour des activités de très petite envergure, elles peuvent être effectuées à distance, par exemple par le biais de la plateforme de télémedecine.
- **Autres activités psychosociales selon le contexte.**

## Références

1. OMS - 2011. Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>

2. European Association for Psychotherapy.  
<https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/what-is-psychotherapy/>

## 2.4 Activités et interventions de SMSPS pour les enfants

### 2.4 Activités et interventions de SMSPS pour les enfants

Adopter une attitude proactive et non réactive : identifier le stress psychosocial et les troubles mentaux chez les enfants au lieu d'attendre que les parents ou d'autres personnes s'aperçoivent de leur souffrance. Toujours considérer l'enfant dans le cadre de la structure familiale. La participation des parents et de tuteurs dignes de confiance est essentielle au processus de rétablissement. Introduire des techniques d'interaction qui mettent les enfants à l'aise pour s'exprimer et sont adaptées à leur stade de développement (jeu, dessin, etc.).

Il est particulièrement important que les parents/tuteurs comprennent clairement le problème de l'enfant et comment intervenir à la maison avec ce problème. Les parents/tuteurs peuvent avoir besoin d'une intervention pour surmonter leurs propres problèmes, qu'ils soient mentaux ou physiques, avant de pouvoir se concentrer sur les besoins et les problèmes de leur enfant.

Les activités de SMSPS pour les enfants comprennent les suivantes :

- **Psychoéducation** : aider les enfants à comprendre leurs réactions à un événement traumatique et à retrouver le calme. Les parents doivent également être informés des réactions habituelles/attendues chez leur enfant et de la façon dont ils peuvent l'aider. Voir le document d'information sur la psychoéducation pour les enfants en [Annexe 2](#).
- **Autres activités de groupe psychosociales** : activités récréatives, culturelles, sportives et autres activités spécifiques à l'enfant. Le jeu est essentiel au bon développement des enfants. C'est leur façon de faire face à ce qui s'est passé, de se détendre, de soulager les tensions et d'assimiler ce qu'ils ont vécu. Ces activités visent à améliorer le bien-être physique, mental et social des enfants et à promouvoir la résilience et la capacité à s'aider soi-même en leur permettant de se libérer de leurs expériences traumatiques et de participer à des activités sociales. Elles aident les enfants à apprendre à vivre au sein de la famille et de la communauté. Organiser des espaces adaptés aux enfants ou collaborer avec d'autres organismes qui ont déjà développé ces espaces.
- **Soutien aux parents/tuteurs** : soutenir les parents et des adultes/tuteurs dignes de confiance en leur donnant les outils pour aider leurs enfants (et les mineurs non accompagnés) et/ou identifier d'autres enfants/mineurs ayant besoin de soins en SMSPS au sein de la famille.
- Les **groupes de soutien par les pairs** offrent l'occasion de parler des problèmes et d'identifier des solutions. Il est important que les enfants comprennent qu'ils ne sont pas seuls et qu'ils ne sont pas responsables de ce qui s'est passé.
- **Conseil individuel/familial** : le conseil individuel peut offrir un environnement sûr à un enfant pour communiquer ses sentiments.
- Encourager les **activités scolaires et la formation des enseignants** (identification des enfants ayant des besoins de SMSPS, leur expression clinique étant différente de celle des adultes, etc.).
- **Référer les enfants** vers des organismes qui peuvent retrouver leur famille et/ou assurer une protection aussi rapidement que possible.

#### Utilisation des médicaments psychotropes chez l'enfant

Dans les activités MSF, la prescription de psychotropes chez l'enfant doit être envisagée à titre exceptionnel uniquement<sup>[1]</sup>. Dans les projets MSF, il est très rare que des médicaments psychotropes soient nécessaires pour traiter des enfants.

Il est obligatoire de contacter un psychiatre avant de prescrire des médicaments psychotropes pour des enfants/adolescents de moins de 15 ans. Si n'y a pas de psychiatre sur le terrain, le RASM ou le référent médical du projet doit consulter un psychiatre par le biais de la plateforme de télémedecine. Si l'incidence des troubles psychiatriques chez les enfants est élevée, la mission doit envisager de demander une visite de terrain par un psychiatre spécialisé pour assurer la formation et la supervision de l'équipe clinique.

#### Références

1. MSF - 2016. Mental Health International Working Group. Mental Health and Psychosocial Support for Children. [https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-105](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-105)

## 2.5 Planification des activités

### 2.5 Planification des activités

La planification des activités fait partie intégrante de tout projet de terrain et se déroule après l'évaluation et avant le lancement du projet. Les acteurs de chaque discipline (SMSPS, eau et assainissement, médical, etc.) fixent des objectifs et développent des activités conformément à la stratégie globale du projet. Le cadre logique offre un aperçu des objectifs, des résultats escomptés, des activités et des indicateurs du projet. C'est un outil utile pour clarifier les buts à poursuivre et les réalisations à obtenir. Il s'agit généralement d'une annexe au plan annuel de la mission/du projet.

L'élaboration d'une proposition d'activité de SMSPS vise à mettre en pratique les conclusions de l'évaluation (voir [Chapitre 1](#)). Voici quelques éléments clés d'une proposition d'activité de SMSPS, dans l'ordre chronologique :

- Informations générales sur le contexte, la population et le groupe cible spécifique
- Objectifs de l'intervention
- Activités (avec chronogramme)
- Méthodes de surveillance (indicateurs notamment)
- Ressources humaines, formations et matériel nécessaire (p. ex. médicaments et autre matériel tel que jouets, crayons, papier)

Lors de l'élaboration de la proposition, toujours réfléchir à l'intégration dans d'autres activités MSF et à l'engagement et à la coordination avec d'autres acteurs éventuellement présents (p. ex. ministère de la Santé, autres organismes). Il est important de penser à une stratégie de sortie, même pendant l'évaluation.

Outre ce guide, un certain nombre de documents doivent être consultés lors de l'examen de la stratégie de SMSPS du projet et de sa pertinence par rapport au contexte. Le plan stratégique et les priorités du centre opérationnel doivent être pris en compte en priorité. Le « mhGAP Operations Manual » de l'OMS<sup>[1]</sup> est un document supplémentaire qui peut être utile. Ce manuel est conçu pour fournir des conseils pratiques, étape par étape, aux administrateurs de la santé publique du district et aux autres responsables de l'intégration des services de santé mentale et physique.

La révision du plan du projet, effectuée chaque année, offre une occasion d'analyser les indicateurs et de proposer des modifications en conséquence.

### Références

1. WHO - 2018. mhGAP operations manual.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275386/9789241514811-eng.pdf>

# 2.6 Ressources humaines

## 2.6 Ressources humaines

Le nombre et le type de profils en SMSPS recrutés dépendent de la portée, de la durée, du type d'intervention et des ressources disponibles. Toujours veiller à l'égalité entre les sexes et à la parité au sein de l'équipe et assurer une représentation appropriée des principaux groupes culturels et ethniques.

La mise en œuvre d'un paquet complet de services de SMSPS requiert des cliniciens spécialistes de la santé mentale (conseiller, psychologue, psychiatre) placés sous la direction d'un superviseur de SM ou d'un RASM. Le minimum requis est un RASM par projet. Toutefois, si les ressources risquent d'être insuffisantes ou en cas de conflits de priorités, un RASM pourrait être partagé entre deux projets dans le même pays. Pour certains profils spécifiques tels qu'un psychiatre, envisager la possibilité d'un poste intersections (p. ex., un psychiatre mobile se déplaçant dans tout le pays). Pour les missions et dans les pays qui ont un volume important d'activités de SMSPS ou qui requièrent des soins hautement spécialisés, un poste de coordination spécialisé en SMSPS (coordinateur médical adjoint, coordinateur de santé mentale ou coordinateur médical spécialiste de la santé mentale) doit être envisagé.

Les intitulés de poste de SMSPS normalisés sont décrits dans la grille de fonction internationale terrain de MSF (International Field Reference Function Grid ou IRFG) et sont disponibles sur le site Web intersections de l'IRFG<sup>[1]</sup>. Avec l'aval des ressources humaines (RH) et des référents, l'intitulé de poste peut être adapté au projet et au contexte. Il convient d'adapter l'intitulé en ajoutant des rôles et des responsabilités à la rubrique « Responsabilités spécifiques à la section/au contexte » de l'intitulé du poste, plutôt que de les ajouter à la rubrique « Responsabilités ».

Les personnels de SMSPS doivent connaître les compétences élémentaires requises pour leur poste, telles que détaillées dans l'intitulé du poste. Il est important que les responsabilités attribuées à chaque membre de l'équipe correspondent à l'intitulé de son poste.

Pour assurer des interventions de qualité, la gestion d'équipe comprend une formation appropriée pour le personnel et le type d'intervention. La mise en œuvre du paquet complet d'activités nécessite une supervision clinique. Se reporter au [Chapitre 4](#) pour plus de détails sur la formation régulière obligatoire programmée et la supervision clinique par un professionnel qualifié.

### 2.6.1 Taux d'encadrement

Chaque conseiller ou psychologue peut assurer en moyenne 5 à 6 séances de conseil ou consultations par jour<sup>a</sup>. Les psychiatres et les cliniciens formés au mhGAP peuvent assurer en moyenne 8 à 12 consultations par jour selon la sévérité et la complexité des cas.

La détermination du nombre estimé de conseillers nécessaires pour une population cible est fondée sur les paramètres suivants<sup>b</sup>:

- Estimation du nombre total de personnes nécessitant des services de SMSPS : cela représente jusqu'à 24% de la population cible (d'après les projections de l'OMS sur les troubles mentaux dans les populations adultes touchées par des situations d'urgence<sup>[2]</sup> et la pyramide des interventions du CPI).
  - Chez la plupart des patients, une amélioration peut être obtenue avec de simples interventions de faible intensité telles que les PSP, la psychoéducation et les activités de soutien psychosocial de base. Selon le contexte, certaines de ces activités seront généralement fournies, en partie du moins, par d'autres organisations.
  - Les personnes atteintes de TMS nécessitent une intervention plus intensive. On estime à environ 2% le nombre de personnes nécessitant une prise en charge pour des TMS, un chiffre qui atteint 5% dans les situations d'urgence. La plupart du temps, ce niveau de soins n'est pas fourni par d'autres acteurs.
- Nombre de jours ouvrables par semaine ou par mois (5 à 6 jours ouvrables/semaine).
- Nombre estimé de séances de suivi pour chaque patient : en moyenne, dans les situations aiguës, il pourrait être de 3 à 6, bien que cela dépende des troubles dont souffrent les patients et du contexte dans lequel ils vivent. Les personnes ayant subi des traumatismes chroniques ou sévères, victimes de torture ou souffrant de maladies psychiatriques chroniques comme la schizophrénie requièrent des soins de longue durée. Par conséquent, il peut être nécessaire de demander conseil à un référent en SM pour estimer les besoins en termes de personnel.
- La portée, la taille, le budget et les ressources humaines du projet doivent également être pris en compte.

Les travailleurs sociaux et les ASC ont à leur disposition différentes variables pour estimer leurs besoins en ressources humaines sur la base des tâches attribuées. Ils sont recrutés en fonction des activités du projet et de la population cible.

### 2.6.2 Code de déontologie

Tous les personnels de SMSPS doivent respecter les normes de comportement professionnel les plus rigoureuses et se conformer aux directives et politiques de MSF en la matière. Ils doivent être informés de la charte et des principes de MSF, notamment du code de déontologie des professionnels de la santé mentale<sup>c</sup>, <sup>[3]</sup>.

Le code de déontologie traite des questions liées à la nature spécifique du travail et à la relation unique avec les patients. Les professionnels de la santé mentale doivent respecter les limites interpersonnelles avec les bénéficiaires, tant dans le présent immédiat qu'après la fin de l'intervention (respecter la confidentialité<sup>d</sup>, s'abstenir de toute relation intime, etc.).

Le document doit être traduit dans la langue locale. Les membres de l'équipe de SMSPS doivent en discuter pour garantir la compréhension commune et l'acceptation de tous les principes. Le code de déontologie vise à compléter et non à remplacer les autres codes de comportement éthique et responsable de MSF, tels que le document d'orientation sur le cadre d'éthique de la recherche (Research Ethics Framework Guidance), élaboré en novembre 2013<sup>[4]</sup>.

Pour de plus amples recommandations, contacter le référent en SM du centre opérationnel chargé de la mise en œuvre.

### 2.6.3 Soutien psychosocial pour les personnels de SMSPS

Le burn-out et le traumatisme indirect auxquels sont exposés les personnels MSF sont des symptômes graves fréquemment observés dans le cadre des missions. Le burn-out survient lorsque le stress devient écrasant. Les symptômes se développent progressivement et peuvent inclure la fatigue, la diminution de la quantité et de la qualité du travail fourni, des difficultés dans les relations interpersonnelles et une progression graduelle vers un syndrome englobant l'épuisement, la dépression et la colère.

Il incombe à chaque membre de l'équipe de veiller à prendre soin de lui-même/d'elle-même. Une boîte à outils personnelle pour réduire le stress peut inclure les activités suivantes : méditation, rituels spirituels, exercice physique, films, lecture, musique, événements/activités avec le réseau de soutien/les amis, la famille, etc.

Lors de la formation des conseillers, toujours souligner l'importance de prendre soin de soi et de pratiquer des activités allant dans ce sens (techniques de relaxation notamment). Une dynamique d'équipe positive peut atténuer les effets du stress, qui peuvent être graves (voir [Chapitre 4](#)). Des réunions cliniques régulières de SMSPS et/ou une supervision clinique qui facilitent le partage des expériences et des préoccupations au sein de l'équipe aident à prévenir les conséquences néfastes pour les personnels<sup>9</sup>. Faire preuve d'une vigilance particulière si le personnel local fait partie de la population affectée.

Le RASM et le superviseur de SM doivent être attentifs aux réactions de détresse et aux sentiments d'accablement manifestés par les membres de l'équipe de SMSPS. Les préoccupations des différents membres de l'équipe doivent faire l'objet de discussions avec le coordinateur médical, le référent médical du projet ou le coordinateur de terrain.

La prise en charge des bénéficiaires et la prise en charge des personnels MSF constituent deux interventions distinctes pour des raisons professionnelles et éthiques. L'équipe de SMSPS n'est pas responsable des soins psychosociaux des personnels MSF. La fourniture de services thérapeutiques à des collègues de travail peut avoir un impact sur les responsabilités professionnelles, la qualité du travail fourni et la dynamique de l'équipe et porter atteinte à la vie privée du collègue concerné.

Chaque centre opérationnel dispose d'une unité de soins psychosociaux ou d'un référent pour apporter un soutien aux personnels qui en ont besoin. Certains projets possèdent un service d'orientation-recours agréé pour orienter les personnels locaux qui nécessitent une intervention dans leur propre langue.

Parfois, des exceptions peuvent être faites pour la prestation de soins de SM aux personnels. Dans ce cas, consulter le coordinateur médical et l'unité de soins psychosociaux du centre opérationnel.

## Notes

- (a) En considérant une charge de travail qui inclut d'autres activités psychosociales, la supervision, la formation, les congés annuels/maladie, etc.
- (b) L'exemple doit être adapté à chaque contexte. L'estimation est fonction des activités programmatiques.
- (c) Le code de déontologie des professionnels de la santé mentale n'est pas un document validé à l'échelle internationale au sein de MSF. Il est mis en œuvre par chaque centre opérationnel de MSF.
- (d) Les RASM et les superviseurs veillent au respect de la confidentialité au sein de l'équipe de SMSPS. L'équipe de SMSPS peut partager des informations confidentielles avec d'autres ACS de MSF lorsque cela est nécessaire pour fournir les soins appropriés.
- (e) Les personnels comprennent les interprètes, les traducteurs, les médiateurs culturels, etc.

## Références

1. MSF International Field Reference Function Grid.  
<http://irffg.msf.org/>
2. MSF Operational Centre Barcelona - 2011. Document for guiding decision-making and implementation for mental health and psychosocial single session. Martinez Viciano C.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-143](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-143)
3. MSF - 2016. Code of professional conduct of mental health professionals.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-151](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-151)
4. MSF - 2013. Research ethics framework guidance document. MSF ERB Research ethics framework.

# 2.7 Surveillance des activités

## 2.7 Surveillance des activités

La surveillance est un processus continu et systématique de collecte, de mesure, d'analyse et de communication de l'information tout au long du projet.

Le suivi-évaluation (SE) détermine si un projet ou une activité produit les résultats attendus. Le SE s'appuie sur des données pour mettre en évidence les changements positifs, négatifs, directs/indirects qui sont survenus et les objectifs qui ont été atteints ou non. Le SE tire également des enseignements à prendre en compte pour la suite. Il est nécessaire à la contextualisation, à l'adaptation des programmes et à la responsabilisation<sup>[1]</sup>. La surveillance vise à :

- Décrire et analyser l'intervention et les activités d'un programme ;
- Appuyer le programme et modifier ses priorités ou mettre fin à l'activité en fonction des résultats, si nécessaire ;
- Évaluer l'impact global du programme ;
- Garantir la qualité de l'intervention.

Les activités de SMSPS utilisent un système de collecte de données pour faciliter la surveillance des activités. Il inclut, entre autres :

- Les dossiers patient (visite initiale et visite de suivi),
- Les systèmes d'information ou base de données de santé<sup>a</sup>,
- Les rapports mensuels de SM intégrés dans le rapport de situation du projet ou dans le rapport médical mensuel.

Lors de la conception d'une activité de SMSPS, des indicateurs clairs et objectivement vérifiables doivent être définis. Les indicateurs sont sélectionnés à partir des critères « SMART » : Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound (spécifique, mesurable, réalisable, pertinent et limité dans le temps). Ils sont définis par zone d'intervention et périodes considérées et varient selon les activités.

### Indicateurs de santé mentale<sup>b</sup>

Tous les centres opérationnels de MSF sont parvenus à un consensus en 2018 sur les indicateurs qui doivent faire l'objet d'un suivi mensuel. Se reporter au tableau de l'[Annexe 18](#) pour les définitions des indicateurs.

### Notes

(a) Les systèmes de collecte de données sont actuellement différents pour chaque centre opérationnel.

(b) Développés par le groupe de travail sur la santé mentale de MSF (version 5.0, avril 2018).

### Références

1. IASC - septembre 2017. Un Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. [https://inec.org/sites/default/files/resources/final\\_adobe\\_iasc\\_mhpss\\_m\\_e\\_30.03.2017\\_web\\_french\\_0.pdf](https://inec.org/sites/default/files/resources/final_adobe_iasc_mhpss_m_e_30.03.2017_web_french_0.pdf)

# 2.8 Plaidoyer et communication

## 2.8 Plaidoyer et communication

Le plaidoyer constitue un aspect important de toutes les activités menées par MSF. En effet, l'un des principes fondateurs clés de MSF est de témoigner et de jouer le rôle de porte-parole. On pense souvent que les équipes de SM connaissent la « réalité du terrain », c'est-à-dire la véritable situation des bénéficiaires. Des spécialistes des affaires humanitaires et de la communication abordent régulièrement les conseillers et les RASM dans le cadre des projets de terrain pour obtenir des informations à des fins de plaidoyer. Ils peuvent demander qu'on leur fournisse des données et solliciter l'accès aux dossiers de santé mentale. Ils peuvent aussi demander aux conseillers de leur indiquer des patients susceptibles de « raconter leur histoire ». Dans le cadre de la collaboration avec les spécialistes des affaires humanitaires et de la communication, il est essentiel de ne pas porter atteinte aux principes fondamentaux du travail de santé mentale, en particulier la confidentialité. Les guides « Advocacy action and MSF psychosocial and mental health programs » (2012) et « Code of professional conduct of mental health professionals » (2016) offrent une orientation sur la nature et les modalités de partage de l'information. Il est important de lire et de se familiariser avec ces guides.

Ils contiennent en effet des points essentiels :

- Ils rappellent les principes de l'éthique médicale (respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice), y compris dans les situations de plaidoyer et de communication.
- Les équipes de SMSPS doivent toujours discuter des questions de plaidoyer avec leur superviseur. Toutes les demandes des responsables de plaidoyer/de la communication et autres requêtes de la part des médias doivent être discutées avec le référent médical/coordonnateur médical du projet et le coordinateur de terrain/chef de mission.
- Si le patient accepte de fournir des renseignements à des fins de plaidoyer/communication, il est impératif d'obtenir son consentement éclairé. Dans l'idéal, le consentement doit être obtenu à l'écart de toute personne ou de tout lieu associé à la prestation des soins de santé mentale (cela signifie qu'il faut éviter de solliciter le consentement dans la salle d'attente ou la salle de consultation). Le professionnel de la santé mentale doit demander au patient s'il consent à être contacté par le collègue responsable de la communication/du plaidoyer, qui lui demandera également son consentement pour la communication. Cependant, le professionnel de la santé mentale est parfois la personne la mieux placée pour évaluer le consentement. Il importe d'avoir conscience du déséquilibre dans le rapport de forces et d'expliquer clairement les options disponibles. Éviter de solliciter les patients dans un état de détresse mentale profonde, car leur capacité à donner leur consentement peut être altérée.
- Si un patient manifeste spontanément le souhait de parler de sa propre expérience avec des tiers externes, le conseiller doit faciliter cette démarche et, après avoir demandé le consentement du patient, il doit transmettre la demande à son supérieur hiérarchique.
- Certains patients qui ont vécu des expériences très douloureuses peuvent exprimer au conseiller leur colère et leur sentiment d'impuissance et de frustration face à leur situation. Dans certains cas, témoigner peut effectivement aider la personne à surmonter le traumatisme et apaiser ses souffrances. Si le patient souhaite s'exprimer publiquement, des informations générales sur le rôle de plaidoyer de MSF peuvent lui être fournies par écrit ou par une personne autre que son conseiller.
- Le patient doit se voir proposer un soutien sous la forme d'un conseil pendant et après le processus de témoignage.
- Seuls le conseiller, le patient et le superviseur de SM doivent avoir accès au dossier du patient.

La divulgation d'informations anonymes ou de données agrégées est possible lorsque la finalité et les modalités d'utilisation des informations sont clairement définies. L'aval du siège (directeur des opérations/directeur médical) est toujours requis avant la publication. Les conclusions des projets de recherche opérationnelle peuvent être utilisées à des fins de plaidoyer. La recherche opérationnelle en santé mentale suit les mêmes procédures que toute autre recherche médicale. Se reporter à « An Ethics Framework for MSF-Medical Ethics and beyond »<sup>[1]</sup> et au document « MSF Research Ethics Framework Guidance »<sup>[2]</sup>.

## Références

1. MSF - 2007. An ethics framework for MSF-medical ethics and beyond.  
[https://msfint.sharepoint.com/sites/msfint/communities/MedOp/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-600674552-69](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfint/communities/MedOp/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-600674552-69)
2. MSF - 2013. Research ethics framework guidance document. MSF ERB Research ethics framework.



# 2.9 Collaboration avec des interprètes

## 2.9 Collaboration avec des interprètes

Les interprètes jouent un rôle important dans un grand nombre des activités humanitaires menées par MSF. Généralement, les équipes de SMSPS fournissent des soins dans des régions où l'équipe clinique ne parle pas la même langue et n'a pas la même culture que les patients et les familles avec lesquels elle travaille. Les interprètes sont donc essentiels dans ces contextes.

Les interprètes peuvent également être des traducteurs d'une culture, car ils partagent (idéalement) la même culture que les patients. Dans certains cas, les équipes peuvent recruter un médiateur interculturel dont le rôle peut inclure l'interprétation pour les cliniciens.

Les interprètes sont des membres à part entière de l'équipe de santé mentale. Le RASM doit s'assurer que les cliniciens et les interprètes savent comment travailler ensemble. Il est également tenu d'examiner et de planifier leurs besoins spécifiques en matière de formation de base et de supervision permanente.

### Comprendre le rôle de l'interprète en santé mentale

À l'instar des autres membres de l'équipe, les interprètes doivent se conformer au code de déontologie de MSF (voir [Section 2.6.2](#)). Ils ont la même responsabilité que les cliniciens en matière de respect de la vie privée des patients. Les interprètes sont tenus de fournir une traduction exacte. Les responsabilités de l'interprète incluent les suivantes :

- Le thérapeute connaît la technique requise pour traiter le patient ; l'interprète connaît la langue et souvent la culture du patient : la relation professionnelle consiste donc en un échange de connaissances.
- L'interprète est un tiers impliqué dans la relation thérapeutique (aux côtés du patient et du clinicien). Il n'est pas invisible dans cette interaction et a un certain poids dans la relation thérapeutique.
- Il est donc nécessaire d'établir une relation de confiance entre les trois personnes impliquées dans la relation thérapeutique. Il est important que le thérapeute et l'interprète travaillent ensemble pour créer les conditions permettant au patient d'expliquer son histoire avec le moins de difficulté possible.
- Toute opinion concernant le patient peut être exprimée plus tard, après la séance avec le thérapeute. Il est conseillé de donner le temps à l'interprète de discuter de la séance, car elle lui permettra d'exprimer ses propres sentiments et pensées et de se préparer ainsi au prochain rendez-vous avec le patient. Les sentiments de l'interprète sont importants pour le thérapeute, mais ne peuvent pas transparaître au cours de la séance.
- La clé de l'amélioration continue de la technique d'interprétation est une discussion entre le thérapeute et l'interprète après la séance. Une bonne connaissance mutuelle est essentielle à l'établissement d'une relation thérapeutique efficace.
- L'interprète n'est pas un conseiller. Pendant la séance de thérapie, l'interprète ne peut ajouter quoi que ce soit qui relève de son propre point de vue. Il doit traduire clairement les propos du thérapeute et du patient.
- L'interprète ne doit pas avoir un sentiment de supériorité par rapport au patient, car il travaille avec le clinicien. Il est primordial de garder en tête que le patient est l'expert de sa situation personnelle.

### Informations à l'intention des cliniciens devant collaborer avec des interprètes

Tous les membres de l'équipe n'ont pas l'habitude de travailler avec un interprète. Le RASM doit montrer comment l'équipe et les cliniciens peuvent travailler efficacement avec l'interprète afin de tirer le meilleur parti de la valeur ajoutée apportée par l'interprète/le médiateur culturel dans le processus thérapeutique. Les recommandations pour les cliniciens collaborant avec des interprètes sont les suivantes :

- Le langage utilisé doit être clair et simple : éviter le jargon professionnel, les remarques ambiguës, les formulations abstraites et les expressions idiomatiques. Poser des questions courtes et émettre des commentaires brefs ; faire des pauses fréquentes ; diviser les énoncés en paragraphes courts, si de longues explications sont nécessaires.
- Dresser une liste de termes techniques fréquemment utilisés lors des consultations et s'assurer que l'interprète les connaît ; garder à l'esprit que certaines expressions peuvent ne pas exister dans une autre langue.
- Ne pas oublier que l'interprète a besoin de temps pour établir une relation avec le clinicien et développer une coopération à la fois avec le patient et avec le clinicien. L'interprète a des sentiments et des attentes qui lui sont propres. Il peut être souvent tiraillé entre le clinicien et le patient et se sentir parfois plus à l'aise avec le patient qu'avec le clinicien traitant.
- Le clinicien doit expliquer son travail et ses attentes et apporter son soutien à l'interprète avant et après les séances (voir ci-dessous).

### Formation et supervision des interprètes

En tant que partie intégrante de l'équipe clinique, les interprètes requièrent une formation, une supervision et un accès aux soins psychosociaux. Les interprètes ont souvent peu ou pas de connaissances en matière de symptômes et de troubles mentaux. Par conséquent, la participation à la formation clinique de routine en équipe est importante. Le développement des connaissances sera également facilité par l'intégration de l'interprète dans les réunions et les discussions de l'équipe clinique.

Dans la plupart des pays, les candidats à des postes d'interprète ont peu ou pas de formation officielle en interprétation. Une formation spécifique couvrant les thèmes suivants doit être dispensée aux interprètes :

- Recommandations pour une interprétation optimale ;
- Éducation et informations élémentaires sur les problèmes et les troubles mentaux ;
- Préparation et instructions spécifiques en vue des interactions avec certains groupes de patients, par exemple les enfants, les personnes qui ont subi un traumatisme sévère ou qui peuvent avoir des troubles du comportement ou des perturbations du discours tels que les patients présentant des symptômes psychotiques.

La **supervision** doit être assurée de manière formelle et informelle. Les cliniciens doivent également envisager de soutenir les interprètes après une séance dans le cadre du processus thérapeutique. Les RASM et les cliniciens doivent garder à l'esprit ce qui suit :

- Les interprètes et/ou leur famille peuvent avoir vécu les mêmes événements que les patients.
- Les interprètes n'ont pas nécessairement la faculté de se protéger des émotions suscitées par des consultations difficiles. Il est important que le clinicien encourage l'interprète à exprimer ses sentiments, en particulier après des séances difficiles (témoignages terrifiants, etc.) ou à la fin de la journée.
- Les interprètes établissent une relation étroite avec des personnels internationaux, qui quittent bien souvent le terrain après quelques mois. Même si la rotation des personnels internationaux de MSF est inévitable, les nouveaux arrivants doivent respecter les réactions des interprètes face à cette perte.

# 2.10 Certificat de santé mentale MSF et dossiers de santé mentale

## 2.10 Certificat de santé mentale MSF et dossiers de santé mentale

Un certificat de santé mentale MSF (CSM) est un certificat médical établi après une consultation de SM/psychothérapie par un clinicien MSF (généralement un psychiatre qualifié ou un psychologue). Il faut s'adresser au service juridique intersections de MSF pour savoir quel professionnel est autorisé à établir le document et s'il existe des exigences nationales pour que le document soit considéré comme valide dans le pays où il est rédigé.

- Le CSM atteste et rapporte les symptômes subis et/ou décrits par le patient. Il peut également confirmer le lien entre les résultats de l'examen médical et de santé mentale et les descriptions données par le patient. Le rapport doit également inclure le diagnostic et le traitement, le cas échéant.
- Un document seul est-il protégé par le secret médical ? Il peut être fourni en plus d'un certificat médical attestant de violences sexuelles ou autres (mais ne peut pas être fusionné avec d'autres certificats).
- Dans certains cas, comme pour une victime de torture ou d'autres violences, il est obligatoire de rédiger un CSM et de le proposer au patient conformément aux recommandations figurant dans la boîte à outils médico-juridique<sup>[1]</sup>. Si le patient ne souhaite pas accepter le CSM, MSF doit conserver l'original et la copie.
- En plus de documenter les faits rapportés par le patient, un CSM peut être basé sur le contenu du dossier médical. Il est donc important que les dossiers de santé mentale soient aussi clairs et complets que possible<sup>a</sup>.
- Le CSM peut être utilisé par les patients à diverses fins administratives (justificatif pour une demande d'asile et le non-refoulement vers des pays tiers ou pour bénéficier de services tels que l'hébergement). Il peut également être utilisé dans le cadre d'une procédure judiciaire, en particulier si les symptômes/troubles peuvent être corrélés à des événements décrits par le patient. Divers modèles sont disponibles pour les enfants et les adultes. Si la consultation n'est pas menée directement par le psychiatre/psychologue, le CSM est basé sur les informations figurant dans le dossier de santé mentale et signé par le psychiatre/psychologue sur un modèle de certificat distinct.
- Le CSM doit être conservé dans un meuble de rangement sécurisé, séparément du dossier médical du patient. Le CSM contient le nom du patient et d'autres informations d'identification, alors que le dossier médical du patient identifie le patient uniquement par son code patient unique. La conservation des deux au même emplacement permettrait d'identifier le patient dans le dossier médical, ce qui irait à l'encontre de l'objectif du code patient unique. En cas de clôture du projet, le CSM et le dossier médical doivent être archivés ensemble. Consulter la boîte à outils médico-juridique pour obtenir des modèles et des conseils sur ces questions<sup>[1]</sup>.

Ce certificat est un document légal et est à distinguer d'un document pour une référence. Un document pour une référence est un résumé des principales informations cliniques relatives à un patient. Il est établi lorsqu'un patient est référé à un autre service pour la poursuite de son traitement.

Le CSM doit être fourni sur demande, directement au patient ou, avec le consentement du patient, à son représentant légal. Règles concernant la fourniture d'un CSM aux mineurs :

- Un CSM ne peut pas être fourni à un mineur non accompagné, sauf sur avis préalable du service juridique de MSF.
- Un CSM ne peut être fourni à un tuteur légal/accompagnateur qu'après vérification de :
  - Sa relation avec le mineur,
  - Sa relation avec l'auteur présumé,
  - Sa capacité et sa volonté d'agir dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Les dossiers de santé mentale doivent être anonymes et conservés dans un placard verrouillé. Ils peuvent en effet contenir des informations confidentielles susceptibles de mettre le patient ou MSF en danger. Seuls les cliniciens impliqués dans la prise en charge d'un patient et leurs superviseurs techniques peuvent avoir accès aux dossiers de santé mentale. Les dossiers de santé mentale doivent être envoyés au bureau de la capitale de la mission chaque année. MSF doit les conserver pendant plusieurs années. Chaque patient a le droit d'accéder à son dossier de santé mentale. À la demande d'un patient, c'est habituellement le RASM/superviseur de SM de MSF qui rédige un résumé du dossier de santé mentale contenant les principales informations cliniques.

### Notes

- (a) Dans ce cas, rédiger le certificat médical en deux exemplaires et les archiver à un autre emplacement que le dossier médical du patient. MSF peut également fournir au patient un document l'informant de son droit de demander par la suite un certificat et lui indiquant la façon de l'obtenir.

### Références

1. MSF International - Medical Legal Toolbox.  
<https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/ILD-medico-legal-tools>

# Chapitre 3 : Évaluation des patients

## Chapitre 3 : Évaluation des patients

[3.1 Approche générale de l'évaluation et du suivi des patients](#)

[3.2 Évaluation clinique des adultes](#)

[3.3 Évaluation clinique des enfants](#)

[3.4 Spécificités culturelles](#)

## **3.1 Approche générale de l'évaluation et du suivi des patients**

### **3.1 Approche générale de l'évaluation et du suivi des patients**

La première étape pour les soins de santé mentale (SM) consiste à effectuer une évaluation des patients. Toutes les informations recueillies au cours de l'évaluation lors de la première consultation et des visites de suivi seront intégrées au dossier clinique. Une documentation clinique appropriée est essentielle pour assurer une bonne qualité des soins. Chez MSF, les dossiers cliniques de santé mentale sont donc standardisés et constituent une source importante de collecte de données. Cela permet ainsi de vérifier la prise en charge des patients et d'effectuer un suivi des activités de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) du projet.

## 3.2 Évaluation clinique des adultes

### 3.2 Évaluation clinique des adultes

Les particularités de l'évaluation des patients dans des contextes spécifiques sont détaillées dans les chapitres correspondants de la [Partie B](#) de ce guide. L'évaluation initiale du patient peut varier en fonction des éléments suivants :

- Age du patient,
- Type de l'activité,
- Temps disponible,
- Approche clinique/thérapeutique adoptée.

Les sujets abordés lors d'une évaluation initiale sont répertoriés ci-après :

- **Plainte du patient**  
Identifier les raisons de la consultation : symptômes, pensées, émotions, facteurs de stress décrits par le patient et sa compréhension de la situation.  
Identifier les mesures que le patient a prises pour essayer de soulager ses symptômes et ce qu'il attend du traitement.  
Poser des questions sur les activités de la vie quotidienne et les capacités fonctionnelles du patient afin de mieux évaluer la sévérité de la plainte : alimentation, sommeil, réalisation des tâches quotidiennes, soins aux enfants, interactions sociales, autonomie, etc.
- **Antécédents de troubles mentaux**  
Demander au patient s'il a connu des problèmes similaires par le passé ou s'il a des antécédents d'autres troubles mentaux. Que s'est-il passé à ces moments-là ? Est-ce que quelque chose l'a aidé ou a au contraire aggravé son état ?
- **Antécédents familiaux de troubles mentaux**  
Demander s'il existe des antécédents familiaux de problèmes de santé mentale ou de suicide.
- **Antécédents médicaux généraux**  
Le patient a-t-il des problèmes médicaux ? Est-il traité pour ces problèmes ? Quel est son niveau d'observance thérapeutique ? Envisager l'utilisation d'outils tels que l'échelle Morisky d'observance du traitement médicamenteux ou l'échelle de Likert (de 0 à 10) pour connaître la quantité de chaque médicament prise sur une période donnée ([Annexe 3](#))<sup>a</sup>.
- **Consommation d'alcool et d'autres substances**  
Estimer les tendances de consommation de substances, quelles qu'elles soient, notamment l'alcool, la caféine, les cigarettes ou les stupéfiants.
- **Situation sociale et soutien social**  
Recueillir des informations sur le contexte social du patient, p. ex. conditions de vie, soutien et responsabilités, emploi, niveau de sécurité financière et présence ou absence d'autres liens sociaux.
- **Forces et autres ressources**  
Déterminer le sentiment du patient par rapport à ses propres forces ; il peut s'agir de traits personnels ou de facteurs de protection externes qui lui sont utiles.
- **Antécédents personnels**  
Se renseigner sur les événements majeurs de la vie du patient, tels que le niveau de scolarité et les antécédents relationnels (relations importantes actuelles et passées, mariage, divorce).
- **État mental**  
Observer et noter les informations suivantes concernant l'état actuel patient : apparence, hygiène, comportement, propos, humeur, mode de pensée (structure de la pensée, y compris la logique) et contenu de la pensée (thèmes de réflexion, qui peuvent inclure chez les personnes en mauvaise santé des délires, un sentiment de persécution, des pensées dépressives exagérées, etc.), perturbation de la perception (y inclus hallucinations) et lucidité. Ces observations peuvent fournir des informations objectives utiles sur la sévérité de la souffrance de la personne.

#### Suivi du patient

Pour surveiller la progression des patients, il est nécessaire de réévaluer leur état en termes de SMSPS et de le comparer à celui observé lors de l'évaluation initiale.

Si des outils de dépistage et de suivi ont été utilisés lors de la première évaluation (p. ex. échelle de l'impression clinique globale [ICG], questionnaire d'auto-évaluation à 20 items [SRQ-20], liste des symptômes de Hopkins à 25 items [HSCL-25], questionnaire sur la santé du patient à 9 items [PHQ-9] ou questionnaire de dépistage des traumatismes et du trouble anxieux généralisé à 7 items [GAD-7]), ils peuvent être utilisés de nouveau pour surveiller les changements. En raison de la diversité de la symptomatologie, choisir des outils qui couvrent un large éventail de symptômes et sont culturellement appropriés. Voir [Annexe 3](#).

#### Remarques

Pour les patients ayant subi un événement potentiellement traumatique (EPT), les principes suivants doivent également être pris en compte lors de l'évaluation clinique et du suivi :

- Assurer la sécurité du patient et du personnel de soins de santé mentale.
- Respecter les souhaits du patient. La confiance peut être difficile à gagner en raison de la confrontation antérieure de la personne avec l'horreur, l'impuissance et la perte de contrôle. Il se peut qu'elle ne souhaite pas partager des détails de sa vie personnelle ni les voir écrits (préoccupations concernant la protection de la vie privée/la confidentialité), etc.

- Respecter le rythme du patient. Ne pas chercher à entrer dans tous les détails de l'EPT lors de l'anamnèse et du récapitulatif des événements à l'origine des plaintes.
- Se concentrer sur le présent. Tous les détails n'ont pas besoin d'être connus pour aider le patient. Exemple de formulation : « Je voudrais savoir ce que vous considérez comme important pour moi de connaître pour que je puisse vous aider avec vos problèmes/ressentis actuels ».
- Ne pas diagnostiquer des réactions normales trop rapidement. Commencer par comprendre le contexte et la manière dont la culture du patient influence sa compréhension, ses réactions et sa capacité à affronter la réalité.
- Fournir des informations pour aider les patients à reprendre leur vie en main et à comprendre pourquoi ils éprouvent des symptômes de détresse.
- Évaluer et appuyer les stratégies d'adaptation pour aider la personne en se fondant sur ses ressources personnelles et son soutien familial<sup>b</sup>.

## Notes

- (a) Un décompte des comprimés n'est pas recommandé.
- (b) Les mécanismes d'adaptation qui peuvent paraître initialement inappropriés ou négatifs peuvent avoir une valeur adaptative et positive dans ces contextes. Ne pas vouloir partager ce qui s'est passé peut être un moyen adaptatif de garder le contrôle et de ne pas être submergé par la tristesse ou l'anxiété, par exemple.

## 3.3 Évaluation clinique des enfants

### 3.3 Évaluation clinique des enfants

#### 3.3.1 Considérations spécifiques pour les enfants

Les enfants représentent plus de la moitié des bénéficiaires des projets MSF sur le terrain. Ces enfants et leurs familles sont victimes de catastrophes naturelles ou provoquées par les activités humaines, de déplacements, d'insécurité alimentaire, de maladies chroniques et de toutes sortes de problèmes associés aux conditions de vie difficiles. Beaucoup ont subi des perturbations au sein de leur famille et ont perdu leurs parents. Ils peuvent être atteints de maladies nécessitant des traitements longs ou à vie et souffrent fréquemment de malnutrition. Leurs parents/tuteurs sont stressés et peuvent présenter des maladies mentales et physiques qui compromettent la prise en charge de leurs enfants. Ces facteurs de stress psychosociaux ont une incidence sur le développement d'un enfant<sup>[1]</sup>.

Une idée fausse répandue parmi les agents de santé et les parents/tuteurs est qu'ils ne ressentent pas l'impact d'un événement stressant (y compris pour les nourrissons) et « s'en remettent facilement ». Or, les enfants peuvent vivre dans des conditions d'insécurité, sans soutien psychosocial ni accès à des activités récréatives et ne pas être scolarisés pendant des mois, voire des années. Dans de telles situations de vulnérabilité, les enfants peuvent également être la cible de diverses formes de violence.

La réaction des enfants face à une crise, leur gestion du stress, leur détresse, etc., tout cela dépend de leur âge, de leur stade de développement et de la façon dont les parents/tuteurs et les autres adultes interagissent avec eux. Même si un enfant joue et sourit, il peut présenter des signes de détresse qui peuvent être masqués ou peu visibles (fréquence cardiaque rapide, p. ex.). Il peut aussi présenter des signes visibles qui ne semblent pas immédiatement liés au stress, comme des changements subtils au niveau du sommeil, de l'alimentation ou des habitudes de jeu.

Les enfants et les adolescents peuvent ou non éprouver des réactions de détresse similaires à celles des adultes. Les symptômes se manifestent par le comportement plutôt que par des mots. Par ailleurs :

- Les jeunes enfants ne comprennent pas toujours parfaitement ce qui se passe autour d'eux. Ils peuvent revenir à des comportements antérieurs (p. ex. énurésie ou succion du pouce), s'accrocher aux personnes qui s'occupent d'eux, jouer moins ou avoir des jeux répétitifs liés à l'événement pénible.
- Les enfants d'âge scolaire peuvent se croire responsables des malheurs qui leur arrivent, développer de nouvelles peurs, devenir moins affectueux, se sentir seuls et être préoccupés par la protection ou le sauvetage des personnes en situation de crise.
- Les adolescents peuvent ne « rien » sentir, se sentir différents ou isolés de leurs amis ou avoir des comportements à risque et des attitudes négatives.

La communication, les explications et le type de soutien nécessaire doivent être adaptés à l'âge. Pour en savoir plus sur la façon dont les enfants expriment leur détresse selon l'âge et le stade de développement, se reporter au guide SMSPS pour les enfants, MSF 2016 et voir [Annexe 1](#) et [Annexe 2](#).

#### 3.3.2 Évaluation clinique des enfants

L'évaluation des enfants nécessite l'examen de différents domaines de développement et d'interaction des enfants. Il est également essentiel d'évaluer, par l'intermédiaire du parent/tuteur ou d'un autre représentant légal, toute altération des émotions et des comportements de l'enfant.

Principaux éléments à évaluer (liste non exhaustive)<sup>[2]</sup>:

- Problèmes développementaux (utilisation du tableau du développement à l'[Annexe 1](#))
- Inattention ou hyperactivité
- Réactions émotionnelles ou difficultés ; s'il s'agit d'un adolescent, rechercher une dépression modérée à sévère
- Troubles comportementaux : provocation, désobéissance et agressivité répétées
- Présence d'autres troubles mentaux prioritaires
- Famille et environnement social (à la maison également)
- Environnement scolaire
- Si nécessaire, recommander un examen médical (p. ex. maladie infectieuse aiguë ou chronique, y compris otite et VIH/SIDA, tuberculose, anémie, etc.)

**Figure 3.1** - Troubles mentaux et comportementaux chez l'enfant et l'adolescent<sup>[2]</sup>



**Tableau clinique fréquent des troubles mentaux et comportementaux  
chez l'enfant et l'adolescent**

- **Enfant/adolescent examiné dans le cadre de plaintes physiques ou d'un bilan de santé et qui présente :**
  - des signes typiques de troubles émotionnels, comportementaux ou développementaux ;
  - des facteurs de risque tels que : malnutrition, maltraitance et/ou négligence, maladies fréquentes, maladies chroniques (p. ex. VIH/SIDA ou naissance difficile).
- **Parent/tuteur de l'enfant/de l'adolescent préoccupé par :**
  - ses difficultés à progresser au même rythme que ses pairs ou à réaliser les activités quotidiennes considérées comme normales pour son âge ;
  - son comportement (p. ex. trop actif, agressif, crises de nerfs fréquentes et/ou sévères, désir excessif de rester seul, refus de faire des activités régulières ou d'aller à l'école).
- **Enseignant préoccupé au sujet d'un enfant/adolescent qui est :**
  - p. ex., facilement distrait, perturbe la classe, fait des bêtises, a des difficultés à terminer ses devoirs.
- **Assistant social ou agent de santé communautaire préoccupé au sujet d'un enfant ou d'un adolescent pour :**
  - p. ex., des infractions aux règles ou à la loi, un comportement physiquement agressif à la maison ou au sein de la communauté.

Pour des précisions sur l'évaluation des enfants, se reporter au guide SMSPPS pour les enfants, MSF 2015, et au Guide d'intervention mhGAP V2, 2016 : troubles mentaux et comportementaux chez les enfants et les adolescents<sup>[2]</sup>.

**Tableau 3.1** - Rappels concernant la communication en matière de SMSPPS avec les enfants

| À faire                                                           | À ne pas faire                                                  |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Participer à une activité avec l'enfant.                          | Ne pas utiliser la méthode de questionnement direct.            |
| S'asseoir au même niveau que l'enfant.                            | Ne vous asseyez pas à un niveau différent de celui de l'enfant. |
| Poser des questions ouvertes.                                     | N'utilisez pas de questions suggestives.                        |
| Commencer par parler de sujets généraux qui intéressent l'enfant. | Ne pas répéter les mêmes questions sur les mêmes problèmes.     |

## Références

1. MSF - 2016. Groupe de travail international sur la santé mentale. Guide sur la santé mentale et le soutien psychosocial des enfants.  
<https://msfint.sharepoint.com/:r/sites/msfintcommunities/MHIWG/Resources/03%20-%20Guidelines/MSF%20MH.Guideline%20References?csf=1&web=1&e=Rnyd6v>
2. OMS. Guide d'intervention mhGAP - version 2.0.  
<https://www.who.int/publications-detail/mhgap-intervention-guide---version-2.0>

## 3.4 Spécificités culturelles

### 3.4 Spécificités culturelles

Une approche qui tient compte des spécificités culturelles met l'accent sur la compréhension de la détresse mentale en fonction de la vision du monde des bénéficiaires au plan social, politique, économique, spirituel, culturel et moral. Pour définir les troubles/poser le diagnostic de santé mentale tout en respectant les spécificités culturelles, il est essentiel de se poser les questions suivantes :

- Quelles sont les tournures utilisées et les attitudes couramment adoptées pour exprimer la détresse au sein d'une culture ou d'une communauté<sup>a</sup>?
- Comment les personnes expliquent-elles et justifient-elles leurs symptômes ou leur maladie<sup>b</sup>?
- À qui les personnes s'adressent-elles pour obtenir de l'aide ? Dans de nombreuses cultures non occidentales, le guérisseur traditionnel est généralement la première personne vers laquelle la population se tourne pour obtenir de l'aide.

Les prestataires de soins de santé mentale doivent en permanence trouver un juste équilibre entre les interventions fondées sur les preuves et les croyances et traditions culturelles. Ils doivent être sensibles au modèle explicatif du patient et en être conscients tout en expliquant les symptômes et le diagnostic du point de vue de la médecine occidentale. Une relation de confiance entre le patient et l'agent de santé est essentielle pour y parvenir.

Quand et si les modèles explicatifs locaux du traitement SMS/PS conduisent à des pratiques nuisibles par les guérisseurs traditionnels, la famille et/ou la communauté, communiquer ouvertement et en toute sincérité avec les membres de la famille/la communauté sur l'impact négatif potentiel de ces pratiques nuisibles<sup>c</sup> ou de ces comportements d'adaptation négatifs (consommation d'alcool, agressivité, isolement, etc.). Suggérer d'autres façons de résoudre les problèmes.

Des pratiques traditionnelles non nuisibles peuvent être utilisées parallèlement au traitement psychologique et pharmacologique après une évaluation rigoureuse. Les mécanismes d'adaptation positifs, tels que les croyances et les pratiques religieuses et spirituelles et les traditions communautaires, doivent être reconnus et soutenus.

#### Notes

- (a) Exemple : au Zimbabwe, le terme désignant la dépression est kufungissia , ce qui signifie penser trop.
- (b) Exemple : la psychose peut être expliquée comme le fait d'être possédé par un jinn (démon) ou un esprit maléfique.
- (c) Exemple : frapper ou brûler un patient psychotique pour « chasser » le jinn ne l'aide pas et peut aggraver son état.

# Chapitre 4 : Supervision clinique et formation

## Chapitre 4 : Supervision clinique et formation

[4.1 Introduction](#)

[4.2 Supervision clinique](#)

[4.3 Types de supervision](#)

[4.4 Formation en SMSPS](#)

# 4.1 Introduction

## 4.1 Introduction

Les principales charges professionnelles des responsables des activités de santé mentale (RASM) et des superviseurs comprennent la supervision et la formation pour assurer les prestations de soins de qualité. Ils soutiennent le travail clinique du personnel et le développement professionnel individuel. L'absence ou le manque de supervision peut avoir des conséquences défavorables pour les bénéficiaires, les cliniciens (burn-out, traumatisme indirect, etc.) et, en dernier lieu, pour l'ensemble du projet.

Les RASM et les superviseurs de santé mentale (SM) ont deux responsabilités principales :

- Hiérarchique (responsable et employé),
- Clinique (superviseur clinique et personne supervisée).

Il est essentiel de trouver un juste équilibre entre ces deux types de responsabilités parfois conflictuelles pour réussir une activité de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS). La surveillance et l'évaluation des performances des personnels nécessitent des compétences en management. Les personnels doivent recevoir le soutien et la supervision clinique nécessaires dans un environnement sûr, tout en s'acquittant des responsabilités principales correspondant à leur description de poste.

# 4.2 Supervision clinique

## 4.2 Supervision clinique

La supervision clinique<sup>[1]</sup> fait référence à l'accompagnement professionnel assuré par un cadre supérieur de santé mentale. L'accompagnement professionnel ne nécessite pas de relation hiérarchique entre le superviseur et la personne supervisée. Cependant, chez MSF le superviseur entretient presque toujours une relation hiérarchique avec les personnes qu'il supervise, à moins que la supervision ne soit assurée par un tiers, par exemple par un consultant externe.

La supervision clinique consiste en une réflexion partagée entre le superviseur et la ou les personnes supervisées. Elle est axée sur le travail clinique de la personne supervisée afin d'améliorer leurs compétences et leurs aptitudes et de promouvoir leur indépendance professionnelle. Le résultat attendu est que les patients bénéficient de l'amélioration des compétences de la personne supervisée<sup>[2]</sup>.

Le superviseur doit garantir un environnement confidentiel, sûr et respectueux. Les personnes supervisées doivent se sentir à l'abri des attaques personnelles et des critiques non constructives.

Principales fonctions de supervision:

1. **Formation** (développement des compétences, de la compréhension et des aptitudes des personnes supervisées) pour :

- Mieux comprendre le patient ;
- Mieux connaître les réactions et les réponses de la personne supervisée ;
- Comprendre la dynamique de l'interaction ;
- Analyser la façon dont elle est intervenue et les conséquences de cette intervention ;
- Explorer d'autres méthodes de travail

2. **Soutien** (validation et libération des émotions) :

- Reconnaître en quoi la détresse, la douleur et le tableau clinique du patient affectent la personne supervisée ;
- Aider la personne supervisée à gérer ces réactions émotionnelles

3. **Évaluation** :

- Évaluer les performances de la personne supervisée ;
- Identifier les domaines à améliorer.

### Types de problèmes abordés dans le cadre de la supervision clinique

1. Gestion de cas : difficultés à comprendre/aborder le cas.

2. Impact émotionnel du cas sur le conseiller :

- Intrication empathique/empathie excessive (p. ex., trouver la bonne distance entre le conseiller et le patient, sentiments d'impuissance ou d'absence de progrès, colère chez le professionnel de la santé mentale).
- Refoulement empathique (p. ex., approche distante et mécanique, manque d'empathie).

3. Autres problèmes : gestion de l'agressivité chez un patient, problèmes éthiques, etc.

### Références

1. MSF Operational centre Amsterdam. Mental Health Guidelines: a handbook for implementing mental health programmes in areas of mass violence. Deuxième édition. De Jong, K. 2011.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-137](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-137)
2. Van der Veer, G; de Jong, K; Lansen, J. Clinical supervision for counsellors in areas of armed conflict. Intervention 2004, Volume 2, Number 2, Page 118 - 128.  
[https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/118\\_128%20Veer.pdf](https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/118_128%20Veer.pdf)

## 4.3 Types de supervision

### 4.3 Types de supervision

#### 4.3.1 Observation directe

Méthode de supervision très courante dans laquelle le superviseur observe la capacité d'un conseiller (psychologue/psychiatre) à :

- Établir une relation avec le patient ;
- Utiliser le langage approprié (questions, langage adapté au patient, gestuelle, etc.) ;
- Communiquer de manière non verbale (respect, écoute attentive, instants de silence, empathie, etc.) ;
- Encourager le patient à exprimer ses émotions, ses sentiments, ses pensées, ses croyances, etc. ;
- Identifier les caractéristiques et la cohérence entre la communication verbale et non verbale du patient ;
- Identifier, comprendre et analyser les problèmes du patient (situation actuelle, mécanismes d'adaptation, etc.) ;
- Définir les objectifs de traitement en concertation avec le patient ;
- Élaborer, mettre en place, suivre et adapter (au besoin) les stratégies d'intervention ;
- Fournir des informations et appliquer des techniques de psychothérapie.

#### 4.3.2 Observation en situation de travail (montrer l'exemple)

À mi-chemin entre la supervision et la formation, la personne supervisée observe directement le superviseur au cours d'une séance de conseil. Elle est généralement utilisée pour :

- Les cas complexes pour lesquels les conseillers/psychologues/psychiatres sollicitent un soutien ;
- Les cas où les conseillers/psychologues/psychiatres perçoivent des difficultés pour établir une relation appropriée avec un patient spécifique.

**La personne supervisée observe les interactions entre le superviseur et le patient. En observant la séance, la personne supervisée peut voir comment le superviseur dirige une séance et gère les situations à mesure qu'elles se présentent.**

Dans les deux cas (observation directe et observation en situation de travail), le rôle de la personne supervisée au cours de la séance est préalablement convenu avec le superviseur (RASM, superviseur de santé mentale, psychologue, psychiatre) afin de minimiser les perturbations et la confusion éventuelles pendant la séance. Le patient doit être informé et donner son consentement à la présence du superviseur avant le début de la séance. Après la séance, une discussion entre le superviseur et la personne supervisée est fondamentale pour optimiser l'expérience d'apprentissage de la personne supervisée.

La barrière de la langue peut éventuellement être un obstacle. Dans ce cas, il est possible de faire appel à un interprète à condition de l'expliquer au patient<sup>a</sup>. Si le conseiller sert d'interprète au superviseur, interrompre régulièrement la séance pour lui donner le temps de traduire.

#### 4.3.3 Discussion de cas cliniques (individuelle ou en groupe)

La discussion de cas cliniques est une concertation choisie entre deux praticiens ou plus, dans un environnement sûr et favorable, qui permet un processus de réflexion et d'analyse critique des soins pour assurer la qualité de la prestation de services.

La discussion de cas en tête à tête peut inciter la personne supervisée à évoquer l'impact émotionnel du cas. En revanche, la discussion de cas en groupe permet un soutien mutuel, élargit le champ des réactions et commentaires et offre la possibilité d'un jeu de rôle.

Pour commencer, le superviseur doit effectuer une supervision individuelle afin de se familiariser avec les membres de l'équipe, la culture et le contexte.

Les discussions de cas doivent être préparées à l'avance et structurées. Elles comprennent généralement les éléments suivants :

- Données personnelles importantes concernant le patient : âge, sexe, informations du contexte social, éducation/profession, situation familiale, conditions de vie actuelles, etc. ;
- Motif de la consultation ;
- Événements marquants de la vie du patient ;
- Principaux problèmes perçus par le patient et par le conseiller ;
- Symptômes et type de problème majeur (et diagnostic le cas échéant) ;
- Sévérité des problèmes et capacité à fonctionner ;
- Ressources et mécanismes d'adaptation ;
- Plan d'intervention, stratégies, techniques ;
- Sentiments et perception du conseiller à l'égard des conseils donnés et de sa relation avec le patient ;
- Difficultés rencontrées et doutes dans la gestion du cas ;
- Questions et demandes d'assistance (aussi claires et détaillées que possible).

Des discussions de groupe sur la gestion des cas doivent être programmées au moins une fois par semaine. Ces discussions facilitent l'apprentissage et le partage d'expérience par les membres de l'équipe. Le rôle du superviseur est de faciliter la discussion des cas dans un environnement sûr et sans jugement. Veiller à ce que la personne supervisée reçoive les explications et le soutien dont elle a besoin, ainsi que les réponses aux questions qu'elle se pose et d'autres retours pertinents de la part du superviseur.

#### 4.3.4 InterVision (facilitation entre pairs)

Le rôle du facilitateur est assumé à tour de rôle par les membres de l'équipe. Le groupe doit être composé de (para)professionnels de la santé mentale expérimentés qui comprennent comment fonctionne le processus de facilitation. Ils doivent recevoir une formation appropriée. InterVision est une méthode de dialogue organisée alliant travail et apprentissage. L'objectif d'InterVision est d'améliorer les compétences par la compréhension commune et le développement professionnel et d'apprendre les uns des autres en explorant les situations, les problèmes et les questions associées au contexte de travail de chaque participant. Chaque séance doit durer environ 30 à 40 minutes.

#### Structure d'une séance InterVision<sup>[1]</sup>

| Phase | Minutes | Technique                                                                                                                                                                                                        |
|-------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I     | 7       | Le présentateur du cas décrit sa situation problématique. Les collègues l'écoutent en silence. Le présentateur du cas formule une question à débattre.                                                           |
| II    | 2       | Les collègues réagissent spontanément.                                                                                                                                                                           |
| III   | 5       | Les collègues posent des questions pour avoir des précisions et mieux comprendre le problème.                                                                                                                    |
| IV    | 8-10    | Le présentateur du cas écoute en silence pendant que ses pairs discutent de la situation décrite. Les collègues formulent des suppositions/hypothèses sur les causes et les conséquences possibles du problème.  |
| V     | 2       | Le présentateur du cas sélectionne parmi les hypothèses formulées celles qui lui semblent correspondre le mieux à la situation.                                                                                  |
| VI    | 10      | Les confrères examinent les solutions auxquelles ils ont pensé pour résoudre le problème, en fonction des hypothèses retenues par le présentateur du cas.                                                        |
| VII   | 3       | Le présentateur du cas réfléchit aux trois questions suivantes :<br>Quel est mon point de vue ?<br>Qu'est-ce que je comprends différemment à présent ?<br>Quelles seront les prochaines étapes de ma stratégie ? |

## 4.3.5 Examen des dossiers cliniques

L'examen des dossiers cliniques est une méthode de supervision complémentaire. Il permet au superviseur de mieux connaître la personne supervisée et peut être utilisé comme outil de suivi de la supervision individuelle/collective d'un cas particulier. Les dossiers cliniques constituent un outil administratif utilisé dans le cadre du processus thérapeutique. Une attention particulière est accordée aux objectifs et au plan de traitement, en s'assurant qu'ils sont correctement suivis et documentés. Cet examen permet au superviseur de mieux comprendre les problèmes des bénéficiaires et les besoins spécifiques (formation, etc.) de l'équipe de SMSPS.

De plus, le superviseur doit vérifier que les dossiers sont bien rangés et conservés en lieu sûr. Les dossiers doivent être classés comme étant « en cours » ou « clos ». Vérifier s'il y a des dossiers « en cours » qui devraient être « clos ».

## 4.3.6 Examen des données cliniques

L'analyse des données cliniques recueillies fournit au superviseur un aperçu indirect de la quantité et de la qualité du travail de chaque conseiller et de l'équipe dans son ensemble. Faire preuve de prudence lors de l'interprétation des données. Tenir compte des points suivants :

- Progrès du patient évalué par un score d'amélioration/de détérioration,
- Durée du traitement (nombre de séances nécessaires à l'amélioration),
- Nombre de dossiers en cours (vérifier que les dossiers sont clos en temps voulu),
- Charge de travail,
- Taux d'abandon de traitement (potentiellement une mesure indirecte de la satisfaction du patient).

## 4.3.7 Suivi du programme avec l'équipe

Très souvent, les méthodes de suivi se limitent aux bases de données, aux indicateurs quantitatifs et aux analyses du contexte général du projet. Organiser des réunions d'équipe mensuelles pour discuter de l'évolution des activités et des objectifs du projet en vue d'une redéfinition éventuelle et pour élaborer des stratégies plus adaptées, si nécessaire. Inclure les discussions (identification des défis et propositions de solutions) dans le rapport mensuel. En participant à ces discussions, les membres de l'équipe s'investissent davantage dans le projet.

Lorsque les patients souffrent de multiples problèmes médicaux ou que leur traitement implique plusieurs professionnels de santé, des réunions d'équipe pluridisciplinaires et des discussions de cas sont essentielles. Le but de ce type de « supervision » est de s'assurer que tous les spécialistes s'accordent sur le plan de traitement et savent qui est impliqué, quelle intervention est menée et à quel moment.

Ces discussions doivent être menées par un superviseur, un superviseur de santé mentale/ RASM ou un autre superviseur de santé.

## Notes

(a) Interprétation simultanée chuchotée

## Références

1. UNODC - 2010. Intervision guidelines.  
[https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/UNODC\\_Intervision-Guidelines-2010.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/UNODC_Intervision-Guidelines-2010.pdf)



# 4.4 Formation en SMSPS

## 4.4 Formation en SMSPS

La supervision et la formation sont deux des principales responsabilités du RASM.

Le RASM est tenu d'évaluer et de communiquer régulièrement les besoins de formation de son équipe. L'évaluation des besoins tient compte de la formation antérieure et identifie les lacunes dans les connaissances qui ont été observées au cours de la supervision et des observations et par rapport aux objectifs du projet. **Un minimum de deux semaines de formation préparatoire intensive** est recommandé avant le contact direct avec le patient, en particulier pour les membres de l'équipe ayant peu ou pas d'expérience en tant que conseillers. Il convient de discuter au préalable des sujets avec le référent médical du projet. Ci-après figurent des exemples de sujets de formation pour les personnels de SMSPS et les personnels médicaux :

### Sujets pour une équipe de SMSPS :

- Capacités d'écoute et de communication
- Premiers secours psychologiques
- Rôle des conseillers et compétences de base en matière de conseil
- Principes du conseil de soutien
- Identification du problème principal et des symptômes de troubles mentaux
- Critères d'orientation-recours
- Protocoles et recommandations
- Intégration de la SMSPS dans les centres de soins primaires
- Rapports

### Sujets pour les personnels médicaux<sup>[1]</sup> :

- Capacités de communication
- Annonce de mauvaises nouvelles
- Intégration de la SMSPS dans d'autres programmes
- Identification des cas nécessitant une prise en charge SMSPS
- Critères d'orientation-recours
- Premiers secours psychologiques (PSP)

### Tous les personnels de MSF pourraient bénéficier d'une formation dans le domaine suivant :

- Premiers secours psychologiques

La méthodologie de formation comprend un éventail d'outils et de méthodes tels que des présentations, des discussions, des études de cas, des exercices collectifs, des jeux de rôle et des simulations cliniques. Les séances de formation théorique incluent une évaluation des participants avant et après le test à l'aide d'un formulaire normalisé. Veiller à ce que le temps alloué soit suffisant (en particulier lorsqu'une interprétation est nécessaire) pour permettre la participation des personnels. Pour en savoir plus sur la formation aux compétences en conseil, voir le guide de MSF<sup>[2]</sup> ou le guide « Gestion des Problèmes Plus » de l'OMS<sup>[3]</sup>.

Avant toute formation (qu'il s'agisse d'une formation d'une heure sur le terrain ou d'un atelier plus long), il convient de rédiger un plan de formation comprenant les éléments suivants :

- Buts, objectifs d'apprentissage ou finalité,
- Description du contenu et de son lien avec les buts, les objectifs ou la finalité,
- Description de la méthodologie,
- Structure/temps alloué,
- Évaluation avant et après la formation théorique.

Des cours externes (dispensés par des tiers) sont disponibles pour les personnels de MSF. Ils sont répertoriés dans la brochure de formation de chaque centre opérationnel. Il convient de discuter de l'inscription à ces cours avec le coordonnateur médical pour obtenir son approbation et son soutien.

MSF propose également des formations en SMSPS destinées à ses personnels internes :

1. Cours de SM intersections : formation en présentiel et en ligne pour les RASM et les superviseurs de santé mentale.
2. Formation au diagnostic et à la prise en charge des troubles mentaux : intersections, présenteielle, menée par le centre opérationnel Amsterdam.  
Formation en ligne au diagnostic et à la prise en charge des troubles mentaux : intersections.  
Formation en ligne au diagnostic et à la prise en charge des troubles mentaux : centre opérationnel Amsterdam.
3. Formation en ligne d'initiation à la santé mentale : centre opérationnel Barcelone. Disponible dans TEMBO.
4. Formation en ligne aux PSP : centre opérationnel Barcelone. Disponible dans TEMBO.
5. Premiers secours psychologiques aux populations (formation en ligne). Centre opérationnel Genève. Disponible dans TEMBO.
6. Formation GIH-mhGAP pour une mission ad hoc : tous les centres opérationnels.

D'autres formations en ligne gratuites peuvent également être utiles, notamment les suivantes :

1. WHO-PAHO. Psychological First Aid (PFA) in disaster management in the Caribbean - 2019.  
<https://www.campusvirtualsp.org/en/course/psychological-first-aid-pfa-disaster-management-caribbean-2019>
2. WHO-PAHO. Alcohol Use, Women's Health and Pregnancy: Comprehensive Approaches to Preventing Problems Associated with Prenatal Alcohol Exposure.  
<https://www.campusvirtualsp.org/en/course/alcohol-use-womens-health-and-pregnancy-comprehensive-approaches-preventing-problems>
3. WHO-PAHO. Virtual Course on AUDIT-SBI: The Alcohol Use Disorders Identification Test.  
<https://www.campusvirtualsp.org/en/course/virtual-course-audit-sbi-alcohol-use-disorders-identification-test-solo-se-creo-este>
4. WHO-PAHO. Curso Virtual mhGAP Humanitario - COVID-19.  
<https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-virtual-mhgap-humanitario-2020>
5. WHO. Quality Rights in Mental Health. WHO QualityRights e-training - QualityRights Ghana.  
<https://www.qualityrights.com.gh/quality-rights-e-training/>

## Références

1. MSF - 2012. Mental health in primary healthcare: a training course for MSF medical staff. Mental health international working group.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-136](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-136)
2. MSF Operational centre Barcelona - 2015. Training Counselors: Manual for Trainers.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-135](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-135)
3. OMS - 2016. Gestion des problèmes Plus (PM+).  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/27583>

# Partie B : Interventions spécifiques liées au contexte

## Chapitre 5 : Crises humanitaires

### 5.1 Introduction

### 5.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

### 5.3 Caractéristiques cliniques

### 5.4 Évaluation clinique

### 5.5 Évaluation SMSPS

### 5.6 Planification des activités de SMSPS

### 5.7 Enjeux spécifiques aux situations de conflit armé

### 5.8 Enjeux spécifiques aux situations de catastrophes naturelles

### 5.9 Particularités de la prise en charge des enfants

### 5.10 Surveillance

## Chapitre 6 : Épidémies

### 6.1 Introduction

### 6.2 Facteurs de risque des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux

### 6.3 Caractéristiques cliniques

### 6.4 Évaluation clinique

### 6.5 Évaluation SMSPS

### 6.6 Activités de SMSPS

### 6.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

### 6.8 Particularités de la prise en charge des personnes âgées

### 6.9 Surveillance

## Chapitre 7 : Migrants, réfugiés et populations déplacées

### 7.1 Introduction

### 7.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

### 7.3 Caractéristiques cliniques

### 7.4 Évaluation clinique

### 7.5 Évaluation SMSPS

### 7.6 Planification des activités de SMSPS

### 7.7 Spécificités/défis de la prise en charge dans les centres de détention et recommandations

### 7.8 Spécificités/défis de la prise en charge des victimes de la traite des êtres humains et recommandations

### 7.9 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

### 7.10 Surveillance

## Chapitre 8 : Santé sexuelle et reproductive

### 8.1 Introduction

### 8.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

### 8.3 Caractéristiques cliniques

### 8.4 Évaluation SMSPS

### 8.5 Planification des activités de SMSPS

### 8.6 Particularités de la prise en charge des grossesses à l'adolescence

### 8.7 Surveillance

## Chapitre 9 : Survivants/victimes de violences sexuelles

### 9.1 Introduction

### 9.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

### 9.3 Caractéristiques cliniques

### 9.4 Évaluation clinique

### 9.5 Évaluation SMSPS

### 9.6 Planification des activités de SMSPS

### 9.7 Particularités de la prise en charge des hommes

[9.8 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[9.9 Surveillance](#)

#### [Chapitre 10 : Survivants/victimes](#)

[10.1 Introduction](#)

[10.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[10.3 Caractéristiques cliniques](#)

[10.4 Évaluation clinique](#)

[10.5 Évaluation SMSPS](#)

[10.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[10.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[10.8 Surveillance](#)

#### [Chapitre 11 : Utilisation de substances psychoactives](#)

[11.1 Introduction](#)

[11.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[11.3 Caractéristiques cliniques](#)

[11.4 Évaluation clinique](#)

[11.5 Évaluation SMSPS](#)

[11.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[11.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[11.8 Particularités de la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes](#)

[11.9 Surveillance](#)

#### [Chapitre 12 : Malnutrition](#)

[12.1 Introduction](#)

[12.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[12.3 Caractéristiques cliniques](#)

[12.4 Évaluation clinique](#)

[12.5 Évaluation SMSPS](#)

[12.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[12.7 Surveillance](#)

#### [Chapitre 13 : Maladies chroniques](#)

[13.1 Introduction](#)

[13.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[13.3 Caractéristiques cliniques](#)

[13.4 Évaluation clinique](#)

[13.5 Évaluation SMSPS](#)

[13.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[13.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[13.8 Particularités des soins palliatifs et de fin de vie](#)

[13.9 Surveillance](#)

#### [Chapitre 14 : Centres de traumatologie et unités de traitement des brûlés](#)

[14.1 Introduction](#)

[14.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[14.3 Caractéristiques cliniques](#)

[14.4 Évaluation clinique](#)

[14.5 Évaluation SMSPS](#)

[14.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[14.7 Particularités de la prise en charge des patients amputés](#)

[14.8 Particularités de la prise en charge des enfants](#)

[14.9 Surveillance](#)

#### [Chapitre 15 : Personnes atteintes de troubles mentaux sévères](#)

[15.1 Introduction](#)

[15.2 Facteurs de risque de troubles mentaux sévères](#)

[15.3 Caractéristiques cliniques](#)

[15.4 Évaluation clinique](#)

[15.5 Évaluation SMSPS](#)

[15.6 Activités SMSPS](#)

[15.7 Surveillance](#)

## **Partie B : Interventions spécifiques liées au contexte**

[Chapitre 5 : Crises humanitaires](#)

[Chapitre 6 : Épidémies](#)

[Chapitre 7 : Migrants, réfugiés et populations déplacées](#)

[Chapitre 8 : Santé sexuelle et reproductive](#)

[Chapitre 9 : Survivants/victimes de violences sexuelles](#)

[Chapitre 10 : Survivants/victimes](#)

[Chapitre 11 : Utilisation de substances psychoactives](#)

[Chapitre 12 : Malnutrition](#)

[Chapitre 13 : Maladies chroniques](#)

[Chapitre 14 : Centres de traumatologie et unités de traitement des brûlés](#)

[Chapitre 15 : Personnes atteintes de troubles mentaux sévères](#)

# Chapitre 5 : Crises humanitaires

## Chapitre 5 : Crises humanitaires

[5.1 Introduction](#)

[5.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[5.3 Caractéristiques cliniques](#)

[5.4 Évaluation clinique](#)

[5.5 Évaluation SMSPS](#)

[5.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[5.7 Enjeux spécifiques aux situations de conflit armé](#)

[5.8 Enjeux spécifiques aux situations de catastrophes naturelles](#)

[5.9 Particularités de la prise en charge des enfants](#)

[5.10 Surveillance](#)

# 5.1 Introduction

## 5.1 Introduction

Un rapport de l'ONU indique que fin 2019, plus de 79 millions de personnes dans le monde avaient été déplacées par la guerre, les conflits armés ou la persécution<sup>[1], [2]</sup>. En 2016, les déplacements liés à la violence n'avaient jamais été aussi élevés depuis 20 ans, et le nombre de personnes déplacées dans leur propre pays avait atteint son plus haut niveau depuis plus de 50 ans<sup>[3]</sup>.

« Chaque année, les catastrophes naturelles tuent près de 90 000 personnes et affectent près de 160 millions de personnes dans le monde. »<sup>[4]</sup>

L'impact des conflits armés et des catastrophes naturelles sur la santé mentale (SM) d'une population dépend :

- De la nature du conflit ou de la catastrophe, c'est-à-dire du contexte dans lequel la violence ou la catastrophe se produit<sup>a</sup>,
- De la disponibilité immédiate de secours d'urgence efficaces,
- De l'ampleur des effets sur la santé liés ou dus au déplacement, à la perte, à l'isolement social, etc.

Pendant les conflits armés et les catastrophes naturelles, les activités de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) sont mises en œuvre le plus rapidement possible pour soulager les souffrances, prévenir le développement de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux et favoriser la résilience individuelle et communautaire<sup>b, [5]</sup>.

### Notes

- (a) L'impact dépend entre autres des infrastructures, des pouvoirs publics, du développement économique et de la culture etc.
- (b) Une évaluation des besoins en matière de SMSPS n'est pas obligatoire pour justifier une intervention de ce type. Il importe de commencer dès que possible. Une évaluation peut être effectuée tout en adaptant/ améliorant simultanément les activités mises en œuvre. Voir [Chapitre 1](#).

### Références

1. UNHCR Tendances mondiales. Déplacement forcé en 2019. UNHCR - UNHCR Global Trends 2019. <https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/globaltrends2019/>
2. Silove D et al. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. World Psychiatry, 2017 June 16(2):130-139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>
3. Miller KE et al. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2017, April 129-138. <https://doi.org/10.1017/s2045796016000172>
4. OMS. Environmental health in emergencies. Natural events. [https://www.who.int/environmental\\_health\\_emergencies/natural\\_events/en/](https://www.who.int/environmental_health_emergencies/natural_events/en/)
5. MSF - 2015. International MH WG. Mental health policy: Psychosocial and mental health interventions in humanitarian contexts. [https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-8](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-8)

# 5.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

## 5.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

De nombreuses catastrophes ne sont pas imputables à une seule et unique cause. L'expression « urgences humanitaires complexes » est utilisée pour décrire les contextes dans lesquels plusieurs facteurs étiologiques, souvent déterminés historiquement et politiquement, prédisposent une région à la catastrophe et atténuent ses capacités de relèvement. Lors de ces catastrophes multidimensionnelles, les facteurs naturels et humains peuvent être étroitement liés<sup>[1]</sup>.

Les populations qui ont survécu à des catastrophes peuvent être directement ou indirectement exposées aux situations suivantes :

- **Événements potentiellement traumatisants (EPT) :** bombardements/pilonnages, être blessé, être victime de violences, de viol, incarcération, décès de proches, pertes de biens, etc. Ces événements entraînent le décès ou menacent l'intégrité physique ou psychologique de la personne ou de ses proches.
- **Déplacement<sup>a</sup> :** quitter sa maison, périples difficiles pour échapper à la violence, être seul sans protection, être séparé de sa famille, dissolution de la communauté, perte de biens, etc.
- **Besoins essentiels non couverts :** une fois la sécurité rétablie, les difficultés peuvent inclure la surpopulation dans les camps, le manque d'abris et d'hygiène, un accès limité à l'eau/la nourriture, l'adaptation à un nouveau mode de vie (sans les habitudes anciennes, les liens sociaux antérieurs, les institutions culturelles précédentes, etc.).

D'autres conceptions du traumatisme psychologique doivent également être prises en compte, notamment la définition suivante du traumatisme et ses principales caractéristiques<sup>[2]</sup> :

Le traumatisme est une expérience :

1. Qui constitue une menace pour l'intégrité physique ou psychologique de la personne. Il est souvent associé à une expérience de chaos et de confusion durant l'événement, une fragmentation de la mémoire, un sentiment d'absurdité, d'horreur, d'ambivalence ou de stupéfaction.
2. Il est possible de le caractériser : indicible, impossible à raconter et incompréhensible pour ceux qui ne l'ont pas vécue.
3. Il rompt avec une ou plusieurs des conceptions du monde qui constituent les fondements de la sécurité des personnes. Il affecte particulièrement la croyance en l'invulnérabilité et en la capacité à maîtriser son propre destin : confiance dans les autres, confiance dans la nature contrôlable et prévisible du monde.
4. Il remet en question la perception de soi-même et l'interaction avec le monde extérieur.

L'impact d'un EPT sur une personne dépend de plusieurs facteurs, notamment :

- La nature de la menace ou de la blessure : fréquence et intensité, proximité, catastrophe naturelle ou d'origine humaine (lorsqu'elle est perpétrée par l'homme, l'impact est généralement plus important) ;
- Le niveau d'exposition à l'EPT et le degré d'impact personnel : détresse péri traumatique, perte humaine/matérielle dans les familles, blessure, etc. ;
- Les caractéristiques individuelles :
  - Capacités d'adaptation et résilience,
  - Traumatismes antérieurs,
  - Antécédents de maladie physique/psychiatrique (en raison du stress supplémentaire, arrêt du traitement précédent, etc.),
  - Âge (les enfants et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables),
  - Explications culturelles et niveau de connaissances (ou manque de connaissances), signification donnée à l'expérience,
  - Niveau d'éducation et statut socio-économique (pauvreté, etc.) ;
- Environnement propice ou non au rétablissement : soutien de la famille/communauté, etc. Habituellement, ces situations submergent la capacité de réponse de la communauté touchée et entraînent des perturbations et la désintégration du tissu social en entravant le fonctionnement normal des survivants au quotidien. Cependant, certains systèmes de soutien sont en général réactivés immédiatement après l'EPT.

Les groupes les plus à risque de développer des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux dans les situations d'urgence dues à des catastrophes naturelles ou d'origine humaine sont les personnes ayant des antécédents de troubles mentaux, les mineurs non accompagnés, les victimes/survivants de violences sexuelles, les enfants-soldats, les hommes et les adolescents enrôlés de force, les personnes qui ont perdu des membres de leur famille, les blessés, les personnes incarcérées et/ou torturées, les personnes âgées et les enfants.

### Notes

- (a) Réfugiés et personnes déplacées dans leur propre pays en raison d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle.

### Références

1. Pérez-Sales, P (2011b, septembre 1). Integrating mental health into existing systems of care during and after complex humanitarian emergencies. rethinking the experience.  
<https://www.interventionjournal.org/article.asp?issn=1571-8883;year=2011;volume=9;issue=3;page=345;epage=357;aualst=P%E9rez-Sales;type=0>



2. Pérez-Sales P et al. Violencia y Trauma: del trabajo comunitario a la psicoterapia. Irredentos, 2016.  
[https://www.masterpsicoterapia.com/wp-content/uploads/2017/04/2-ESP\\_TN\\_y\\_trauma-PPS-AFLpdf](https://www.masterpsicoterapia.com/wp-content/uploads/2017/04/2-ESP_TN_y_trauma-PPS-AFLpdf)

# 5.3 Caractéristiques cliniques

## 5.3 Caractéristiques cliniques

Après des événements extrêmement violents et des catastrophes naturelles, les populations touchées peuvent présenter un large éventail de réactions. Pour la plupart des personnes, leur état de santé mentale se stabilise, et elles se rétablissent avec le temps. Elles apprennent progressivement à gérer ces réactions et ne présentent pas de symptômes persistants, une caractéristique qui est attribuée à la résilience<sup>a</sup>. En revanche, d'autres personnes présentent des symptômes et des troubles persistants<sup>[1]</sup>. Chez certains, les symptômes peuvent même s'aggraver.

Les réactions immédiatement après un EPT sont considérées comme des « réactions normales à un événement anormal ». Le premier mois suivant une catastrophe ou un EPT correspond à une période d'ajustement.

Les conséquences psychologiques de l'exposition à des catastrophes naturelles ou d'origine humaine peuvent avoir un impact sur le bien-être physique, mental, spirituel et moral. Les réactions possibles après un EPT varient et peuvent inclure les suivantes :

- **Symptômes physiques** : hypervigilance, insomnie, fatigue, maux de tête, transpiration, tachycardie, troubles gastro-intestinaux,
- **Symptômes émotionnels** : état de choc, colère, tristesse, sentiment d'impuissance, anxiété, attaques de panique, désespoir,
- **Symptômes cognitifs** : confusion, incrédulité, indifférence, culpabilisation, hébétude, stupeur, incapacité à se concentrer, souvenir traumatique,
- **Symptômes comportementaux** : repli sur soi, mutisme, agression, usage de drogues, hyperactivité ou inactivité, manque d'appétit ou excès de nourriture, tremblements ou « tics », réactions de sursaut.

Certaines personnes peuvent connaître une croissance post-traumatique après un ou plusieurs EPT. La croissance post-traumatique se définit comme une évolution bénéfique des capacités cognitives et émotionnelles après un traumatisme, aboutissant à des niveaux supérieurs d'adaptation, de fonctionnement psychologique ou de connaissance de la vie. Il s'agit d'un changement permanent. Cette croissance n'est pas une conséquence directe de l'EPT, mais le fruit de la lutte menée pour affronter l'événement et lui donner un sens. Il est important que les cliniciens soient conscients de ce phénomène et sachent l'identifier<sup>[2]</sup>.

Certaines personnes développent des symptômes plus sévères et nécessitent des soins de santé mentale (conseil, soutien psychologique ou traitement pharmacologique). Ci-après figurent les critères d'orientation vers des professionnels de la santé mentale en vue d'une évaluation :

1. Personnes présentant des symptômes très sévères et relevant de l'urgence médicale, tels que :
  - Pensées suicidaires/tentatives de suicide,
  - Symptômes et comportements psychotiques.
2. Lorsqu'ils surviennent dans le mois qui suit l'EPT, les signes et symptômes avant-coureurs ci-dessous nécessitent une prise en charge :
  - Extrême repli sur soi et isolement,
  - Insomnie persistant plus de 3 à 5 jours,
  - Refus de s'alimenter pendant plus de 2 jours,
  - Tristesse intense, irritabilité et/ou culpabilité du survivant,
  - Engourdissement émotionnel ou dissociation,
  - Symptômes cliniques intenses sans explication médicale (paralysie spastique des membres, etc.),
  - Abus d'alcool ou d'autres substances.
3. Lorsque les symptômes persistent et nuisent au fonctionnement quotidien après l'EP.

En outre, d'autres troubles possibles peuvent inclure des tableaux de deuil, de dépression et d'anxiété, ainsi que des troubles mentaux plus sévères (TMS) dont la psychose, la dépression sévère, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C). Les dernières statistiques de l'organisation mondiale de la Santé (OMS) montrent une prévalence des troubles mentaux estimée à 22% chez les personnes vivant dans des situations de conflit (5,1% de TMS, 4% de troubles mentaux modérés et 13% de troubles mentaux légers)<sup>[3]</sup>. Voir Introduction générale, [Tableau 1](#).

Selon la CIM-11, les réactions et les troubles spécifiquement liés aux événements traumatiques comprennent la réaction de stress aigu (RSA), le TSPT et le TSPT-C<sup>[4]</sup>.

### 1. RSA<sup>[4]</sup>

Symptômes transitoires (physiques, émotionnels, cognitifs ou comportementaux) considérés comme normaux, habituellement atténués dans les quelques jours qui suivent l'événement ou après le retrait de la situation menaçante. Le RSA se caractérise par des « signes neuro-végétatifs d'anxiété, être dans un état second, une confusion, une tristesse, une anxiété, une colère, un désespoir, une hyperactivité, une inactivité, un retrait social ou une stupeur ».

### 2. TSPT<sup>[4]</sup>

Symptômes persistant pendant plusieurs semaines après l'exposition à un événement traumatique. Une période de latence peut exister entre l'événement traumatique et les réactions post-traumatiques. Ne pas diagnostiquer le TSPT immédiatement après un événement traumatique. Les critères diagnostiques complets ne sont pas remplis avant plusieurs semaines après le(s) traumatisme(s), bien que les symptômes puissent survenir immédiatement. Le TSPT se caractérise par les éléments suivants

- Revivre l'événement (flash-back, cauchemars, souvenirs envahissants) ;
- Évitement de tout ce qui peut rappeler l'événement (pensées, souvenirs ou sentiments liés au traumatisme ; lieux, personnes ou situations, etc. rappelant le traumatisme) ;
- Perceptions d'une menace accrue qui altère la vigilance et la réactivité (hypervigilance, irritabilité ou agression, comportement à risques ou destructeur, difficultés de concentration, difficultés à dormir, etc.) ;

- Altérations négatives des fonctions cognitives et de l'humeur (pensées et hypothèses excessivement négatives sur soi-même ou le monde, baisse d'intérêt pour les activités, sentiment d'isolement, difficulté à éprouver des émotions positives, etc.)<sup>[5]</sup> ;
- Symptômes de dissociation (dépersonnalisation, déréalisation, amnésie dissociative).

### 3. TSPT-C<sup>[4]</sup>

Nouveau trouble inclus dans la CIM-11. Il se développe à la suite de l'exposition à un ou plusieurs événements « de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs<sup>b</sup> dont il est difficile ou impossible de s'échapper (torture, esclavage, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants) ». Ces symptômes entraînent une déficience significative dans des domaines de fonctionnement importants (personnel, social, professionnel, etc.) :

- Problèmes sévères de régulation des affects,
- Impression d'être diminué, inutile, accompagnée de sentiments de « honte et de culpabilité en lien avec l'événement traumatique »,
- Difficultés à entretenir des relations.

Lors des réponses médicales aux catastrophes, les symptômes les plus fréquemment observés par MSF (céphalées, maux d'estomac, dorsalgies et autres douleurs physiques généralisées) sont souvent associés à des troubles mentaux sous-jacents et à un stress psychosocial spécifique, même s'ils ne sont pas toujours identifiés comme tels. Rechercher une augmentation des plaintes physiques, des problèmes de santé et des comportements malsains.

## Notes

- (a) L'American Psychological Association (2014) définit la résilience comme « le processus d'adaptation réussie face à l'adversité, au traumatisme, à la tragédie, aux menaces, voire aux sources importantes de stress.
- (b) Un TPST-C peut également survenir dans le mois qui suit l'exposition à un traumatisme extrême qui n'est pas nécessairement répétitif (torture, etc.).

## Références

1. WHO - 2012. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings.  
[https://www.who.int/mental\\_health/resources/toolkit\\_mh\\_emergencies/en/](https://www.who.int/mental_health/resources/toolkit_mh_emergencies/en/)
2. Malhotra M et al. Posttraumatic Growth: Positive Changes Following Adversity - An Overview. International Journal of Psychology and Behavioral Sciences 2016, 6(3): 109-118.  
<https://doi.org/10.5923/jjpbs.20160603.03>
3. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet [Internet]. 2019 Jul;394(10194):240-8.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
4. OMS. Classification Internationale des Maladies pour les statistiques de mortalité et de morbidité (CIM-11). Onzième Révision.  
<https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>
5. MSF - 2015. International MH WG. Mental health policy: Psychosocial and mental health interventions in humanitarian contexts.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-8](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-8)

# 5.4 Évaluation clinique

## 5.4 Évaluation clinique

En cas de symptômes sévères, procéder immédiatement à une évaluation de SM et traiter le patient. Si nécessaire, diagnostiquer les troubles psychiatriques potentiels pour mettre en œuvre le traitement de première intention dès que possible.

L'évaluation individuelle consiste à passer en revue et à consigner dans le dossier patient tous les aspects essentiels énumérés dans les principes généraux de l'évaluation des patients (voir [Chapitre 3](#)), ainsi qu'à prendre en compte les spécificités décrites ci-dessous.

En cas de crise humanitaire, il y a des facteurs variables qui déterminent le type d'intervention dont une personne peut avoir besoin :

- **Historique de la plainte actuelle** : nature de la plainte, durée, sévérité, impact sur le fonctionnement quotidien, croyance de la personne au sujet du problème, traitement ;
- **Facteurs déclenchants** : liés à une violence ou non, type de violence (p. ex. torture ou violence sexuelle), pertes, blessures, décès de proches, etc. ;
- **SM et antécédents médicaux** : traitements antérieurs et actuels, disponibilité des médicaments et antécédents psychiatriques familiaux (p. ex., parent ayant un diagnostic ou des symptômes éventuellement associés à une maladie psychiatrique) ;
- **Ressources** : satisfaction des besoins essentiels, disponibilité de la famille et liens sociaux, mécanismes d'adaptations positifs et négatifs. Ces facteurs peuvent contribuer au processus de rétablissement :
  - Sentiment de sécurité et satisfaction des besoins essentiels,
  - Soutien familial et social efficace,
  - Possibilités de faire des choix concernant sa propre vie et de jouer un rôle actif en résolvant des problèmes personnels et en offrant du soutien aux autres,
  - Retour rapide à une vie aussi normale que possible,
  - Apport d'informations fiables aux survivants pour les aider à comprendre l'EPT et la situation actuelle et à anticiper l'avenir proche,
  - Soutien psychologique en temps opportun et reconnaissance de la souffrance.

Surveiller les personnes présentant des symptômes dissociatifs, qui sont déconnectées de leur environnement et/ou isolées. Une évaluation approfondie du patient et une supervision clinique étroite du conseiller sont nécessaires pour éviter le risque de répétition du traumatisme.

Lors de l'évaluation des personnes exposées à des catastrophes naturelles ou d'origine humaine :

- Garantir la sécurité. Dans les situations de conflit armé en particulier, évaluer le risque de menaces permanentes de nouvelles violences. S'assurer que le patient est protégé en prenant des précautions dans les procédures de gestion des informations confidentielles. Vérifier que le contact avec le patient ne l'expose pas au risque de subir de nouvelles violences (comment le contact avec le patient sera-t-il perçu par les autres, etc.). Identifier les cas avec des « signaux d'alertes »<sup>a</sup> pour en discuter avec les coordinateurs.
- Établir une relation de confiance.
- Dans les régions marquées par une très forte insécurité et une grande instabilité où l'accès futur peut être compromis, tenir compte du fait que la continuité des soins n'est pas garantie lors de la prescription de médicaments psychotropes. Une consultation peut être le seul contact avec le patient.
- Faire preuve d'initiative et identifier le principal problème/la principale préoccupation du patient actuellement pour l'aider à trouver des solutions/options/améliorations lors de cette première consultation.
- Faire preuve de prudence lors de l'évaluation d'une exposition passée à un EPT. Toujours expliquer au patient qu'il n'a besoin de parler que des problèmes dont il souhaite discuter. Il n'est pas obligé d'entrer dans les détails sur ce qui lui est arrivé s'il ne le souhaite pas.

### Remarque

Éviter de se concentrer uniquement sur les problèmes et les troubles liés au traumatisme lors de l'évaluation des victimes d'expériences traumatiques. Adopter une vision plus large et envisager d'autres tableaux possibles (tels que le deuil, la dépression, l'anxiété ou les troubles psychotiques et les symptômes liés à l'usage de drogues) et divers degrés d'altération du fonctionnement de la vie sociale et professionnelle ou dans d'autres domaines importants. Pour des définitions supplémentaires, se reporter à la CIM-11<sup>b, [1]</sup>. De plus, les comorbidités après un ou plusieurs événements traumatiques sont fréquentes. Les personnes présentant des antécédents de troubles diagnostiqués rechutent fréquemment en raison du stress ou de l'indisponibilité des médicaments.

### Notes

- (a) Par exemple, les patients ayant un besoin urgent de protection, les patients détenant des informations très sensibles qui, si elles sont partagées, pourraient représenter un risque pour la sécurité du patient ou du professionnel de la santé mentale, etc.
- (b) Classification Internationale des Maladies pour les statistiques de mortalité et de morbidité (CIM-11). Onzième Révision.  
<https://icd.who.int/fr>

### Références

1. Pérez-Sales, P. (2011b, septembre 1). Integrating mental health into existing systems of care during and after complex humanitarian emergencies. rethinking the experience.  
<https://www.interventionjournal.org/article.asp?issn=1571-8883;year=2011;volume=9;issue=3;page=345;epage=357;aulast=P%E9rez-Sales;type=0>

# 5.5 Évaluation SMSPS

## 5.5 Évaluation SMSPS

Pour l'évaluation de SMSPS en cas de crises humanitaires, voir le [Chapitre 1](#).

# 5.6 Planification des activités de SMSPS

## 5.6 Planification des activités de SMSPS

### 5.6.1 Principes généraux

Les activités de SMSPS visent à répondre aux besoins des individus, des familles et des communautés dans leur ensemble<sup>a</sup>. Elles sont axées sur :

- Les effets directs du conflit armé ou de la catastrophe naturelle sur le bien-être des individus ;
- Les facteurs de stress directement liés au déplacement et aux pertes ;
- Les facteurs de stress quotidiens comme les conflits familiaux et la violence, la perte de biens, la séparation, le manque de soutien social, etc.<sup>[1]</sup>

La prise en charge des survivants de catastrophes requiert l'implication de nombreux secteurs et organismes. Il importe de comprendre les responsabilités et les zones d'intervention de chacun et de savoir comment mettre en relation les bénéficiaires et les services nécessaires. L'enjeu est d'identifier les insuffisances dans ces services (voir [Chapitre 1](#)) et d'établir un processus d'orientation-secours incluant l'échange bilatéral d'informations.

Les personnes, les familles et les communautés touchées par une catastrophe peuvent avoir les ressources nécessaires pour en affronter les effets, en particulier si elles sont soutenues. Des activités de SMSPS peuvent être envisagées à divers niveaux :

- **Individuel/familial** : soutenir et faciliter le rétablissement du lien entre la personne et son environnement, sa communauté et sa culture par le biais du conseil individuel ou de groupe/ du soutien psychologique. Renforcer les capacités d'adaptation et soutenir le processus de deuil. Proposer des interventions pharmacologiques pour les TMS.
- **Communautaire** : créer un environnement qui facilite la réintégration des personnes ou des groupes en renforçant les capacités d'adaptation et les facteurs protecteurs de la communauté. Favoriser l'entraide (p. ex., groupes de soutien par les pairs, visites à domicile des leaders communautaires aux personnes vulnérables, etc.). Encourager la reprise des activités culturelles et religieuses (p. ex., offices religieux dans les églises et les mosquées). Encourager les personnes touchées à jouer un rôle actif et décisionnel dans le cadre des efforts de reconstruction et de secours, afin de contribuer à restaurer leur dignité et leur sentiment de maîtriser dans une certaine mesure la situation (p. ex., participation des dirigeants et autres membres de la communauté aux plans de reconstruction ou à la prise de décision dans un camp de réfugiés). Promouvoir le retour des groupes à leurs habitudes (p. ex., femmes faisant leur lessive ensemble, hommes se réunissant pour jouer aux échecs au coucher du soleil, adolescents bénévoles, etc.). Favoriser le maintien d'activités sociales régulières. Fournir aux réseaux communautaires des ressources pour favoriser l'entraide (p. ex. groupe de bénévoles rendant visite aux personnes âgées de la communauté, membres de la communauté apportant eux-mêmes les premiers secours psychologiques [PSP] si besoin, etc.).

Intégrer les activités de SMSPS dans :

- Les soins médicaux généraux : principalement les soins primaires et autres activités de santé ;
- Les services WASH (eau, assainissement et hygiène) : envisager de discuter des facteurs sociaux/culturels avec les équipes en charge lors de la décision concernant l'emplacement des latrines, des points d'eau, etc. Ces aspects peuvent avoir un impact sur la protection, le sentiment de sécurité, etc. ;
- D'autres interventions MSF telles que la distribution de biens de première nécessité : l'une des priorités des soins de santé mentale est d'encourager la réalisation de ces activités avec un maximum de respect et d'attention portés aux individus. Essayer d'encourager la participation active de la communauté à ces activités.

### 5.6.2 Calendrier et nature des interventions de soutien

Au cours du premier mois (urgence aiguë), privilégier les interventions suivantes :

- PSP et consultations ponctuelles (séance unique)<sup>[2]</sup> si du personnel de santé mentale est disponible,
- Psychoéducation,
- Prise en charge des TMS.

Par la suite, une fois l'équipe formée, des services de conseil et des interventions psychologiques (une<sup>[3]</sup> ou plusieurs séances) peuvent être mis en œuvre. Le calendrier fixé est spécifique à chaque contexte et dépend de nombreuses variables, notamment les ressources.

**Tableau 5.1** - Calendrier des activités prioritaires

| Phases                            | Urgence aiguë<br>(Premier mois)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Post-urgence<br>(2 à 6 mois)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Relèvement précoce<br>(> 6 mois)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Interventions prioritaires</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PSP</li> <li>• Psychoéducation</li> <li>• Gestion des TMS aigus</li> <li>• Orientations-recours</li> <li>• Plaidoyer pour les besoins de essentiels<sup>(a)</sup></li> </ul> <p>REMARQUE : il convient de prendre en compte les aspects psychosociaux pendant les interventions WASH et la distribution de biens de première nécessité (interventions respectant les spécificités culturelles, questions de protection, etc.).</p> | <p>Outre les activités mises en place au cours du premier mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil et soutien psychologique</li> <li>• Identification et prise en charge des TMS</li> <li>• Activités psychosociales communautaires (activités de groupe pour les parents, activités récréatives, espaces sûrs, etc.)</li> </ul> | <p>Outre les activités décrites ci-contre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités psychosociales pour des groupes spécifiques en fonction de l'orientation médicale du projet (unité de traumatologie et de traitement des brûlures, nutrition, santé sexuelle et reproductive, etc.)</li> <li>• Activités psychosociales communautaires (formation des enseignants, groupes d'adolescents, etc.)</li> </ul> |

a Veiller à ce que la population ne soit pas exposée à des préjudices supplémentaires lors de la mise en œuvre des activités de plaidoyer (voir [Section 2.8](#), Chapitre 2).

Le paquet minimum<sup>b</sup> peut être mis en œuvre aux stades précoces d'une intervention (post-urgence). Un paquet plus complet<sup>c</sup> est mis en œuvre dès que les besoins ont été correctement évalués et que les ressources sont disponibles. Voir [Chapitre 2](#) pour des informations détaillées.

## 5.6.3 Paquet minimum

Principales activités incluses dans le paquet minimum :

1. Activités de sensibilisation ou psychoéducation
2. PSP
3. Identification et prise en charge des patients atteints de TMS<sup>d</sup>
4. Processus d'orientation-recours vers d'autres acteurs, si possible
5. Plaidoyer

Pour plus d'informations, voir [Section 2.3.1](#), Chapitre 2.

Des activités de SMSPS doivent être systématiquement mises en œuvre après une situation d'urgence. La présence d'un responsable des activités de santé mentale (RASM) ou d'un autre professionnel expérimenté de la santé mentale est recommandée dès le début d'une intervention pour élaborer et orienter ces activités. Un responsable de ces activités doit être nommé si cela n'a pas déjà été fait. Idéalement, tous les intervenants d'urgence (médicaux, paramédicaux, logistique, etc.) doivent connaître les principes et la pratique des PSP.

Les principales activités de SMSPS à mettre en œuvre dès le début de l'intervention incluent les suivantes :

- Plaider auprès des acteurs pertinents pour la nourriture, l'eau, les abris, l'aide médicale, la protection et la sécurité.
- Fournir aux patients des informations fiables sur ce qui s'est passé et sur les mesures de secours prises, par qui, où, etc. Assurer des moyens de communication avec les parents et les amis (si possible). L'accès à l'information réduit l'anxiété, les rumeurs et les détresses inutiles. Ils donnent le sentiment de contrôler mentalement la situation. Expliquer aux personnes les réactions psychologiques possibles. Identifier et renforcer les mécanismes d'adaptation respectueux des spécificités culturelles pour les aider à se sentir mieux.
- S'occuper des personnes décédées : rechercher et identifier les dépouilles, permettre des inhumations et des cérémonies funéraires dignes et culturellement appropriées, etc.
- Contacts sociaux : renforcer les interventions communautaires (voir [Section 5.6.1](#)), recommander et/ou orienter vers des organisations qui proposent leur aide pour réunir les familles, faciliter la participation de personnes isolées à des activités, etc.
- Soutien émotionnel : PSP, prise en charge pragmatique non intrusive, axée sur l'écoute (sans forcer à parler), encourager à rechercher la compagnie des proches, etc.
- Validation : reconnaître les épreuves et la douleur des victimes avec respect et empathie.
- Outils : radio, journaux, brochures, réseaux sociaux, psychoéducation lors des rassemblements, organisation d'activités pour les enfants et les adolescents, etc.

**Tableau 5.2** - Paquet minimum pour les crises humanitaires

| Paquet minimum d'interventions de SMSPS (intégré)                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Résultat attendu                                                                                                                                     | Activités                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Qui ?                                                                                                                                            |
| <b>Réduire les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux dans les populations exposées aux catastrophes naturelles et/ou d'origine humaine</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>PSP pour les patients présentant des réactions aiguës</li> <li>Psychoéducation générale assurée par le personnel de santé</li> <li>Identification des principales réactions et des problèmes mentaux fréquents dans le cadre des soins primaires</li> <li>Identification des TMS en vue d'un traitement ou d'une orientation-recours<sup>(b)</sup></li> <li>Plaider pour la satisfaction des besoins de base au sein de MSF et auprès d'autres organismes</li> </ul> | <b>Personnels formés</b> : médecins généralistes, cliniciens (CO), infirmiers/ères, agents de santé communautaires (ASC), promoteurs de la santé |
|                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation de base et prise en charge des maladies mentales (psychoéducation spécifique, intégration des compétences de base en matière de conseil, médicaments psychotropes)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Personnels formés</b> : infirmiers/ères, médecins généralistes, cliniciens (CO)                                                               |

b Dans les situations d'urgence humanitaire, il n'existe généralement pas de structures vers lesquelles orienter les patients atteints de TMS.

Une boîte à outils a été élaborée pour la mise en œuvre des activités du paquet minimum d'interventions de SMSPS dans les situations d'urgence<sup>[4]</sup>.

## 5.6.4 Paquet complet

Un RASM est chargé de développer les activités ci-après.

Le paquet complet inclut toutes les activités comprises dans le paquet minimum ainsi que les suivantes :

- Activités de conseil ou prise en charge psychologique individuelle, familiale et collective** : il peut ne pas être possible de fournir un conseil en plusieurs séances (raisons de sécurité, difficultés d'accès géographique, etc.). Dans ce cas, des interventions ponctuelles (séance unique) peuvent être réalisées. Ces interventions ponctuelles sont centrées sur la préoccupation majeure et encouragent les stratégies d'adaptation qui font appel à la résilience naturelle et aux ressources intérieures d'une personne. Les séances uniques sont dispensées par du personnel en SM formé<sup>a, [5]</sup>.
- Prise en charge des patients atteints de TMS** avec une prescription de médicaments psychotropes et un soutien psychosocial de base assuré par un psychiatre ou des médecins généralistes/cliniciens formés, conformément au guide d'intervention mhGAP<sup>[6]</sup> et. Selon le volume des activités, la supervision et la formation peuvent être assurées par un psychiatre collaborant avec l'équipe sur le terrain. Pour les très petites activités et lorsque la supervision directe n'est pas disponible, la supervision peut être effectuée à distance par un psychiatre.
- Activités psychosociales pour les groupes vulnérables** : patients blessés, souffrant de malnutrition ou coinfectés par le VIH/TB<sup>f</sup>, femmes cheffes de famille, victimes de violences sexuelles, etc.
- Les **interventions psychosociales communautaires** sont particulièrement opportunes en raison de l'affaiblissement du tissu social et familial résultant de la catastrophe (violences, déplacements, etc.) et sont importantes dans les lieux de rassemblement (camps, abris, etc.). Les changements au sein des structures familiales et sociales donnent naissance à de nouvelles formes d'organisation sociale et influent sur l'équilibre et le bien-être psychosocial de la communauté. Identifier les ressources existantes (dirigeants, structures, associations, etc.). Les soutenir et coordonner l'action avec eux. Une mobilisation communautaire, des activités d'entraide (soutien aux mécanismes d'adaptation traditionnels, etc.), des activités de sensibilisation et une psychoéducation peuvent être mises en œuvre. Des espaces sûrs pour les enfants ou des centres communautaires peuvent être créés afin de fournir un environnement protecteur dans lequel se réunir et pratiquer ensemble des activités afin d'améliorer l'entraide. Observer, comprendre, respecter et promouvoir les diverses stratégies développées par la communauté pour affronter la situation.

Veiller à l'aménagement d'une salle de consultation privée (au minimum) pour garantir la sécurité et la dignité. La coordination entre l'équipe médicale et l'équipe de SMSPS est essentielle. Adapter et simplifier les outils de collecte de données pour les interventions d'urgence.

Avant la mise en œuvre d'un ensemble plus large d'activités<sup>g</sup>, évaluer s'il est possible pour les patients et les personnels de se déplacer librement et en toute sécurité à l'extérieur des établissements de santé. Les informations confidentielles (dossiers patients, etc.) doivent être conservées dans un placard fermé à clé.

Il existe certaines interventions spécifiques pour les familles des victimes de disparition forcée, les enfants-soldats et autres populations. Pour de plus amples informations, consulter le référent en santé mentale au siège.



## Notes

- (a) Pendant les conflits armés en particulier, le tissu social et les liens familiaux sont profondément affaiblis.
- (b) Activités minimales qui devraient être mises en place dans un contexte de ce type, indépendamment de la présence d'un RASM. Si possible, la présence d'un RASM dès le départ est toujours préférable (voir [Chapitre 2](#)).
- (c) En fonction de la complexité et du volume des activités à mettre en œuvre, la présence d'un RASM est nécessaire pour assurer une gestion efficace d'un volume plus élevé et d'une activité plus complexe (voir [Chapitre 2](#)).
- (d) Au minimum, la prise en charge des symptômes de TMS aigus (suicide/automutilation, psychose/agitation aiguë, abus/syndrome de sevrage de drogue/d'alcool, crises d'épilepsie/état de mal épileptique) devrait faire partie des compétences de tout urgentiste. Si possible, mettre en place un processus d'orientation-recours pour les soins de longue durée s'ils ne sont pas fournis par MSF.
- (e) Pour plus de détails, se reporter à l'article intitulé « A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations » et au protocole relatif à la séance unique de SMSPS du centre opérationnel MSF de Barcelone (2011).
- (f) VIH/TB : virus de l'immunodéficience humaine/tuberculose
- (g) Par exemple, des conseillers d'une clinique mobile, des séances de psychoéducation au sein de la communauté, etc.

## Références

1. Miller KE et al. War exposure, daily stressors and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science and Medicine*. 2010 October, 70(1):7-16.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
2. MSF - Operational Centre Barcelona. « Document for guiding decision-making and implementation for mental health and psychosocial single », 2011.  
[https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-143](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-143)
3. Urrego, Z et al. Evaluation of results from a single-session psychotherapeutic intervention in population affected by the Colombian internal armed conflict, 2009.  
<https://core.ac.uk/download/pdf/9418352.pdf>
4. MSF - 2018 Centre Barcelona. Integrating Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Emergency Preparedness Plans (EPP) Toolkit.  
[https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-139](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-139)
5. Karen Elizabeth Paul KE. et al. A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention* 2013, Volume 11, Number 1, page 8-23.  
<https://www.interventionjournal.org/article.asp?issn=1571-8883;year=2013;volume=11;issue=1;page=8;epage=23;auiast=Paul;type=0>
6. WHO - 2012. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings.  
[https://www.who.int/mental\\_health/resources/toolkit\\_mh\\_emergencies/en/](https://www.who.int/mental_health/resources/toolkit_mh_emergencies/en/)

# 5.7 Enjeux spécifiques aux situations de conflit armé

## 5.7 Enjeux spécifiques aux situations de conflit armé

**Tableau 5.3** - Enjeux en matière de SMSPS dans les situations de conflit armé<sup>[1]</sup>

| Défis                                                                                                                         | Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Activités                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Accès limité à la population en raison de contraintes de sécurité<br>Durée limitée du contact direct avec la population cible | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorer les façons dont l'intervention peut contribuer à améliorer la capacité de réponse nationale et locale</li> <li>• Établir de bonnes relations avec les dirigeants communautaires pour inciter la population à se rendre dans les structures mises en place par MSF</li> <li>• Modifier les stratégies pour apporter la meilleure réponse possible</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation et supervision du personnel national en matière de soutien aux soins de santé mentale</li> <li>• Stratégies spécifiques adaptées à un accès limité : interventions ponctuelles, télé conseil, télé psychiatrie, etc.</li> <li>• Activités de SM communautaires : formation des agents de santé communautaires, sensibilisation, etc.</li> <li>• Réunions régulières avec des acteurs clés</li> <li>• Formation des acteurs clés à l'approche communautaire</li> </ul> |
| Assistance technique dans les situations de gestion à distance                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innovation</li> <li>• Utiliser des technologies qui garantissent la confidentialité et la protection des données</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation en ligne</li> <li>• Skype, téléconférences, visioconférences (supervision et formation)</li> <li>• Formation et supervision cliniques intersectionnelles disponibles dans certains contextes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Soutien en matière de santé mentale dans des contextes de violence continue                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître les limites des résultats.</li> <li>• Se préparer à intervenir en cas d'urgence, en prévoyant tous les scénarios possibles</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de préparation en ligne incluant la SMSPS</li> <li>• Fournir une formation et des recommandations appropriées à tous les personnels (p. ex. PSP)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Accès à la population lors de situations aiguës de violence massive                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Organiser des activités de santé mentale lorsque la protection des victimes de violence n'est pas assurée                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaidoyer, lobbying</li> <li>• Cartographier les acteurs possibles/ abris possibles, etc.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies de plaidoyer</li> <li>• Recueillir des témoignages : traiter avec précaution les témoignages apportés par des patients atteints de troubles mentaux</li> <li>• Réunions avec des acteurs clés, des organisations internationales, etc.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    |
| Collaboration avec les personnels nationaux qui sont également affectés par la catastrophe                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'un soutien émotionnel</li> <li>• Rôles clairement définis pour chacun</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir les outils et la formation appropriés</li> <li>• Appui au personnel par l'unité de soins psychosociaux</li> <li>• Collaboration avec d'autres organisations et professionnels pour apporter un soutien émotionnel au personnel national</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      |
| Stigmatisation des troubles mentaux                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation de la communauté</li> <li>• Formation des acteurs clés, des dirigeants, des personnels médicaux, etc.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de la santé mentale, psychoéducation et sensibilisation de la communauté</li> <li>• Réunions avec des acteurs clés</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## Références

1. MSF - 2010 Operational Centre Barcelona. Challenges, recommendations, and possible actions of mental health response in MSF violence contexts.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-145](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-145)

# 5.8 Enjeux spécifiques aux situations de catastrophes naturelles

## 5.8 Enjeux spécifiques aux situations de catastrophes naturelles

La psychoéducation et les activités psychosociales au sein de la communauté constituent des composantes essentielles des activités de SMSPS. Fournir des informations sur l'événement (y compris ce que l'on sait sur ce qui s'est produit), apporter un soutien face aux réactions de SM réelles ou potentielles. Utiliser des supports visuels/musicaux/la radio/les réseaux sociaux. Promouvoir des inhumations communautaires adaptées à la culture et aider à la mise en place de rituels funéraires.

**Tableau 5.4** - Défis en matière de SMSPS dans les situations de catastrophes naturelles

| Défis                                                                               | Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Activités                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Informations fiables limitées                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier la fiabilité des informations</li> <li>Établir de bonnes relations avec les dirigeants communautaires pour mobiliser la population</li> </ul>                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Activités communautaires : partage régulier d'informations fiables UNIQUEMENT (il y a souvent des rumeurs et/ou des informations incorrectes sur les risques, etc.)</li> <li>Activités de sensibilisation pour dissiper les rumeurs et fournir des informations fiables sur la catastrophe/après la catastrophe</li> <li>Réunions régulières avec des acteurs clés</li> </ul> |
| Dispenser des activités de SMSPS lorsque les besoins de base ne sont pas satisfaits | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plaidoyer, lobbying</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies de plaidoyer</li> <li>Recueillir des témoignages : garantir la confidentialité et la sécurité des témoignages des patients atteints de troubles mentaux</li> <li>Réunions avec des acteurs clés, des organisations internationales, etc.</li> </ul>                                                                                                                |
| ONG nombreuses, difficulté à savoir où obtenir de l'aide                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Répertorier régulièrement et constamment les acteurs Entretien de bonnes relations avec les autres acteurs impliqués et comprendre leurs activités</li> <li>Identifier les insuffisances en matière de SMSPS et adapter continuellement la stratégie de MSF en conséquence</li> <li>Établir un système d'orientation-recours entre différents acteurs</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions avec des dirigeants communautaires</li> <li>Réunions avec des acteurs clés</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Patients souffrant de TMS qui interrompent leur traitement                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à la disponibilité des traitements pour les troubles mentaux</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les établissements psychiatriques et, le cas échéant, évaluer leur qualité et mettre en place un système d'orientation- recours efficace</li> <li>Si aucun système d'orientation- recours n'est possible, intégrer le mhGAP par l'intermédiaire de cliniciens formés</li> <li>Garantir la fourniture de médicaments psychotropes essentiels</li> </ul>             |
| Nombreux blessés et décès                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagner le deuil</li> <li>Identifier les personnes présentant un deuil traumatique</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Apporter un soutien aux inhumations et cérémonies culturelles/religieuses</li> <li>Soutien psychologique aux personnes présentant un deuil traumatique ou compliqué et aux blessés</li> </ul>                                                                                                                                                                                 |
| Défaillance des structures communautaires                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aménager des espaces sûrs pour les enfants et les adolescents</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gérer des espaces adaptés aux enfants jusqu'à l'arrivée d'autres organisations</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Tenir compte du fait que les effets des catastrophes naturelles sur la santé mentale peuvent durer plus d'un an. Une étude réalisée 30 mois après le tremblement de terre en Haïti a montré une forte prévalence des symptômes de TSPT (36,75%) et des symptômes dépressifs (25,98%)<sup>[1]</sup>.

## Références

1. Cénat JM, Derivois D. Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adults' survivors of earthquake in Haiti after 30 months. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Apr; 159:111–7.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.025>

# 5.9 Particularités de la prise en charge des enfants

## 5.9 Particularités de la prise en charge des enfants

Les crises humanitaires peuvent engendrer des effets très divers sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants.

Ces derniers peuvent développer des symptômes variables selon leur âge, leur niveau de développement, leur culture et leur tempérament. L'approche de SMSPS est la même dans tous les cas : comprendre le contexte dans lequel vit l'enfant, expliquer les troubles mentaux courants aux parents/tuteurs et aux enfants et décrire les interventions qui peuvent être effectuées par les parents/tuteurs à domicile.

Certains symptômes et troubles, tels que la dépression, l'anxiété, l'énurésie, l'hyperactivité, le mutisme sélectif et même le TSPT, ne sont pas exclusivement liés aux crises humanitaires. Ce sont des réactions fréquentes chez les enfants confrontés à des situations de stress extrême<sup>[1]</sup>. Pour de plus amples informations sur les interventions destinées aux enfants, consulter le guide de SMSPS pédiatrique<sup>[2]</sup>.

Néanmoins, les enfants exposés à un stress ou à un traumatisme prolongé ou intense peuvent développer des réactions plus graves, et le soutien d'un spécialiste peut être nécessaire.

L'intervention initiale en cas de catastrophe naturelle ou d'origine humaine consiste à mettre en place des activités pour les enfants afin de rétablir un sentiment de normalité et de sécurité relatives (voir [Section 2.4](#), Chapitre 2 pour des informations plus détaillées) :

- Encourager les enfants à retourner à l'école.
- Créer des espaces sûrs pour jouer, partager des expériences, etc.
- Impliquer les parents/tuteurs pour diminuer les symptômes de l'enfant<sup>[2]</sup>.

### Références

1. Feo et al. Prevalence of psychiatric symptoms in children and adolescents one year after the 2009 L'Aquila earthquake. BMC Psychiatry 2014, 14:270. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0270-3>
2. MSF, MH WG - 2016. Mental Health and Psychosocial Support for Children. [https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-105](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-105)

# 5.10 Surveillance

## 5.10 Surveillance

Pour le suivi programmatique et les indicateurs, voir [Section 2.7](#), Chapitre 2.

Surveiller en permanence les besoins de la population et la présence d'autres acteurs dans la région (celle-ci évoluera au fil du temps). Cela permet de s'assurer que l'intervention est aussi adaptée que possible aux besoins de la population.

La surveillance de routine des activités est décrite au [Chapitre 2](#). Elle doit inclure certains des indicateurs énumérés dans ce chapitre.

Autres recommandations :

- Si possible, surveiller les données des services ambulatoires et hospitaliers : nombre de blessés, suicides, cas de dépression chez les adultes, problèmes comportementaux chez les enfants et symptômes physiques inexpliqués sur le plan médical.
- Dans le cadre des activités de SMSPS, surveiller le pourcentage de patients ayant vécu des événements déclencheurs liés à la catastrophe et à la violence (les violences sexuelles, familiales et conjugales tendent à augmenter dans ces situations).

# Chapitre 6 : Épidémies

## Chapitre 6 : Épidémies

[6.1 Introduction](#)

[6.2 Facteurs de risque des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux](#)

[6.3 Caractéristiques cliniques](#)

[6.4 Évaluation clinique](#)

[6.5 Évaluation SMSPS](#)

[6.6 Activités de SMSPS](#)

[6.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[6.8 Particularités de la prise en charge des personnes âgées](#)

[6.9 Surveillance](#)



# 6.1 Introduction

## 6.1 Introduction

Les flambées épidémiques de maladies telles que le choléra, les fièvres hémorragiques virales (maladie à virus Ebola entre autres), la COVID-19 ou l'hépatite E peuvent avoir des effets sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des patients, de leurs familles et des communautés dans lesquelles ils vivent. Les épidémies ont des impacts divers et variés selon la maladie et ses caractéristiques épidémiologiques et pathologiques.

- Les flambées épidémiques de maladies hautement contagieuses associées à des taux de mortalité élevés sont particulièrement effrayantes. En effet, les personnes ne peuvent pas se fier à leurs sens habituels pour évaluer l'exposition physique, car les agents infectieux (bactéries/virus) sont invisibles.
- Lorsqu'une maladie à forte mortalité se transmet d'une personne à l'autre par contact direct, par gouttelettes salivaires ou par voie aérienne, les réactions fréquentes sont la peur et le sentiment d'impuissance. Les soignants, les membres de la famille, les amis et les voisins deviennent des sources de contamination potentielles. Par conséquent, un accès à des services de santé sûrs et au soutien social peut ne pas être facilement disponible lorsque cela est le plus nécessaire.

Lors d'une intervention, la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) sont intégrés à tous les niveaux : soins médicaux ; eau, hygiène et assainissement ; activités communautaires (promotion de la santé, inhumations sans risques, etc.) ; et soutien direct aux patients, aux familles, aux survivants, aux communautés et aux personnels.

Face aux menaces pour la santé et la sécurité publiques provoquées par la peur, la stigmatisation et la désinformation, assurer un bien-être mental apparaît comme un garde-fou efficace. Les activités de SMSPS doivent toujours être adaptées au contexte socioculturel et intégrées lors des évaluations en santé publique, de préparation, d'intervention et de rétablissement.

# 6.2 Facteurs de risque des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux

## 6.2 Facteurs de risque des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux

Outre les facteurs de risque décrits dans le chapitre d'introduction, d'autres facteurs de risque spécifiques peuvent émerger au cours des épidémies. La mortalité élevée et/ou la stigmatisation sévère associée à certaines épidémies (Ebola ou Marburg notamment) alourdissent le fardeau qui pèse déjà sur les communautés vulnérables. Des facteurs de risque spécifiques des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux devraient être pris en compte à la fois à l'échelle communautaire et à l'échelle individuelle<sup>[1]</sup>.

Les facteurs de risque à l'échelle communautaire peuvent inclure :

- La stigmatisation : les communautés et les agents de santé communautaires sont fréquemment stigmatisés et victimes de la peur que suscite la maladie en question. Dans certains cas, cela peut aller jusqu'à l'exclusion sociale ou même des menaces de violence et de mort ;
- L'impact de la quarantaine : le stress peut être exacerbé si des procédures de quarantaine sont mises en place en réponse à l'épidémie pour des personnes, des familles ou des communautés entières en bonne santé, mais exposées à la maladie<sup>[2]</sup> ;
- Les ruptures sociales : des problèmes sociaux peuvent éclater en raison de la rupture des systèmes de soutien communautaires, de la stigmatisation sociale et de la discrimination associée à la maladie. Les systèmes familiaux et communautaires auparavant fonctionnels peuvent être rapidement perturbés. La détérioration de ces structures de soutien habituelles s'ajoute au fardeau de l'épidémie ;
- L'impact économique : la production de revenus au sein des communautés est souvent affectée par les restrictions des déplacements et du travail, la perte des membres de la famille et de la communauté et l'effondrement des commerces ;
- Les ruptures des systèmes de santé pendant les épidémies peuvent entraver l'accès aux services de santé. C'est le cas notamment pour les personnes qui doivent parcourir de longues distances pour se faire soigner ou celles qui souffrent de troubles mentaux préexistants et ne peuvent plus se procurer leurs médicaments ;
- Les orphelins, les enfants, les professionnels de santé et les travailleurs en première ligne sont particulièrement vulnérables.

Les facteurs de risque à l'échelle individuelle peuvent inclure :

- **Avant le traitement**
  - La peur et la confusion dues aux rumeurs et à la désinformation au sujet de l'épidémie,
  - Le chagrin provoqué par la perte de proches, d'amis, de collègues, d'autres pertes (emploi),
  - Le décès ou la maladie grave de membres de la famille,
  - La stigmatisation, la discrimination et le sentiment de culpabilité liés au diagnostic,
  - La crainte de contaminer des proches.
- **Pendant le traitement**
  - L'impression que sa propre vie est en danger et la peur de la souffrance et de la mort,
  - La gestion de symptômes effrayants,
  - Le maintien à l'isolement des patients (souvent utilisé pour contrôler et réduire la propagation de la maladie dans les établissements de soins, il peut conduire à des situations où les patients se sentent piégés, isolés et seuls alors même lorsqu'ils sont entourés de professionnels de santé),
  - Le fait d'être témoin et/ou de prendre soin de personnes sévèrement malades et/ou mourantes,
  - La perte de contrôle,
- **Après la guérison**
  - Le rejet, la stigmatisation et la discrimination,
  - La perte d'emploi, de membres de la famille, de statut social, etc.

## Références

1. WHO. Environmental health. [http://www.who.int/environmental\\_health\\_emergencies/disease\\_outbreaks/en/](http://www.who.int/environmental_health_emergencies/disease_outbreaks/en/)
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. The Lancet [Internet]. 2020 Feb 26;395(10227):912–20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

## 6.3 Caractéristiques cliniques

### 6.3 Caractéristiques cliniques

Comme décrit dans le chapitre d'introduction, les prévalences des troubles mentaux augmentent dans les populations en situation de stress. Les épidémies peuvent être considérées comme des événements potentiellement traumatisants (EPT) qui entraînent des réactions et des symptômes divers à différents stades de l'épidémie. La peur et le manque d'information peuvent en effet entraîner rapidement une stigmatisation et une marginalisation de personnes, de familles et de communautés, ce qui aggrave les troubles mentaux et le stress psychosocial. Bien que les réponses individuelles et communautaires aux épidémies varient, les phases sont généralement les suivantes :

#### **Première phase**

Au début d'une épidémie, la peur, l'anxiété et la confusion sont les principales manifestations. Les communautés commencent à sentir les premiers effets perturbateurs. À mesure que l'épidémie se poursuit, elle peut entraîner de grandes souffrances et des décès, suscitant le chagrin et le deuil associés à la perte d'êtres chers.

#### **Phase intermédiaire**

À mesure que l'épidémie progresse, certaines personnes peuvent commencer à développer des troubles mentaux, par exemple une difficulté d'adaptation, une dépression, un trouble de stress post-traumatique et d'autres symptômes sévères. La prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux sévères (TMS) préexistants peut être interrompue, conduisant à une rechute.

#### **Phase tardive/chronique**

Selon l'ampleur et le degré des bouleversements causés par l'épidémie, les familles, de même que les communautés peuvent être perturbées. Cela peut se manifester par la fermeture ou le dysfonctionnement des établissements scolaires, des établissements de soins et d'autres structures de la société civile. La défaillance de ces structures familiales et communautaires (qui sont normalement des facteurs protecteurs du fonctionnement psychosocial) peut conduire à un risque augmenté des souffrances individuelles et à une plus forte prévalence des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux.

Les coutumes et les rituels peuvent être perturbés, quelle que soit la phase de l'épidémie, ce qui entraîne une diminution supplémentaire des forces de la communauté et accroît le risque des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux.

## 6.4 Évaluation clinique

### 6.4 Évaluation clinique

Pour l'approche générale de l'évaluation clinique des patients, voir le [Chapitre 3](#). Les épidémies pouvant être considérées comme des EPT, d'autres considérations et approches spécifiques de la prise en charge post-traumatique doivent également être envisagées. L'évaluation clinique dans le cadre des flambées épidémiques comprend l'identification des aspects suivants :

- Événements traumatiques vécus : décès de proches, témoin de la mort d'autres personnes, rejet de la famille/communauté, deuil compliqué, etc.,
- Expériences potentielles de stigmatisation/discrimination,
- Ressources individuelles et sociales disponibles.

Lorsqu'une évaluation clinique en santé mentale (SM) est effectuée pendant une épidémie, tenir compte du fait que la configuration habituelle de l'espace de consultation peut également être perturbée. La mise en place de quarantaines et de mesures de lutte anti-infectieuse, par exemple, peut entraîner une séparation physique du patient et du clinicien afin de réduire le risque de transmission de l'infection. La confidentialité peut s'en trouver diminuée. Une planification et une réflexion minutieuses sont donc non seulement importantes, mais nécessaires afin d'optimiser la relation patient-thérapeute.

# 6.5 Évaluation SMSPS

## 6.5 Évaluation SMSPS

Concernant l'approche générale de l'évaluation en matière de SMSPS, voir le [Chapitre 1](#). D'autres facteurs doivent être pris en compte lors d'une épidémie. Il s'agit notamment de comprendre/d'identifier :

- La vision culturelle de la maladie, les pratiques traditionnelles/coutumes et l'utilisation des services de santé (ce qui permet d'adapter l'intervention),
- La rupture dans la façon dont sont dispensés les soins habituellement et les réductions des activités de soutien mutuel (rencontres, contacts, étreintes, partage de nourriture, rassemblements religieux, etc.),
- La perturbation des coutumes permettant d'affronter la perte d'êtres chers (impossibilité de procéder à des inhumations traditionnelles, etc.),
- Les réactions de peur, de méfiance et d'anxiété,
- La fiabilité des informations. Le manque de connaissances qui accroît la peur. Les rumeurs, les informations incohérentes fournies par les médias et les contradictions dans les opinions des experts et les recommandations de santé publique alimentent l'anxiété au sein de la population.

Les sous-groupes vulnérables requièrent une attention particulière et doivent être spécifiquement pris en compte dans le cadre de l'évaluation. Selon la nature de l'épidémie, ces sous-groupes peuvent inclure :

- Des survivants stigmatisés (ou des personnes handicapées après leur rétablissement) et leurs proches,
- Des familles endeuillées et des orphelins,
- Des personnes âgées,
- Des personnes atteintes de TMS (interruption potentielle des soins pendant la crise sanitaire),
- Des agents de santé et des agents funéraires témoins d'une quantité très importante de morbidité et de mortalité.

# 6.6 Activités de SMSPS

## 6.6 Activités de SMSPS

### 6.6.1 Principes généraux

Les interventions commencent au début de l'épidémie et se poursuivent après la fin de celle-ci pour soutenir le rétablissement individuel et le relèvement de la communauté.

Les objectifs de SMSPS dans le cadre des épidémies sont les suivants :

- Apporter un soutien psychologique aux patients et aux autres personnes touchées par l'épidémie (aidants, personnels soignants, contacts, personnes en quarantaine, population générale) qui présentent des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux.
- Humaniser la prise en charge des patients en étant attentifs et en répondant aux besoins du patient et de sa famille en matière de SMSPS et contribuer à restaurer la dignité en améliorant l'environnement et l'atmosphère de l'établissement de soins, ainsi que la relation entre les personnels médicaux et les patients.
- Soutenir les patients, les membres de la famille et la communauté en encourageant les capacités d'adaptation sécurées et l'acceptation des soins et des pratiques liés aux mesures de protection.

La formation clinique sur le terrain, une supervision rigoureuse et un soutien étroit des agents de santé par des spécialistes en santé mentale constituent les composantes essentielles d'une intégration réussie de la SMSPS dans la prise en charge des patients (dans les centres de traitement du choléra, d'Ebola, de la COVID-19, etc.). Cela nécessite de former les personnels médicaux sur des sujets spécifiques.

À envisager :

- Compétences en communication clés ([Annexe 14](#))
- Premiers secours psychologiques (PSP) pour Ebola<sup>[1]</sup>
- Annonce de mauvaises nouvelles ([Annexe 13](#))
- Chagrin et processus de deuil ([Annexe 15.1](#) et [Annexe 15.2](#))
- Identification des patients/membres de la famille ayant besoin de soins ([Annexe 16](#))

Dans certaines régions, la médecine traditionnelle joue un rôle important dans la santé de la communauté. Si cela est réalisable et approprié, collaborer et partager les informations avec les guérisseurs et autres tradipraticiens. Les chefs religieux peuvent également être une source d'aide et de réconfort pendant une flambée épidémique.

Lors de certaines épidémies, notamment Ebola ou la COVID-19<sup>a</sup>, les équipes sont exposées à de nombreux facteurs de stress. Un soutien psychologique (préventif et curatif) du personnel par l'unité de soutien psychosocial de MSF doit être envisagé.

Parfois, une partie de la réponse de SMSPS peut être fournie à distance, comme cela a été le cas pendant la pandémie de Covid-19.

### 6.6.2 Paquet minimum

**Tableau 6.1** - Paquet d'activités minimum en cas d'épidémie (peut être mis en œuvre par les membres de l'équipe médicale et paramédicale)

| Paquet minimum d'activités de SMSPS (intégré)                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Résultat attendu                                                                                     | Activités                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Qui ?                                                                                                                                       |
| Réduire les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux dans la population exposée aux épidémies | <ul style="list-style-type: none"><li>• PSP pour les patients présentant des réactions aiguës</li><li>• Psychoéducation du personnel soignant pour informer les patients et les membres de la famille des réactions psychologiques fréquemment associées à la maladie, promouvoir une adaptation positive et les aider à accepter le diagnostic et le traitement</li><li>• Humaniser la prise en charge du patient et de la famille en veillant à améliorer l'environnement et l'atmosphère de l'établissement de soins</li><li>• Identifier les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux fréquents dans les services de santé (consultations externes, services hospitaliers, etc.)</li><li>• Plaider pour la fourniture des besoins essentiels au sein de MSF et auprès d'autres organismes</li></ul> | <b>Personnels formés :</b> médecins généralistes, cliniciens, infirmiers/ères, agents de santé communautaires (ASC), promoteurs de la santé |
|                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Identification et prise en charge des TMS, symptômes</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Personnels formés :</b> infirmières, médecins généralistes, cliniciens formés en mhGAP                                                   |

### 6.6.3 Paquet complet

Outre les activités décrites dans le paquet minimum :

**Tableau 6.2** - Paquet d'activités complet en cas d'épidémie

| Activités                                                                            | Pour qui ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Qui ?                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Au niveau des établissements de soins</b>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |
| Conseil/prise en charge psychologique individuelle, familiale et collective          | Patients et membres de la famille<br>Prendre également en compte les besoins du personnel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Conseillers formés, psychologues, psychiatres                                                              |
| Groupes de soutien psychosocial pour des populations spécifiques                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orphelins/enfants, veuves, patients sortis de l'hôpital, membres de la famille, personnels impliqués dans le contrôle de l'épidémie, personnes placées à l'isolement, personnes donnant des soins à domicile</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ASC formés en santé mentale, travailleurs sociaux, conseillers, psychologues, psychiatres                  |
| Soins psychiatriques (incluant la prescription de médicaments psychotropes)          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier et traiter les TMS (dépression modérée à sévère, psychose, etc.)<sup>b, [2]</sup></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Infirmières formées, médecins généralistes, cliniciens, etc. formés en mhGAP                               |
| <b>Au niveau communautaire</b>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |
| Collaboration avec les promoteurs de la santé et les équipes de sensibilisation      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir les promoteurs de la santé et les équipes de sensibilisation pour s'assurer qu'ils peuvent gérer/atténuer les réactions fortes des familles, des voisins et des communautés (formation en compétences de communication, PSP, coanimation de groupes si besoin, etc.)</li> <li>Si nécessaire, engagement et mobilisation de la communauté (y compris les représentants, les dirigeants, etc.), en collaboration avec les promoteurs de la santé (pour faciliter la réintégration des survivants dans leur famille, etc.)</li> </ul> | Équipe de promoteurs de la santé formés, assistance par l'équipe SMSPS si nécessaire                       |
| Conseil/prise en charge psychologique individuelle, familiale et collective          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge psychologique, du diagnostic à la sortie d'hôpital</li> <li>Suivi des patients sortis de l'hôpital et des membres de leur famille dans leur communauté. Suivi des familles souffrant de deuil compliqué ou de pertes de plusieurs membres</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                        | Conseillers formés, psychologues, psychiatres                                                              |
| Psychoéducation de groupe et autres activités psychosociales communautaires          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informar la population sur les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux qui peuvent fréquemment survenir pendant et après l'épidémie et expliquer comment y faire face</li> <li>Promouvoir l'entraide/le soutien par les pairs parmi les groupes affectés (parents, patients sortis de l'hôpital, personnes endeuillées)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  | ASC formés, ASC spécialisés en santé mentale, travailleurs sociaux, conseillers, psychologues, psychiatres |
| Collaboration avec les équipes d'inhumation et de décontamination de l'environnement | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expliquer les procédures spéciales et apporter un soutien pour organiser les inhumations et s'assurer que les familles participent aux préparatifs</li> <li>Soutenir par une présence physique pendant les funérailles</li> <li>Apporter un soutien émotionnel aux familles si nécessaire pendant le processus de deuil (si oui, consulter l'équipe de conseil)</li> </ul>                                                                                                                                                                  | ASC formés, ASC spécialisés en santé mentale, travailleurs sociaux, conseillers, psychologues, psychiatres |



## Notes

- (a) Pandémie de COVID-19 (maladie à coronavirus)
- (b) Selon le guide d'intervention mhGAP version 2.0 de l'OMS.

## Références

1. WHO - 2014. Facilitation Manual: Psychological First Aid during Ebola Virus Disease Outbreaks.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548977>
2. OMS - 2019. Guide d'intervention mhGap - Version 2.0.  
<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>

# 6.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

## 6.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

Les enfants et les adolescents sont particulièrement vulnérables pendant les épidémies. Une flambée épidémique peut en effet rompre leur univers familial, affectant les personnes, les lieux et les habitudes qui les font se sentir en sécurité. Les enfants peuvent perdre des parents ou des personnes qui s'occupent d'eux. Ils peuvent être séparés de ces adultes pendant leur hospitalisation ou celle des personnes qui s'occupent d'eux. Comme les adultes, ils peuvent souffrir de stigmatisation. Les symptômes chez les enfants varient en fonction de leur âge et de leur stade de développement (voir [Annexe 1](#)).

Des informations sur la maladie doivent être fournies à l'enfant/adolescent. Les modalités de communication avec l'enfant ou l'adolescent dépendent de son stade de développement et du contexte culturel.

### Principes généraux lors de la communication avec les enfants/adolescents :

- Faire preuve de sincérité et ne pas mentir aux enfants/adolescents. Il est important de leur fournir des informations véridiques à l'aide de descriptions adaptées à leur âge et de leur donner la possibilité d'exprimer leurs sentiments et leurs préoccupations.
- Mettre l'enfant à l'aise en parlant de sujets rassurants et dont ils aiment parler (loisirs, matières apprises à l'école, etc.).
- Se montrer réconfortant, encourageant et respectueux. Rassurer l'enfant.
- Selon leur stade de développement, les enfants ont une compréhension différente de la santé et de la mort :
  - Pour les enfants âgés de 3 à 4 ans, la connaissance de la maladie se limite à l'endroit et au moment où ils ont mal (symptômes). L'imagination peut être pire que la réalité (ils peuvent se dire par exemple « on me donne des médicaments pour me punir »).
  - Les enfants âgés de 5 à 6 ans sont capables de faire le lien entre la contagion (personne, événement ou objet) et la maladie ; ils ne peuvent pas comprendre le caractère permanent de la mort : ils la perçoivent comme une séparation temporaire et non définitive (« si je pense assez fort à elle, elle va revenir ») ; ils peuvent se sentir responsables de la mort des autres (« ma maman est morte parce que j'étais méchant »).
  - Les enfants âgés de 7 à 12 ans sont capables de comprendre la maladie dont ils souffrent et commencent à comprendre la mort comme faisant partie de la vie ; ils peuvent comprendre les analogies (« le cœur est une pompe » / « l'estomac est un placard avec de la nourriture »).
  - Les adolescents à partir de 12 ans comprennent la mort de la même manière que les adultes, ont une opinion, peuvent être réticents à exprimer leurs sentiments et peuvent entreprendre des activités risquées et impulsives.
- Pour communiquer avec les enfants, utiliser un langage simple, communiquer des informations adaptées à leur compréhension et utiliser des outils de communication autres que le langage (poupées, dessin, histoires, jeux, etc.).
- Dans le cadre de la prise en charge des enfants, il est essentiel d'inclure les parents et les personnes qui s'occupent d'eux (si possible).
- Prendre les enfants au sérieux et respecter leurs pensées, leurs croyances et leurs opinions.
- Permettre à l'enfant d'exprimer de la colère. Donner à l'enfant des moyens d'exprimer ses sentiments et ses préoccupations. Mettre des mots sur les sentiments courants des enfants, p. ex. colère, tristesse, inquiétude, etc.

### Pour l'enfant non hospitalisé :

- Sensibiliser les familles sur l'importance de maintenir leurs habitudes malgré les perturbations de la vie communautaire et la fermeture possible des écoles.
- Si la personne qui s'occupe de l'enfant est hospitalisée, informer les familles des réactions à la séparation de l'enfant et de la façon de le soutenir.

### Pour l'enfant hospitalisé :

- Encourager la communication et les activités appropriées au stade de développement de l'enfant.
- Dans le service hospitalier, rendre l'environnement aussi agréable que possible en veillant à la conformité avec les règles de prévention et de contrôle des infections (des jouets faciles à désinfecter, des tableaux blancs pour le dessin, des aiguilles à tricoter, des crayons de couleur, des postes de radio, des téléviseurs ou des vidéoprojecteurs peuvent être envisagés). La prudence est de mise dans les situations où, en raison des contraintes de la lutte contre les infections, les objets ne peuvent pas être prêtés et/ou les patients ne doivent pas se regrouper.
- Si l'enfant est hospitalisé sans la personne qui s'occupe de lui, veiller à ce qu'il bénéficie d'un soutien suffisant de la part du personnel médical et/ou peut-être d'un adulte hospitalisé capable de soutenir l'enfant. Le soutien peut inclure le réconfort, l'aide avec les soins quotidiens et si possible des activités stimulantes (crayons, livres, petits jouets, musique, télévision, etc.).
- Expliquer aux familles et aux membres de l'équipe clinique concernés comment calmer et distraire les enfants pendant les procédures médicales.
- Ne pas oublier que les enfants hospitalisés peuvent être effrayés par les équipements de protection individuelle des personnels (comme cela a été le cas lors des épidémies à filovirus).
- Encourager l'enfant et la personne qui s'occupe de lui à communiquer par téléphone ou par des petits mots, des dessins, etc. lorsqu'ils sont séparés.

### Lorsque l'enfant est sorti de l'hôpital :

- Organiser des groupes de soutien pour les patients pédiatriques ambulatoires. Les activités structurées peuvent les aider à surmonter leurs difficultés actuelles (chansons, jeux, contes de fées, etc.).
- Après l'épidémie, encourager et favoriser la réintégration des enfants affectés dans la communauté et leur retour aux activités habituelles.
- Prendre soin de l'enfant si la personne qui s'occupait de lui est décédée. Sensibiliser le nouveau tuteur pour qu'il comprenne la réaction de l'enfant à la perte de la personne qui s'occupait de lui et sache comment l'aider dans son deuil. Promouvoir l'attachement entre l'enfant et le nouveau tuteur.

- Dans le cas d'enfants/de mineurs sans tuteur connu, contacter les organismes chargés de retrouver les familles et/ou de fournir un abri et/ou une protection. Si ces organismes n'existent pas, assurer un suivi par la communauté. Plaider pour le soutien d'autres organisations.

# 6.8 Particularités de la prise en charge des personnes âgées

## 6.8 Particularités de la prise en charge des personnes âgées

Les personnes âgées peuvent être particulièrement vulnérables aux troubles mentaux et aux problèmes psychosociaux pendant certaines épidémies, comme nous avons pu le constater lors de la COVID-19. Les personnes âgées qui vivent dans des foyers sont confrontées à des défis différents de celles qui vivent avec leur famille.

On estime que 30% des résidents des foyers pour personnes âgées présentent des symptômes de dépression ou d'anxiété. Si on prend en compte la démence, jusqu'à 80% des personnes âgées vivant en foyer souffrent d'un trouble mental ou neurologique diagnosticable. Les activités sociales telles que la marche et le jardinage peuvent améliorer leur qualité de vie<sup>[1]</sup>.

MSF a mis en œuvre diverses activités dans les foyers pour personnes âgées en réponse à la COVID-19, notamment : formation des personnels (PSP, compétences en communication, soins personnels), renforcement des contacts familiaux quotidiens, planification d'activités sociales pour éviter l'isolement, soutien psychologique pour les personnes qui en ont besoin<sup>[2]</sup>. Ces principes peuvent être appliqués à d'autres contextes.

### Références

1. Bartels SJ, Moak GS, Dums AR. Mental Health Services in Nursing Homes: Models of Mental Health Services in Nursing Homes: A Review of the Literature. *Psychiatric Services*. 2002 Nov;53(11):1390–6.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.11.1390>
2. Serafini G, Bondi E, Locatelli C, Amore M. Aged Patients With Mental Disorders in the COVID-19 Era: The Experience of Northern Italy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020 Apr.  
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.015>

# 6.9 Surveillance

## 6.9 Surveillance

La surveillance de routine des activités est décrite à la [Section 2.7](#), Chapitre 2. Pendant les épidémies, elle doit inclure certains des indicateurs énumérés dans ce chapitre. En cas de flambée épidémique, une surveillance supplémentaire peut inclure :

- Les compétences et les connaissances des patients concernant leur maladie et leur impression globale de la maîtrise de leur situation. Pour savoir comment évaluer celles-ci, se reporter au Guide d'accompagnement, d'éducation et de conseil des patients adultes vivant avec le VIH et/ou la TB de MSF (Guide PSEC)<sup>[1]</sup> ;
- L'observance thérapeutique et le respect des procédures de lutte anti-infectieuse et des mesures pour prendre soin de soi ;
- Le degré de retour aux activités quotidiennes et aux habitudes lorsque cela est possible.

## Références

1. MSF. Guide d'accompagnement, d'éducation et de conseil des patients adultes vivant avec le VIH et/ou la TB. 2018.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-152](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-152)

# Chapitre 7 : Migrants, réfugiés et populations déplacées

## Chapitre 7 : Migrants, réfugiés et populations déplacées

[7.1 Introduction](#)

[7.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[7.3 Caractéristiques cliniques](#)

[7.4 Évaluation clinique](#)

[7.5 Évaluation SMSPS](#)

[7.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[7.7 Spécificités/défis de la prise en charge dans les centres de détention et recommandations](#)

[7.8 Spécificités/défis de la prise en charge des victimes de la traite des êtres humains et recommandations](#)

[7.9 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[7.10 Surveillance](#)

# 7.1 Introduction

## 7.1 Introduction

Bien qu'il n'existe pas de définition légale officielle d'un migrant, la plupart des experts s'accordent à dire<sup>a</sup> qu'un migrant international est une personne qui traverse ou a traversé une frontière internationale ou se déplace à l'intérieur d'un État loin de son lieu de résidence habituel et de ses enfants, indépendamment : 1) de son statut juridique ; 2) du caractère involontaire ou non du déplacement ; 3) des causes du déplacement ; ou 4) de la durée du séjour (les personnes qui changent de résidence habituelle pendant moins de trois mois pour des raisons de loisirs, professionnelles, médicales ou religieuses [pèlerinage] ne sont pas considérées comme des migrants)<sup>[1]</sup>. Les migrants peuvent être regroupés en une multitude de sous-catégories (voir [Annexe 7](#) pour les termes spécifiques utilisés par MSF, dont certains ont des implications juridiques en droit international humanitaire).

Ce chapitre se concentre sur la « migration forcée », c'est-à-dire le mouvement migratoire impliquant un élément de coercition incluant les menaces sur la vie et les moyens de subsistance, qu'elles proviennent de causes naturelles ou d'origine humaine (mouvements de réfugiés et de personnes déplacées en interne, personnes déplacées par des catastrophes naturelles ou environnementales, une famine, pour des raisons politiques, etc.).

Du fait de l'accumulation de traumatismes passés dans le pays d'origine et tout au long du parcours, ainsi que des difficultés rencontrées dans les pays d'accueil, la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) constituent une partie essentielle de la prise en charge des personnes subissant une migration forcée.

### Notes

(a) Aperçu des définitions des migrations internationales (révisé en février 2020). Équipe Migration Forcée, Département d'analyse, MSF, Centre opérationnel de Bruxelles.

### Références

1. United Nations - Migration.  
<https://www.un.org/en/sections/issues-depth/migration/>

# 7.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

## 7.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

Les facteurs de risque de troubles mentaux avant la migration, pendant le parcours migratoire et/ou après la réinstallation dans le pays d'accueil<sup>[1]</sup> sont énumérés :

### Facteurs de risque avant la migration

Dans leur pays d'origine, les migrants (en particulier les réfugiés et les demandeurs d'asile) peuvent avoir été victimes :

- De persécutions pour des motifs politiques, ethniques, religieux ou autres, telles que la torture, l'incarcération, le décès de membres de la famille et/ou des violations des droits humains ;
- De conflits armés, qui vont de la destruction et de la mort à proximité à de multiples expériences traumatisantes, y compris la torture et la participation au combat direct.
- De difficultés économiques extrêmes, dont le manque d'accès à la nourriture, à l'eau, au logement, aux soins médicaux, à l'éducation et à d'autres besoins et ressources de base.

### Facteurs de risque du parcours migratoire

Le parcours migratoire peut prendre des mois à des années et nécessiter un transit par plusieurs pays. L'absence de voies légales et sûres pour migrer ou demander l'asile (fermeture des frontières, détention, corruption de l'État, réseaux de passeurs puissants, etc.) oblige souvent les migrants à emprunter des itinéraires dangereux pour obtenir une protection et avoir une vie meilleure. Ils sont généralement exposés à :

- Des situations mettant leur vie en danger : traversée des mers dans des embarcations dangereuses, être enfermé dans des trains ou des camions ou se déplacer à pied sur des routes terrestres dangereuses.
- Des violences, en particulier les violences sexuelles, l'extorsion, l'exploitation par le travail, la traite des êtres humains, l'enlèvement et la torture ;
- Des conditions de vie et/ou de détention inférieures aux normes acceptables.

De nombreux migrants rapportent une perte de dignité et une séparation des membres de leur famille, des communautés et des réseaux de soutien.

Certaines communautés et certains individus migrent chaque année ou régulièrement pour des raisons culturelles ou professionnelles spécifiques (p. ex. travail saisonnier). Ils peuvent être arrêtés et parfois détenus à la suite d'une évolution du contexte, notamment lors de guerres, de conflits ou de changements de lois.

### Facteurs de risque après la migration

Une fois réinstallés dans le pays d'accueil, les migrants peuvent rencontrer d'autres facteurs de risque susceptibles d'entraîner des souffrances psychologiques et/ou d'exacerber des troubles mentaux préexistants :

- Incertitude concernant la demande d'asile : le processus d'accueil légal est souvent long, complexe et imprévisible, et l'accès à une assistance juridique et à des interprètes est généralement limité ;
- Détention associée à la demande d'asile ;
- Difficulté d'intégration sociale (exclusion, difficulté à nouer des relations en raison de la barrière de la langue, etc.) et situation socio-économique défavorable (besoins de base manquants ou insuffisants ou accès limité notamment aux soins médicaux et à un hébergement approprié ; isolement social et chômage)<sup>[2]</sup> ;
- Incertitude concernant l'avenir (peur du rapatriement et de la persécution) ;
- Changements dans les rôles sociaux ou familiaux ;
- Problèmes liés à l'acculturation.

Les obstacles à l'accès aux soins médicaux (y compris les SMSPS) comprennent<sup>[2]</sup> :

- L'absence de connaissance des droits juridiques et du système de santé dans le pays d'accueil,
- La méfiance vis-à-vis des services et des autorités du pays d'accueil,
- Une maîtrise insuffisante de la langue du pays d'accueil,
- Des attentes envers les professionnels de santé fondées sur la culture propre et des croyances sur la santé mentale (SM).

Lorsqu'ils voyagent, les migrants sont souvent en « mode d'urgence » où toute leur activité est centrée sur le pays de destination. A leur arrivée et lorsqu'ils ne se sentent plus en danger, ils commencent généralement à affronter les traumatismes passés, survenus dans leur pays d'origine et/ou pendant le parcours migratoire. Cela peut conduire à des souffrances psychologiques et des troubles mentaux et à une « incertitude quant à leur avenir ». Des études récentes suggèrent que certains migrants peuvent présenter un risque accru de comportement suicidaire par rapport aux populations des pays d'accueil, ainsi qu'un risque supérieur de décès par suicide<sup>[3]</sup>.

## Références



1. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. (Health Evidence Network Synthesis Report, No. 47.) ISBN 978 92 890 5165 1.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391045/>
2. Bradby H et al. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (2015). ISBN:789289051651.  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391045/pdf/Bookshelf\\_NBK391045.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391045/pdf/Bookshelf_NBK391045.pdf)
3. Forte A, Trobia F, Gualtieri F, Lamis DA, Cardamone G, Giallonardo V, et al. Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2018 Jul 1;15(7).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>

# 7.3 Caractéristiques cliniques

## 7.3 Caractéristiques cliniques

Les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux liés à la migration comprennent :

- Des réactions normales à des événements traumatiques ;
- Des exacerbations de troubles mentaux préexistants ;
- Des réactions et troubles déclenchés par la violence et le déplacement liés aux conflits ou à l'adaptation dans un pays d'accueil.

Les problèmes de SMSPS fréquents parmi les migrants et les réfugiés sont les suivants :

- Désespoir, découragement, troubles liés à l'anxiété/la dépression,
- Colère et comportement agressif,
- Ennui et léthargie,
- Manque de confiance,
- Troubles de l'alimentation et du sommeil,
- Inquiétudes, peur de l'avenir,
- Deuil et chagrin, parfois deuil compliqué,
- Abus d'alcool et de substances psychoactives,
- Perte de dignité liée à la frustration de dépendre de l'aide humanitaire.

Les procédures administratives rencontrées par les migrants peuvent contribuer à des niveaux élevés de troubles mentaux<sup>[1]</sup>. Ils souffrent fréquemment de comorbidités somatiques et psychiatriques en plus de difficultés de vie après la migration. La détention a des effets néfastes sur la santé mentale et les détenus ont des niveaux d'anxiété, de dépression et de trouble de stress post-traumatique supérieurs à ceux des personnes non détenues<sup>[2]</sup>. Plus la durée de la détention est longue, plus la détérioration de la santé mentale<sup>[3]</sup> est importante. Les diagnostics les plus fréquents incluent le trouble de stress post-traumatique (TSPT)<sup>a, [4], [5]</sup> l'anxiété, la dépression et les pensées suicidaires. Une méta-analyse récente de la psychose non affective dans les populations de réfugiés au Canada, au Danemark, en Suède et en Norvège suggère un risque accru de psychose non affective par rapport à la population du pays d'accueil<sup>[6]</sup>.

### Notes

(a) Les réfugiés présentent un risque de TSPT 10 fois plus élevé que celui de la population générale du même âge.

### Références

1. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.4.351>
2. Ichikawa M, Nakahara S, Wakai S. Effect of Post-Migration Detention on Mental Health Among Afghan Asylum Seekers in Japan. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006 Apr;40(4):341–6. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01800.x>
3. Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2009 Apr;194(4):306–12. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053223>
4. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*. 2015 Oct 28;15(1). <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
5. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 2005 Apr;365(9467):1309–14. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
6. Brandt L, Henssler J, Müller M, Wall S, Gabel D, Heinz A. Risk of Psychosis Among Refugees. *JAMA Psychiatry*. 2019 Nov 1;76(11):1133. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.193711>

# 7.4 Évaluation clinique

## 7.4 Évaluation clinique

Pour une approche générale de l'évaluation clinique des patients, voir le [Chapitre 3](#). Outre cette approche, les éléments ci-après doivent être pris en compte avec cette population spécifique.

### Exposition à des événements traumatiques

- Vécus par le migrant (avant et pendant la migration)
- Violence (sexuelle entre autres)

### Points de vue des bénéficiaires sur la santé mentale et les conséquences psychosociales du déplacement et leurs mécanismes d'adaptation :

- Utilisation des services de santé, croyances en matière de santé, perceptions culturelles, opinions et suggestions, etc.
- Moyens d'expression de la détresse émotionnelle et vocabulaire utilisé
- Mécanismes individuels d'adaptation psychosociale (s'aider soi-même)
- Sources de secours et de soutien dans la communauté

### Degré de perturbation du réseau familial et communautaire

- Dans quelle mesure la migration a-t-elle modifié les rôles et la dynamique de la famille ?

Il existe des outils de dépistage pour évaluer les personnes ([Annexe 3](#)), notamment le dépistage médical d'un réfugié (RHS)<sup>[1]</sup>. Lors de l'introduction d'un outil de dépistage, toujours vérifier qu'il est culturellement acceptable et validé par la population de migrants avant utilisation. S'il n'a pas été validé auprès de la population, les résultats doivent être interprétés avec la plus grande prudence.

## Références

1. Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, et al. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health [Internet]. 2009 Apr 2;3(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01262-8>

# 7.5 Évaluation SMSPS

## 7.5 Évaluation SMSPS

Pour l'approche générale de l'évaluation en matière de SMSPS, voir [Chapitre 1](#). Il existe certaines spécificités concernant l'évaluation des ressources et des services pour les migrants.

### Contexte général

- Évaluer le stade du parcours migratoire du patient, à savoir son itinéraire, depuis combien de temps il est dans le pays, s'il a l'intention d'y rester et son statut juridique.
- Tenter de comprendre le contexte socio-politique du pays d'origine du patient.
- Déterminer sa situation économique et ses conditions de vie (logement, accès à la nourriture, protection, etc.). En tant que migrant, a-t-il accès aux services et auxquels (soins de santé, assistance sociale, aide juridique, accès au travail/à l'éducation, etc.) ? Plus particulièrement, se sent-il à l'aise et en sécurité pour accéder à ces services ? Il est également utile de connaître les maladies physiques et/ou mentales (et leur incidence) recensées dans les services de soins primaires accessibles aux migrants.
- Il importe par ailleurs d'identifier les principales nationalités représentées et les langues parlées par les migrants bénéficiant des services de SMSPS.

### Sous-groupes vulnérables

- Déterminer s'il y a ou non des sous-groupes particulièrement vulnérables qui doivent être pris en compte lors de l'évaluation du contexte, p. ex., des mineurs non accompagnés, des personnes souffrant de maladies physiques ou mentales, des femmes enceintes, des victimes de torture/mauvais traitements ou de violence sexuelle, des mères seules, etc.

### Environnement et autres acteurs

Si l'activité de SMSPS doit se dérouler dans un camp (populations déplacées dans leur propre pays ou camp de réfugiés) et que MSF est le seul acteur fournissant des soins de ce type, un paquet complet doit être mis en œuvre. Selon la population du camp, un psychiatre peut être requis au sein de l'équipe de SMSPS.

# 7.6 Planification des activités de SMSPS

## 7.6 Planification des activités de SMSPS

Les besoins des migrants sont divers et complexes. En général, les besoins de base (protection, droits légaux, accès aux soins, etc.) ne sont pas satisfaits. Une approche globale/pluridisciplinaire (prise en charge médicale, SMSPS, soutien social et juridique) est nécessaire. L'intervention dépend fortement du contexte.

Le soutien et la documentation médico-juridiques (certificats médicaux de violence, violence sexuelle, SM, etc.)<sup>a</sup> sont essentiels, car certains documents cliniques peuvent avoir un impact sur les procédures d'asile actuelles/futures et favoriser l'accès à l'assistance sociale, la reconnaissance des personnes vulnérables par le HCR<sup>b</sup>, etc.

La terminologie et les définitions utilisées pour le contexte et le cadre de l'activité doivent être spécifiques. Les termes utilisés doivent être validés par l'équipe de coordination. Voir l'[Annexe 7](#) pour la définition des termes, y compris dans les contextes de migration : « transit » « destination » et « retour », et concernant les cadres d'activité : « officiel », « fermé », « urbain/ informel » et « intégré ».

### 7.6.1 Transit court (quelques heures à quelques jours)

Les migrants en transit court sont généralement en « mode d'urgence ». Tout leur fonctionnement vise à poursuivre le voyage. Le contexte et leur état émotionnel ne permettent pas le traitement des expériences, des pertes et des changements.

Les objectifs des activités de SMSPS dans ce cas sont les suivants :

- Restaurer la dignité ;
- Soutenir/améliorer les compétences d'adaptation ;
- Fournir un soutien psychologique ;
- Détecter et traiter les personnes atteintes de troubles mentaux sévères.

 Révéler les traumatismes par une approche psychothérapeutique peut être néfaste à ce stade du parcours migratoire. Cela peut exacerber des souffrances psychologiques sous-jacentes ou accroître des symptômes qui ne peuvent pas être traités dans un laps de temps aussi court.

**À ce stade, ne pas mener d'enquête ni utiliser des questionnaires et des outils de dépistage liés aux événements traumatiques antérieurs.**

#### Paquet minimum

- Premiers secours psychologiques (PSP), y compris la fourniture d'informations pratiques et l'orientation vers une assistance socio-juridique.
- Psychoéducation : effets du stress/traumatisme et mécanismes d'adaptation recommandés, informations sur les soins disponibles dans le pays de destination, conseils sur la façon de soulager le stress des enfants, etc.
- Soins aux personnes atteintes de troubles mentaux aigus et sévères.
- Orientation vers des soins médicaux spécialisés ou de SM si nécessaire et disponible.
- Plaidoyer.

#### Paquet complet

- Consultations de SM ponctuelles : intervention clinique spécifique lorsqu'il existe des limites liées à des facteurs organisationnels, contextuels ou individuels rendant impossible ou improbable l'établissement d'une stratégie en plusieurs séances.
- Poursuite du traitement des maladies chroniques diagnostiquées antérieurement telles que l'épilepsie, les troubles mentaux graves ou toute autre maladie chronique comme le diabète ou l'hypertension.
- La prudence est de mise en cas d'instauration d'un traitement psychotrope au long cours. S'assurer que la personne peut suivre son traitement tout au long de son parcours migratoire et dispose d'une réserve de médicaments d'au moins trois mois.
- Les activités supplémentaires comprennent la détection et la prise en charge des personnes à risque de troubles mentaux sévères en raison d'un événement traumatique grave (p. ex. violence sexuelle, torture/mauvais traitements, voir le [Chapitre 9](#) et le [Chapitre 10](#)).
- Délivrer des certificats de SM si nécessaire et approuvé par la hiérarchie opérationnelle et le service juridique.
- Orientation vers des soins médicaux spécialisés ou de SM si nécessaire et disponible.

### 7.6.2 Transit long (plusieurs semaines à plusieurs mois/années) et pays de destination

Le conseil ou la psychothérapie à court/long terme sont mis en œuvre pour les migrants présentant des signes de problèmes psychosociaux ou de troubles mentaux. Les défis pour un migrant dans cette situation peuvent inclure les suivants :

- Obtenir des informations sur les soins disponibles ;
- Faire appel et accéder à une prise en charge pour surmonter le deuil et le chagrin ;
- Gérer des situations stressantes/traumatiques (stress multiple, chronique, intense, important, absence de lieu de contrôle) ;
- Stress d'acculturation (lié à l'adaptation à une nouvelle culture) ;
- Se construire une nouvelle identité (« conscience de soi »).

Les interventions sont adaptées à la population spécifique, aux groupes vulnérables, à la durée du séjour, aux besoins identifiés, etc. Un travailleur social doit collaborer avec l'équipe de SMSPS afin d'évaluer et de fournir des soins et un soutien social, y compris en faisant le lien et en orientant vers d'autres organisations.

## Paquet minimum pour les migrants en transit long

Il s'agit notamment des activités suivantes :

- PSP,
- Psychoéducation,
- Fourniture d'informations sur les services et le soutien disponibles, assistance sociojuridique,
- Activités de soutien psychosocial : organisation d'activités culturelles et de loisirs pour accroître le bien-être et contribuer ainsi à rétablir les liens sociaux et à promouvoir l'intégration dans la société d'accueil,
- Détection et traitement des personnes atteintes de troubles mentaux aigus et sévères,
- Orientation vers d'autres acteurs appropriés (logement, satisfaction des besoins de base, soutien administratif et juridique, accès aux soins, accès à la recherche de la famille, orientation vers des acteurs de protection pour les mineurs non accompagnés, etc.).

## Paquet complet pour les migrants en transit long

Les activités comprennent les interventions du paquet minimum standard, telles que les PSP et la psychoéducation, ainsi que les suivantes :

- Détection et traitement des troubles mentaux sévères, identification des options d'hospitalisation dans des établissements psychiatriques (de préférence une unité psychiatrique dans un hôpital général) ;
- Conseil ou psychothérapie à court/long terme dans un cadre individuel, familial et collectif, au besoin, en mettant l'accent sur :
  - La création d'une confiance de base et de sentiments de sécurité,
  - Le rétablissement de la cohérence dans la vie du migrant,
  - La reprise de la maîtrise de soi (corps, émotions, pensées, environnement, etc.),
  - Le développement de mécanismes d'adaptation,
  - La description du ou des traumatismes, les processus de deuil et les difficultés liées à l'acculturation,
  - Le travail sur la structure familiale (séances familiales, compétences parentales, etc.) ;
- Activités psychosociales incluant des interventions qui renforcent le soutien familial et des interventions sur les compétences parentales ;
- Fourniture de certificats de SM, au besoin, aide avec les procédures juridiques, selon l'avancement de leur dossier d'asile/statut juridique (voir [Section 2.10](#), Chapitre 2).

La participation de la communauté d'accueil, de la société civile et de la diaspora peut être essentielle à l'efficacité des interventions communautaires mises en œuvre. Assurer des réunions pluridisciplinaires.

## Notes

- (a) La délivrance de certificats de SM (systématique ou sur demande/pour certains sous-groupes spécifiques) variera selon le projet. Le service juridique de MSF peut aider à analyser le cadre juridique et fournir des conseils sur le but et le contenu des certificats.
- (b) HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

# 7.7 Spécificités/défis de la prise en charge dans les centres de détention et recommandations

## 7.7 Spécificités/défis de la prise en charge dans les centres de détention et recommandations

L'incidence de troubles mentaux parmi les personnes détenues est nettement plus élevée que dans les communautés d'accueil et souvent liée à la détention elle-même. Il est généralement nécessaire de fournir des soins psychiatriques ou de référer aux professionnels/établissements psychiatriques.

Les défis pour les patients peuvent inclure le confinement, l'isolement, l'absence de liberté, la non-satisfaction des besoins de base, l'impression d'être arbitrairement punis, l'incertitude par rapport à l'avenir, la crainte de la déportation, la perte d'espoir, etc. Le suicide et l'automutilation peuvent également être plus fréquents. Les enfants en particulier présentent des signes de déficience sévère en détention.

Restaurer la capacité des individus à faire leurs propres choix semble difficile, voire impossible, dans un lieu de détention où ils sont privés de leur liberté. Le rôle du psychologue ou du conseiller pour les aider à s'adapter et à tolérer les conditions de détention est paradoxal. Les personnels de MSF peuvent être confrontés à un dilemme éthique lié à la possibilité que l'organisation (ou eux-mêmes) soit perçue comme complice ou « soutien du système »<sup>[1]</sup>. Le plaidoyer par des moyens publics ou diplomatiques peut parfois être envisagé, mais il relève de la responsabilité de l'équipe de coordination sur le terrain (coordinateur de projet, chef de mission) après discussion avec le siège de MSF. Il incombe au responsable des activités de santé mentale (ou au directeur médical en l'absence de RASM) de documenter et de communiquer la situation au coordonnateur du projet et à l'équipe de coordination. Le cas échéant, MSF peut envisager d'alerter et/ou de renvoyer des cas à d'autres organisations telles que le CICR<sup>a</sup>, l'OIM<sup>b</sup> ou d'autres acteurs concernés.

Il peut être difficile de mettre en place une salle de consultation pour les séances privées et de demander au personnel du centre de détention d'avoir un libre accès aux détenus. Des accords spécifiques conclus avec les autorités sur les questions d'accès et de sécurité, comprenant des définitions claires des modalités de collaboration (espaces de travail pour la consultation, etc.) et instituant un certain degré de fonctionnement indépendant dans le centre de détention peuvent être une « condition préalable » à l'intervention.

Lorsque les migrants signalent des violences verbales et/ou physiques perpétrées par les autorités (ou des représentants des autorités), la protection et la sécurité ne sont pas assurées. Le rôle de MSF concernant le signalement de ces violations n'est pas aisé. Envisager d'alerter et/ou de renvoyer des cas à d'autres organisations telles que le HCR.

Les dossiers cliniques ou les certificats de SM contiennent habituellement des informations confidentielles : leur contenu, leur transport et leur conservation doivent être gérés avec la plus grande prudence. Pour plus d'informations, voir [Section 2.10](#), Chapitre 2. Dans ces contextes, s'assurer que le projet dispose d'une procédure claire de gestion des dossiers, validée par l'équipe de coordination, le référent en SM et le service juridique.

Voir le [Chapitre 10](#) pour plus d'informations sur la prise en charge des victimes de torture.

### Notes

(a) CICR : Comité international de la Croix-Rouge

(b) OIM : Organisation internationale pour les migrations

### Références

1. Butth P, de Gryse B, Healy S, Hoedt V, Newell T, Pintaldi G, et al. "He who helps the guilty, shares the crime"? INGOs, moral narcissism and complicity in wrongdoing. *Journal of Medical Ethics*. 2018 Mar 17;44(5):299–304. <https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104399>

## **7.8 Spécificités/défis de la prise en charge des victimes de la traite des êtres humains et recommandations**

### **7.8 Spécificités/défis de la prise en charge des victimes de la traite des êtres humains et recommandations**

Toutes les activités liées aux victimes de la traite des êtres humains nécessitent la supervision d'un psychologue clinicien possédant une solide expérience thérapeutique ou d'un professionnel équivalent. Il s'agit d'une problématique hautement sensible. Par conséquent, des mesures de protection doivent toujours être prises en informant le coordonnateur du projet de la situation et en s'accordant sur les précautions à prendre.

#### **7.8.1 Objectifs thérapeutiques de la prise en charge des survivants de la traite des êtres humains**

Ils incluent les suivants :

- Restaurer le sentiment de sécurité de la personne.
- Rétablir les relations interpersonnelles et le lien avec autrui.
- Orienter vers des soins médicaux appropriés.
- Orienter vers une organisation spécialisée dans la protection.

#### **7.8.2 Objectifs thérapeutiques de la prise en charge des personnes encore en situation de victimes de la traite des êtres humains**

Lors de la prise en charge des personnes encore en situation de victimes de la traite des êtres humains, l'ampleur du travail individuel qui peut être accompli avec la victime dépendra de la prise de conscience de la situation par la personne, de ses attentes, des limites qu'elle a fixées et ne franchira pas (le cas échéant) et de son état de santé mentale.

Il existe un certain nombre de limites à la prise en charge des patients dans ces conditions, ce qui a un impact sur le résultat thérapeutique. En cas de rencontre avec ces patients dans le cadre des activités MSF, la réponse peut être la suivante :

- Assurer la confidentialité.
- Renforcer les mécanismes d'adaptation.
- Orienter vers des soins médicaux appropriés.
- Orienter vers une organisation spécialisée dans la protection.



# 7.9 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

## 7.9 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

La prise en charge des enfants et des adolescents migrants nécessite :

- Une compréhension de la complexité du préjudice subi par le passé/actuellement ;
- Une adaptation des services pour répondre aux besoins de chaque groupe d'âge de manière appropriée, en fonction de leur âge et de leurs caractéristiques ;
- La mise en œuvre de stratégies visant à atténuer les effets des traumatismes passés/difficultés actuelles et à favoriser des modes de développement plus sains.

Des réinstallations fréquentes entre les centres de demandeurs d'asile sont associées à des troubles mentaux chez les enfants<sup>[1]</sup>. Les mères rapportent fréquemment chez leur enfant :

- Des changements de comportement,
- Des difficultés à maîtriser les émotions,
- Une incapacité à montrer de l'affection<sup>[2]</sup>.

Nombreux sont ceux qui passent toute leur enfance loin de chez eux, parfois séparés de leur famille. Avant et pendant la migration, les enfants/adolescents sont confrontés à des menaces accrues pour leur développement psychologique : ils sont souvent craintifs et anxieux, ils ont éventuellement été témoins ou victimes d'actes de violence et peuvent être exposés à la maltraitance, à la négligence, à la violence, à l'exploitation et à la traite des êtres humains. Ils sont affectés non seulement par ce qui leur est arrivé, mais par ce dont ils ont été privés, notamment ce qui constitue les fondements du développement, tels que le jeu et la scolarité. Les enfants migrants peuvent également être indirectement affectés par l'impact des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux de leur parent/tuteur sur leurs soins et le développement de la relation parent/tuteur-enfant. En outre, les enfants et les adolescents risquent de développer des troubles mentaux associés à la période de réinstallation, les symptômes les plus fréquents incluant des symptômes post-traumatiques, une dépression, une anxiété et des comportements d'extériorisation<sup>[3]</sup>.

Parmi les activités de SMSPS qui peuvent bénéficier aux enfants et adolescents migrants en aidant leur famille figurent les suivantes :

- Recherche de la famille par des organisations de référence si de proches parents ont disparu ; en effet un parent absent signifie moins de protection et de soins, moins de revenus générés, etc. L'anxiété ou le chagrin liés au parent absent ajoute au stress global subi par la famille ;
- Activités de soutien psychosocial : activités qui promeuvent le soutien aux familles, notamment par le renforcement des compétences parentales, la priorité étant accordée à l'aide aux parents et tuteurs pour satisfaire les besoins émotionnels et développementaux de leurs enfants. Les activités devraient reconnaître les besoins propres des parents et accorder une attention particulière aux familles monoparentales ;
- Identifier et prendre en charge les besoins en matière de SMSPS des parents, en particulier de ceux qui souffrent d'un trouble mental sévère (psychose, TSPT sévère, dépression sévère, etc.) ;
- Un réseau de soutien parental (groupes de mères, etc.) peut être organisé en vue d'une entraide pour s'occuper des enfants, et ces réseaux peuvent être utilisés pour enseigner les compétences parentales.

### Spécificités de la prise en charge des mineurs non accompagnés (MNA)

L'expérience migratoire est synonyme de perte de repères (activités quotidiennes habituelles, foyer, langue, vie sociale, etc.) sans le soutien d'une famille ou d'une communauté. Les MNA présentent un risque élevé d'exposition à des événements traumatiques, à des abus physiques et sexuels ou à tout autre type d'abus ou d'exploitation. Ils développent des problèmes liés à la séparation, à la négligence et à l'impact sur l'attachement, particulièrement les plus jeunes. Les études ont montré une morbidité psychiatrique supérieure à celle de la population générale<sup>[4]</sup>. Souvent, les difficultés persistent faute d'un soutien adéquat. Les MNA sont susceptibles de présenter un tableau plus complexe de symptômes post-traumatiques qui peuvent inclure la difficulté à réguler leurs émotions et leurs comportements, la consommation de substances psychoactives, l'automutilation, etc. Les MNA sont très souvent des adolescents, autre spécificité à prendre en compte pour s'assurer que toute évaluation des besoins inclut leur point de vue, leur stade de développement et leur milieu social.

Une évaluation des besoins et des ressources devrait être effectuée. Elle sera différente selon le contexte, le groupe ethnique et le stade du parcours migratoire (voir [Chapitre 1](#)). Il est essentiel d'envisager simultanément l'inclusion d'une évaluation de l'accès à un abri sûr et à des soins médicaux, car ces besoins de protection sont importants et urgents.

Les activités à mettre en œuvre comprennent les suivantes :

- Le paquet de soins requis pour les MNA est semblable à celui décrit à la [Section 2.4](#), Chapitre 2. Cependant, des adaptations spécifiques peuvent être nécessaires, par exemple des activités spécialement conçues pour les adolescents et des installations dédiées aux activités de SMSPS des MNA.
- Les professionnels doivent être formés pour reconnaître et répondre à leurs besoins spécifiques.
- Le soutien par les pairs peut avoir un impact majeur, en particulier si les pairs identifiés sont aux mêmes stades de développement que les MNA pris en charge.
- Activités de protection et de gestion des aspects légaux (situation juridique souvent complexe, notamment lorsqu'il s'agit de déterminer l'âge).
- Évaluer les besoins en soins psychiatriques : prévalence souvent élevée des troubles mentaux.

## Références

1. Goosen S, Stronks K, Kunst AE. Frequent relocations between asylum-seeker centres are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medical record study. *International Journal of Epidemiology*. 2013 Dec 12;43(1):94–104.  
<https://doi.org/10.1093/ije/dyt233>
2. Quosh C, Eloul L, Ajlani R. Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review. *Intervention* 2013;11:276-294.  
<https://www.interventionjournal.org/printarticle.asp?issn=1571-8883;year=2013;volume=11;issue=3;spage=276;epage=294;auiast=Quosh;type=0>
3. Müller LRF, Büter KP, Rosner R, Unterhitzenberger J. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* [Internet]. 2019 Jan 30;13(1).  
<https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-019-0268-1>
4. Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, et al. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* [Internet]. 2009 Apr 2;3(1).  
<https://doi.org/10.1007/s11920-021-01262-8>

# 7.10 Surveillance

## 7.10 Surveillance

La surveillance de routine des activités est décrite à la [Section 2.7](#), Chapitre 2. Elle doit inclure les indicateurs énumérés dans ce chapitre.

Il est difficile de mesurer l'impact d'une intervention dans une situation de transit (caractère provisoire). L'expérience du patient peut être mesurée à l'aide d'une enquête de satisfaction (questionnaire, groupes de discussion, etc.) pour comprendre comment les services sont perçus par les migrants.

# Chapitre 8 : Santé sexuelle et reproductive

## Chapitre 8 : Santé sexuelle et reproductive

[8.1 Introduction](#)

[8.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[8.3 Caractéristiques cliniques](#)

[8.4 Évaluation SMSPS](#)

[8.5 Planification des activités de SMSPS](#)

[8.6 Particularités de la prise en charge des grossesses à l'adolescence](#)

[8.7 Surveillance](#)

# 8.1 Introduction

## 8.1 Introduction

Des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux spécifiques sont associés à des situations problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive (SSR) tels que les grossesses non désirées, les mortinaissances, les décès de nourrissons, toute complication liée à la grossesse (y compris les fistules obstétricales), les grossesses à l'adolescence, etc. En outre, il existe des troubles mentaux spécifiquement liés à la grossesse elle-même et à l'accouchement, notamment la dépression périnatale et la psychose post-partum. Ces troubles et problèmes ont un impact sur le bien-être de la femme, ainsi que sur la santé et le développement de son enfant, de sa famille et de la communauté.

Environ 20% des mères dans les pays à revenu faible et intermédiaire et environ 10% dans les pays à revenu élevé souffrent d'un trouble mental après l'accouchement<sup>[1]</sup>.

## Références

1. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and Determinants of Common Perinatal Mental Disorders in Women in low- and lower-middle-income countries: a Systematic Review. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2011 Nov 24;90(2):139–49H. <https://doi.org/10.2471%2FBLT.11.091850>

# 8.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

## 8.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

Outre les facteurs de risque énumérés à la [Section 5.2](#), Chapitre 5, certaines situations liées à la santé sexuelle et reproductive augmentent la vulnérabilité d'une femme au développement d'un trouble mental, notamment les suivants :

- Grossesse non désirée ;
- Avortement (avortement à risque/non médicalisé et fausse couche) et complications liées à l'avortement ;
- Infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH<sup>a</sup>) ;
- Infertilité et complications de la grossesse ;
- Mortinaissance et mort néonatale<sup>b</sup> ;
- Fistule, lésion vaginale/périnéale/anale, et incontinence ;
- Contraintes dans la prise de décisions en matière de santé reproductive ;
- Accouchement prématuré et grossesse chez les adolescentes sont des situations associées à un risque accru de dépression post-partum<sup>[1], [2]</sup> ;
- Exposition à la violence (physique, sexuelle, conjugale ou psychologique, entre autres) entraîne un risque accru de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux ; la maltraitance dans l'enfance (expériences néfastes vécues durant l'enfance) augmente le risque de maladie psychiatrique post-partum avec un effet dose-réponse observé<sup>[3]</sup>.

Les facteurs de risque socio-économiques comprennent tous ceux mentionnés dans le chapitre d'introduction, mais d'autres facteurs spécifiques entrent également en jeu :

- Absence de soutien de la part du partenaire ;
- Soins aux enfants ou aux autres personnes de la famille/du foyer entièrement à la charge de la femme ;
- Statut matrimonial : non mariée, divorcée, veuve ;
- Circonstances de la vie et facteurs de stress culturels tels que les relations inégalitaires ou la surcharge de travail (à l'extérieur et à l'intérieur du foyer).

### Notes

(a) VIH : virus de l'immunodéficience humaine

(b) Nouveau-nés qui décèdent au cours des quatre premières semaines de vie, habituellement au cours de la première semaine (décès néonataux précoces).

### Références

1. De Paula Eduardo JAF, de Rezende MG, Menezes PR, Del-Ben CM. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2019 Dec 1;259:392–403. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.069>
2. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* [Internet]. 2014 Jun;27(3):138–50. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.008>
3. Meltzer-Brody S, Larsen JT, Petersen L, Guintivano J, Florio AD, Miller WC, et al. Adverse life events increase risk for postpartum psychiatric episodes: A population-based epidemiologic study. *Depression and Anxiety* [Internet]. 2017 Nov 24;35(2):160–7. <https://doi.org/10.1002/da.22697>

# 8.3 Caractéristiques cliniques

## 8.3 Caractéristiques cliniques

Une revue des études menées dans les pays à revenu élevé montre que les taux de prévalence de la dépression (majeure et mineure) atteignent 11% pendant la grossesse et 18% pendant les 3 premiers mois suivant l'accouchement. Les troubles mentaux périnataux fréquents (y compris la dépression) sont plus répandus dans les pays à revenu faible et intermédiaire, en particulier parmi les femmes plus pauvres ayant des risques liés au genre ou des antécédents psychiatriques<sup>[1]</sup>. Dans certains cas, elles peuvent présenter des symptômes sévères, en particulier des pensées suicidaires, un comportement agressif ou nuisible envers le nourrisson, ce qui peut entraver la croissance et le développement de l'enfant.

### Pendant la grossesse

Les facteurs individuels et liés à la grossesse contribuent au stress perçu chez les femmes enceintes. L'anxiété et la dépression pendant la grossesse peuvent nuire au fœtus, entraînant des naissances prématurées ou un petit poids de naissance, ainsi qu'un risque accru de problèmes émotionnels chez l'enfant et de dépression clinique chez l'adolescent<sup>[2]</sup>.

### Pendant la période post-partum

Devenir mère impose de grandes exigences aux ressources psychologiques individuelles et aux relations existantes. Un diagnostic et un traitement précoces sont essentiels à la santé et au bien-être de la mère et de l'enfant.

- **« Blues » post-partum** : les symptômes les plus fréquents sont une humeur instable, une sensibilité accrue, des crises de larmes, une anxiété et une irritabilité. Le blues post-partum survient entre trois et cinq jours après l'accouchement et disparaît habituellement en quelques semaines.
- **Dépression post-partum** : plus intense que le blues post-partum, elle inclut généralement les mêmes symptômes que ceux associés à la dépression majeure, notamment l'humeur dépressive, l'anhédonie et le manque d'énergie, souvent accompagnés de symptômes d'anxiété surajoutés. Les pensées autodestructrices ou bien celles où la mère s' imagine faire du mal au nouveau-né/nourrisson sont fréquentes. La mère exprime souvent des doutes persistants et des inquiétudes excessives quant à sa capacité à s'occuper de son nouveau-né/nourrisson et/ou à ses difficultés à s'attacher celui-ci. La dépression post-partum débute habituellement dans les 1 à 12 mois après l'accouchement. Cette maladie, bien que fréquente, est sous-diagnostiquée. Par conséquent, la formation du personnel médical à son identification précoce est essentielle. Des outils de dépistage permettant d'identifier la dépression périnatale, tels que l'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EPDS), peuvent être utilisés dans certaines structures (voir [Annexe 3](#)). Faire preuve de prudence lors de l'utilisation de versions de l'EPDS dans d'autres langues que l'anglais. Apparemment, la traduction, l'adaptation culturelle et la validation des versions de l'EPDS dans d'autres langues que l'anglais utilisées dans les pays à revenu faible et intermédiaire ne sont généralement pas très fiables<sup>[3]</sup>. Chez certaines femmes, des symptômes qui semblent être ceux du blues post-partum peuvent persister et devenir plus sévères. Chez d'autres, une période de bien-être après l'accouchement est suivie de la survenue progressive d'une dépression. La dépression post-partum non traitée peut avoir des effets indésirables à long terme. Pour la mère, l'épisode peut être précurseur d'une dépression chronique ou récurrente. Pour ses enfants, la dépression chronique d'une mère peut contribuer à des problèmes émotionnels, comportementaux, cognitifs et interpersonnels par la suite, avec un risque accru de malnutrition et d'autres problèmes médicaux.
- **Psychose post-partum** : il s'agit d'une urgence médicale et le plus sévère des troubles mentaux périnataux (survient dans 1 à 2 naissances sur 1000)<sup>[4]</sup>. Les symptômes varient en intensité et comprennent généralement une humeur dépressive ou exaltée (qui peut fluctuer rapidement), un comportement désorganisé, des délires et des hallucinations. Le risque de suicide et d'infanticide est significativement plus élevé. La psychose post-partum survient rapidement, les symptômes apparaissant dès 48 à 72 heures après l'accouchement. La plupart des épisodes se développent dans les 2 premières semaines post-partum.

### Mortalité périnatale et dépression subséquente

Après la mort d'un bébé, il importe de reconnaître la nécessité pour la famille de faire le deuil de son enfant. Dans ce cas, les parents ont une incidence accrue de symptômes dépressifs, de sentiments de culpabilité, de deuil prolongé et de sentiments de perte de contrôle. Les femmes qui ont eu un bébé mort-né ou ont vécu un décès néonatal sont 7 à 9 fois plus à risque<sup>[5]</sup> de souffrir de dépression qu'une femme avec un bébé vivant. Les conséquences sociales incluent l'isolement et l'éloignement des amis, de la famille et de la vie sociale, ce qui rend ces femmes plus vulnérables au plan émotionnel.

## Références

1. Howard LM, Molyneux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2014;384(9956):1775–88. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61276-9)
2. Stein A, Pearson R, Goodman S, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Perinatal mental health 3 Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. 2014;384. <https://maternalmentalhealthalliance.org/wp-content/uploads/PLIS0140673614612770.pdf>
3. Shrestha SD, Pradhan R, Tran TD, Gualano RC, Fisher JRW. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 Apr 4;16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0859-2>
4. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet*. 2014

5. Vance JC, Hodgen FM, Thearle MJ, Najman JM, Foster WJ, Embelton G. Early parental responses to sudden infant death, stillbirth or neonatal death. Medical Journal of Australia. 1991 Sep;155(5):292-7.  
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1991.tb142283.x>



## 8.4 Évaluation SMSPS

### 8.4 Évaluation SMSPS

Déterminer les activités de SSR déjà mises en œuvre.

Recueillir et analyser des informations sur le contexte actuel et ses liens avec les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux observés dans la population cible (voir [Chapitre 1](#)). Recueillir des informations sur les pratiques culturelles et les croyances, notamment les rituels, le mariage, la grossesse, la naissance, la mort, le deuil, l'éducation, la parentalité, la structure familiale, l'expression des émotions, la communication verbale et non verbale, etc.

En collaboration avec le personnel médical, définir la mise en œuvre d'une composante d'activité de SMSPS<sup>a</sup> intégrée à un programme de SSR en fonction des besoins et en tenant compte des critères pour référer une patiente entre les services. Recueillir des informations :

- Participer à des réunions pluridisciplinaires.
- Identifier les flux patients actuels.
- Observer les tours de salle de la maternité.
- Déterminer les niveaux de connaissances et les expériences en matière de conseil des sage-femmes et des infirmières.

#### Notes

(a) SMSPS : santé mentale et soutien psychosocial

# 8.5 Planification des activités de SMSPS

## 8.5 Planification des activités de SMSPS

Les activités de SMSPS destinées aux femmes, mères, nouveau-nés, pères, familles et/ou proches doivent être intégrées à des programmes de SSR.

Les activités spécifiques sont axées sur :

- La santé mentale (SM) de la mère : traitement de la dépression, de la psychose post-partum et d'autres troubles mentaux/problèmes psychosociaux ;
- L'interaction mère-enfant : interventions visant à promouvoir une interaction mère-enfant positive.
- Le père et les autres membres de la famille : psychoéducation sur la façon de soutenir la mère et de s'occuper du nourrisson, conseil pour toute préoccupation ou détresse avec une attention particulière portée au père.

L'efficacité de l'activité s'améliore lorsqu'elle implique, autant que possible, l'environnement social (père, famille élargie, coopération des accoucheuses traditionnelles et des dirigeants communautaires, etc.). Toutes les interventions doivent tenir compte du contexte et de la culture des bénéficiaires. Principaux points à prendre en compte :

- Tous les professionnels de santé dans les services périnataux, maternels et néonataux doivent être en mesure de reconnaître les symptômes de troubles mentaux (en particulier la dépression post-partum et la psychose post-partum) et d'apporter les premiers secours psychologiques (PSP).
- Veiller à la satisfaction des besoins de base du patient et à la mise en place de systèmes de soutien de qualité.
- Une bonne collaboration entre les membres d'une équipe pluridisciplinaire (médicale et SMSPS) est essentielle.

Les femmes particulièrement vulnérables doivent toujours être soumises à une évaluation de la SM, y compris celles qui :

- Présentent une détresse mentale ou un trouble mental ;
- Ont donné naissance à un enfant prématuré qui est malade ou nécessite des soins palliatifs ;
- Ont vécu la mort d'un fœtus ou d'un nouveau-né ;
- Sont victimes de violence (harcèlement, maltraitance, viol, traite des êtres humains, etc.).

### 8.5.1 Les activités de SMSPS pendant les soins pré- et postnataux

#### Stimulation psychosociale

Un nouveau-né a besoin d'interactions positives avec une personne affectueuse qui s'occupe de lui (généralement sa mère), c'est-à-dire qui le regarde, lui parle, le touche et le tient dans ses bras dès sa naissance.

Les équipes de SMSPS, les sage-femmes et les infirmières doivent savoir qu'en l'absence d'interactions, une intervention favorisant des interactions positives entre la mère (et le père) et le nourrisson est nécessaire.

À retenir :

- Les nouveau-nés malades ou prématurés tolèrent un niveau d'interaction plus faible, mais nécessitent et bénéficient toujours d'un niveau approprié de stimulation.
- Les mères ont souvent peur de tenir dans leurs bras un bébé prématuré. Elles peuvent avoir besoin de conseils pour se sentir à l'aise et interagir avec leur bébé.
- Les pères ont souvent l'impression qu'on n'a pas besoin d'eux et se sentent inutiles. Ils peuvent avoir besoin de soutien et d'encouragement pour interagir avec leur bébé lorsque cela est culturellement approprié.
- Un nouveau-né réagit à l'attention que lui prête sa mère en la regardant, en s'apaisant et en se blottissant contre elle lorsqu'elle le tient dans ses bras. Souligner ce comportement en disant à la mère que cela montre qu'elle s'occupe bien de lui.
- Lorsque le nouveau-né en a assez d'être stimulé, il le manifeste par des pleurs, un refus du contact visuel, des hoquets et, s'il est prématuré, par des signes de détresse respiratoire. Apprendre aux mères à reconnaître ces signes et les besoins du nourrisson.
- La mise en route de l'allaitement maternel (crucial pour une croissance adéquate chez les prématurés, comme chez les nouveau-nés malades et ceux en bonne santé) dépend en grande partie d'une interaction mère-nourrisson positive.

#### Séances de conseil parent-nouveau-né

Le conseil pour une mère/un parent/un tuteur déprimé(e) les aide à comprendre les difficultés potentielles et à trouver des solutions. Le parent et le nourrisson sont vus ensemble. Les conseillers soulignent les signaux d'interaction du nouveau-né et guident le parent sur la façon de répondre au bébé.

- Observer le comportement d'attachement dans l'interaction entre la mère et le nouveau-né. Faciliter l'interaction entre eux en veillant à ce que leurs besoins de base soient satisfaits (nourriture, allaitement, sécurité, chaleur, affection et stimulation).
- Encourager les parents à identifier les besoins de leur bébé et à y répondre. C'est un moment idéal pour créer un lien affectif, développer la confiance et faire connaissance.
- Identifier les difficultés de la mère à apporter des soins efficaces et à se montrer sensible aux besoins de son bébé. Faciliter le lien socio-affectif avec des pratiques de stimulation appropriées et des soins adaptés au contexte culturel (contact peau à peau, massages doux, contact visuel, communication verbale/non verbale, etc.).
- Encourager l'interaction entre les femmes dans les services hospitaliers (en cas d'intervention auprès de patients hospitalisés).
- Orienter vers des réseaux d'aide aux familles, si nécessaire.

#### Blues post-partum

Renseigner la mère et la famille sur cette réaction fréquente chez les femmes alors qu'elles se remettent tout juste de leur accouchement et doivent à présent s'occuper d'un nourrisson. Les fluctuations hormonales contribuent au blues post-partum. Le soutien familial est utile et curatif. Proposer des séances de conseil si le trouble persiste ou s'intensifie.

### Dépression post-partum

- Conseil et autres interventions psychosociales<sup>[1]</sup>.
- Assurer la prise en charge et la protection du nouveau-né. Les mères doivent continuer d'allaiter et de participer aux soins apportés à leur bébé, à moins d'être jugées dangereuses pour le nourrisson.
- En cas de dépression sévère, orienter la mère vers un psychiatre ou un professionnel qualifié pour un traitement pharmacologique. L'allaitement n'est PAS contre-indiqué si la mère est traitée par un antidépresseur de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

### Psychose post-partum

- Le traitement de première intention est un médicament antipsychotique. L'allaitement n'est PAS contre-indiqué si un médicament antipsychotique est prescrit à des doses appropriées.
- Procéder à une psychoéducation du père et de la famille sur le trouble et sur la meilleure façon de soutenir la mère lorsqu'elle est hospitalisée et une fois chez elle.
- Assurer la prise en charge et la protection du nouveau-né. Superviser la mère pendant l'allaitement et les soins à son bébé. Pendant les premiers jours, ne jamais laisser la mère seule avec son bébé.
- Fournir un conseil à la mère lorsqu'elle peut participer au processus de conseil.
- Après rémission de l'épisode, procéder à une psychoéducation de la mère sur le risque de récurrence lors de grossesses futures. Ce risque est plus élevé en cas d'antécédents de psychose puerpérale et d'antécédents personnels ou familiaux de trouble bipolaire<sup>[2]</sup>.

## 8.5.2 Avortement sans risque

Lorsqu'une femme est déterminée à mettre fin à sa grossesse, elle cherchera à se faire avorter, quelles que soient les conditions de sécurité et la légalité de la procédure. Si des services d'avortement sans risque (médicalisé) ne sont pas disponibles, elle risquera sa vie en mettant fin à sa grossesse. L'avortement à risque est l'une des principales causes de décès maternels évitables.

L'accès à l'avortement sans risque demeure une priorité dans les régions où MSF s'efforce de réduire la mortalité maternelle et de prévenir les conséquences d'un avortement à risque.

### L'avortement sans risque n'entraîne pas de problèmes de santé mentale

Les femmes/jeunes filles qui choisissent une méthode d'avortement sans risque ont des réactions normales telles que le stress, la tristesse, le chagrin, le sentiment de culpabilité, la honte, la peur d'être mal vues et le souhait de garder le secret. Elles ont également des sentiments tels que le soulagement et sont reconnaissantes pour l'avortement sans risque<sup>[3]</sup>. Elles peuvent éprouver un sentiment d'autonomisation parce qu'elles ont l'impression d'avoir la maîtrise d'elles-mêmes, de leur vie et de leur corps.

Une revue exhaustive de la littérature scientifique réalisée en 2008 a révélé que « les études de haute qualité disponibles n'ont pas montré que l'avortement entraîne des problèmes de santé mentale à long terme. Les sentiments persistants de tristesse, de culpabilité, de regret et de dépression post-avortement ne semblent affecter qu'une minorité de femmes », et les données suggèrent également que les adolescentes qui ont avorté ne présentent pas de risque accru de dépression ou de faible estime de soi par rapport à leurs pairs qui n'ont pas mis un terme à leur grossesse<sup>[4]. [5]</sup>.

### Services de conseil en matière d'avortement

Le conseil en matière d'avortement fournit à la femme des informations sur la procédure et ses risques/complications pour s'assurer qu'elle prend une décision en toute connaissance de cause, sans pression ni contrainte (s'assurer que c'est son propre choix). Ce type de conseil est réalisé par le professionnel de santé chargé d'effectuer la procédure d'avortement sans risque, habituellement une sage-femme/infirmière qui est en général sous la direction d'une sage-femme à un poste de supervision ou équivalent au sein de l'équipe médicale. Une consultation de routine avec un conseiller en santé mentale n'est pas nécessaire.

Si des situations particulières requièrent une activité de SMSPS qui n'est pas disponible (par exemple en raison de l'absence d'un professionnel qualifié en SM), veiller à orienter la patiente (voir [Annexe 16](#)).

Les équipes de SMSPS peuvent fournir un soutien psychologique aux patientes et un soutien technique au personnel médical pour les cas/situations difficiles ou spécifiques, en veillant à ce que le personnel remplisse son rôle sans porter de jugement. Elles peuvent donner leur avis sur la gestion du stress et des émotions, l'identification des signes et symptômes psychologiques, etc. Une formation est recommandée aux équipes de SSR et de SMSPS sur la façon de reconnaître les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux.

Quand une femme/jeune fille est dans un état de détresse émotionnelle, il est préférable d'essayer d'apporter un soutien pour diminuer cette détresse avant de prendre des décisions importantes.

## 8.5.3 Activités de SMSPS pour les interventions de réparation de fistules obstétricales

Une fistule est une communication anormale entre la filière pelvienne et les structures anatomiques adjacentes (vessie, urètre, rectum ou combinaisons de ceux-ci). Une grande majorité de fistules obstétricales sont dues à un travail prolongé et/ou entravé. Les fistules peuvent également être causées par une césarienne, une hystérectomie, un accouchement par forceps, des traitements traditionnels/rituels, un viol ou la torture.

Les complications physiques de la fistule incluent l'incontinence, les infections urinaires chroniques, les cicatrices vaginales, l'infertilité secondaire et les lésions nerveuses et musculosquelettiques.

Les conséquences psychologiques sont liées à la souffrance causée par les symptômes liés à la fistule (fuite, odeur, éruptions cutanées) ou aux complications créées par l'isolement ou la stigmatisation de la part de la famille et de la communauté. En outre, les fistules sont habituellement associées à une expérience traumatique (comme une naissance difficile, une mortinaissance, une rupture utérine, une violence sexuelle, etc.), qui ont leurs propres effets psychologiques. Ces effets peuvent inclure les suivants :

- Dépression (légère à sévère) et chagrin dus à des pertes multiples (fertilité, statut matrimonial, enfant, emploi, amis, etc.) ;
- Anxiété (aiguë ou chronique) due à une peur du rejet, de la stigmatisation et de la perte de contrôle de son corps ;
- Sentiment de honte ;
- Isolement social (auto-infligé ou dû à un rejet de la communauté) ;
- Perte d'estime de soi due à la stigmatisation et à la perte de sa place au sein de la communauté.

### **SMSPS en séances individuelles**

- Aménager une pièce calme et discrète dans laquelle la patiente peut se sentir à l'aise.
- Se montrer chaleureux(se) et accueillant(e) à l'admission.
- Expliquer en détail et avec empathie les étapes du traitement (admission, déroulement de l'hospitalisation, sortie et suivi).
- Motiver la patiente pour favoriser l'observance au traitement.
- Respecter ses émotions et ses sentiments liés au traitement. Répondre à ses préoccupations.
- Reconnaître les signes d'alarme d'une détresse psychologique et apporter une réponse appropriée.

### **SMSPS en séances de groupe**

- Animées par le psychologue/conseiller.
- Un lieu dédié peut être prévu pour réunir les femmes (par exemple, un « village de mères »).
- Une ambassadrice (une femme qui a subi une intervention réussie pour réparer une fistule) peut être identifiée au sein du groupe pour témoigner et soutenir les femmes de la communauté.
- Organiser un soutien pour les femmes qui ne sont pas candidates à la chirurgie ou celles dont l'intervention a échoué et qui n'ont plus de possibilités de réparation ultérieure.

Tous les personnels médicaux doivent être capables de fournir un conseil élémentaire. La réparation réussie de la fistule est une étape importante pour restaurer la dignité des femmes et leur confiance dans leur corps.

## **Références**

1. WHO - 2015. THINKING HEALTHY. A manual for psychosocial management of perinatal depression. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>
2. Jones I, Craddock N. Familiarity of the Puerperal Trigger in Bipolar Disorder: Results of a Family Study. American Journal of Psychiatry. 2001 Jun;158(6):913-7. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.913>
3. Major B, Beckman L, Dutton M, Russo N, West C. Mental Health and Abortion APA Task Force on Mental Health and Abortion Mark Appelbaum, PhD [Internet]. 2008. <https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>
4. Abortion and Mental Health, (Updated January 2011). [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/advisory-abortion-mental-health.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/advisory-abortion-mental-health.pdf)
5. J Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE. Abortion and Mental Health. Obstetrics & Gynecology. 2014 Feb;123(2, PART 1):263-70. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000092>

# 8.6 Particularités de la prise en charge des grossesses à l'adolescence

## 8.6 Particularités de la prise en charge des grossesses à l'adolescence

Les adolescentes (10-19 ans) sont au début de leur vie sexuelle et reproductive. Elles sont particulièrement vulnérables en raison du manque de services de santé accessibles aux adolescentes et des restrictions à l'offre de contraception dans de nombreux contextes. Elles sont donc exposées à des risques tels qu'une grossesse précoce et non désirée, le décès en couches, des complications liées à la grossesse, des infections sexuellement transmissibles et des avortements à risque. Elles sont vulnérables à la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives et plus exposées à la violence.

Des études montrent qu'une grossesse précoce est associée à un risque élevé de toxicomanie après l'accouchement<sup>[1]</sup> et que les mères adolescentes sont également à risque de développer des symptômes de trouble de stress post-traumatique, principalement en raison de leur risque élevé d'exposition à la violence communautaire et interpersonnelle<sup>[2], [3]</sup>.

La grossesse à l'adolescence n'est généralement pas le résultat d'un choix délibéré et peut être souvent imputée à une violence sexuelle. Les grossesses précoces ont également des effets socio-économiques néfastes sur les jeunes filles, leurs familles et leurs communautés. Les adolescentes enceintes non mariées peuvent être stigmatisées et rejetées par leurs parents et leurs pairs et menacées de violence. Elles ont aussi une probabilité accrue d'avoir des liens plus distendus avec leur famille. Les adolescentes qui ont des grossesses non désirées présentent un risque élevé de suicide.

Les activités de SMSPS doivent adopter une approche intégrée et préventive pour détecter les troubles mentaux précoces, diminuer la stigmatisation, l'isolement et la discrimination et faciliter l'accès des adolescentes aux soins de SSR. Des activités sont mises en œuvre pour les patientes, les familles et les communautés. Lors de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme pour cette population, envisager ce qui suit :

- Identifier les difficultés spécifiques rencontrées par les adolescentes (accès aux services de santé, etc.).
- Organiser des groupes de soutien par les pairs et d'autres activités sociales adaptées aux adolescents en tenant compte de leur niveau de développement physique, cognitif, émotionnel, comportemental et social et de leurs pratiques culturelles.
- Fournir un soutien en établissant des liens avec des services sociaux ou des organisations qui proposent des activités génératrices de revenus.
- Aider les mères adolescentes à prendre soin de leur nouveau-né (psychoéducation, etc.).
- Mettre l'accent sur la détection précoce des symptômes de troubles mentaux et la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Les « services de santé accessibles aux adolescents » regroupent des ensembles complets de services de qualité essentiels qui sont accessibles, acceptables et appropriés pour les jeunes. Prêter une attention particulière à l'accueil de la patiente. Les interventions de soutien comme les interventions à visée préventive et curative doivent se dérouler dans un climat propice. Les activités peuvent inclure des campagnes de formation et de sensibilisation, des séances de groupe pour les adolescentes enceintes et les mères adolescentes, etc. Des groupes de sensibilisation et de soutien peuvent être organisés, entre autres, dans les écoles et les établissements de soins.

Les équipes médicales et de SMSPS doivent être formées sur les besoins spécifiques des adolescentes et les approches adéquates à adopter. Elles doivent être capables de détecter les troubles mentaux, les problèmes psychosociaux et les violences sexuelles.

## Références

1. Gillmore MR, Gilchrist L, Lee J, Oxford ML. Women Who Gave Birth as Unmarried Adolescents: Trends in Substance Use from Adolescence to Adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2006 Aug;39(2):237-43.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.007>
2. Mitchell SJ, Lewin A, Horn IB, Valentine D, Sanders-Phillips K, Joseph JG. How does violence exposure affect the psychological health and parenting of young African-American mothers? *Social Science & Medicine* [Internet]. 2010 Feb [cited 2019 Mar 19];70(4):526-33.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.048>
3. Wiemann CM, Agurcia CA, Berenson AB, Volk RJ, Rickert VI. Pregnant adolescents: experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Matern Child Health J*. 2000;4(2):93-101.  
<https://doi.org/10.1023/a:1009518220331>

# 8.7 Surveillance

## 8.7 Surveillance

La surveillance de routine des activités doit inclure les indicateurs pertinents énumérés à la [Section 2.7](#), Chapitre 2). Collaborer régulièrement avec les professionnels de santé pour s'assurer que les interventions sont adaptées aux besoins des patientes.

En plus de veiller à l'inclusion des éléments de surveillance du programme énumérés à la [Section 2.7](#), Chapitre 2, envisager un ou plusieurs des éléments suivants :

- Surveiller le nombre de séances et la catégorie de symptômes pendant le suivi pré- et postnatal.
- Surveiller le nombre de séances et la catégorie de symptômes présentés par les adolescentes.
- Surveiller le nombre de séances pour les femmes qui ont vécu un décès néonatal/une mortinaissance/un avortement.
- Surveiller le pourcentage de patientes ayant vécu des événements déclencheurs liés à la violence, notamment la violence sexuelle et la violence conjugale.
- Surveiller l'amélioration de l'interaction mère-enfant.
- Surveiller les diagnostics pertinents tels que la dépression post-partum et la psychose post-partum.

# Chapitre 9 : Survivants/victimes de violences sexuelles

## Chapitre 9 : Survivants/victimes de violences sexuelles

[9.1 Introduction](#)

[9.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[9.3 Caractéristiques cliniques](#)

[9.4 Évaluation clinique](#)

[9.5 Évaluation SMSPS](#)

[9.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[9.7 Particularités de la prise en charge des hommes](#)

[9.8 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[9.9 Surveillance](#)

# 9.1 Introduction

## 9.1 Introduction

Les violences sexuelles sont un problème sous-estimé qui est répandu dans tous les pays et dans toutes les sociétés et touche toutes les classes sociales. Le risque de viol ou de tentative de viol au cours d'une vie est de 19% pour les femmes et de près de 1,7% pour les hommes<sup>[1]</sup>. À l'échelle mondiale, 1 femme sur 14 (7,2%) est victime de violences sexuelles perpétrées par une personne autre que son partenaire, et près de 1 femme sur 3 (30%) est victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire intime<sup>[2]</sup>.

Les situations de conflit, d'après-conflit et de déplacement exacerbent les violences existantes, notamment les violences sexuelles. Dans les situations d'urgence, de conflit, de catastrophe et de déplacement, les risques de violence sexuelle et de violence au sein du couple, ainsi que la vulnérabilité à ce type de violence sont augmentés en raison de l'éclatement des structures familiales et communautaires, de l'effondrement de l'ordre public et des institutions, de l'impunité accrue et de la diminution de l'accès aux ressources économiques. Les violences sexuelles sont utilisées pour terroriser et humilier les civils pendant les conflits. Dans le monde, 1 femme réfugiée ou déplacée sur 5 (21,4%) a subi des violences sexuelles lors de situations d'urgence humanitaire résultant d'un conflit<sup>[3]</sup>. Bien que toutes les populations puissent être exposées à la violence sexuelle, certains groupes sont plus à risque, en particulier les mineurs non accompagnés, les enfants soldats, les personnes handicapées et les personnes homosexuelles, transsexuelles, bisexuelles, hermaphrodites et queer (LGBT+).

Les violences sexuelles entraînent des conséquences physiques, psychologiques et sociales pour les victimes/survivants<sup>a</sup>. Elle ont également un impact sur leurs enfants et leurs familles. Par conséquent, la prise en charge fournie par MSF comprend les soins médicaux, la santé mentale (SM), la prise en charge sociale et l'offre d'un certificat médico-juridique.

Une réponse efficace en matière de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) est nécessaire en raison de la prévalence plus élevée d'un certain nombre de troubles mentaux (principalement le trouble de stress post-traumatique [TSPT], la dépression et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives) chez les survivants de violences sexuelles. Le viol est un traumatisme associé à l'un des risques les plus élevés de développer un TSPT. La prévalence au cours de la vie du TSPT chez les femmes victimes d'agressions sexuelles est de 50%<sup>[4]</sup>. Les abus sexuels durant l'enfance ont été associés à long terme à des taux plus élevés de TSPT et d'utilisation de substances psychoactives<sup>[5]</sup>.

Des études rapportent que les survivants de viol en temps de guerre souffrent de symptômes de TSPT (éviter et hypervigilance, en particulier) plus sévères que les survivants d'autres traumatismes liés à la guerre. Les hommes victimes de viol présentent des taux plus élevés de TSPT que les femmes victimes de viol. Les survivants de violences sexuelles en temps de conflit ont une moins bonne reconnaissance sociale que les survivants de traumatismes de guerre non sexuels. Outre des symptômes de TSPT, la plupart des survivants de violences sexuelles connaissent un certain degré d'évolution post-traumatique<sup>[6]</sup>.

### 9.1.1 Définition des termes

#### Violence sexuelle<sup>b, [7]</sup>

La violence sexuelle désigne tout acte sexuel, toute tentative d'acte sexuel, toute remarque ou avance sexuelle non désirée, ou tout acte de traite, dirigé contre la sexualité d'une personne, utilisant la coercition, les menaces de préjudice ou d'usage de la force physique, commis par toute personne indépendamment de la relation, dans n'importe quel contexte, y compris le domicile et le lieu de travail. Il peut s'agir entre autres des actes suivants : viol conjugal ou au sein du couple, viol par des inconnus, viol pendant un conflit armé, esclavage sexuel, avances sexuelles non désirées ou harcèlement sexuel, y compris exigence de rapports sexuels en échange de faveurs, abus sexuel sur des personnes handicapées, abus sexuel sur des enfants, mariage forcé, mariage d'enfants, déni du droit à la contraception ou à des mesures de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), grossesse forcée, avortement forcé, stérilisation forcée, actes violents contre l'intégrité sexuelle des femmes, y compris mutilations génitales féminines et test de virginité, prostitution forcée et traite de personnes à des fins d'exploitation sexuelle.

Le **viol** est une pénétration forcée, contrainte ou non consentie (aussi superficielle soit-elle) du vagin, de l'anus ou de la bouche avec un pénis ou toute autre partie du corps ou une pénétration du vagin ou de l'anus avec n'importe quel objet<sup>[8]</sup>.

La **violence au sein du couple** est le comportement d'un partenaire intime actuel ou ancien (conjoint(e), petit ami(e)) qui entraîne des blessures physiques, sexuelles ou psychologiques. Elle inclut l'agression physique, les relations

Pour plus d'informations, consulter le guide de MSF sur les violences sexuelles (OCA, 2019)<sup>[8]</sup> et le Medical Protocol of Sexual Violence Care (MSF, 2019)<sup>[9]</sup>.

#### Notes

- (a) Le terme « survivant » désigne une personne qui a survécu à des violences sexuelles. Elle est axée sur l'agentivité, la force, la résilience, l'autonomie, les efforts, l'aptitude et la capacité d'une personne à faire face, à guérir et à se rétablir. Le terme « victime » est utilisé dans le domaine juridique. Cependant, il est parfois évité, car considéré comme stigmatisant ; les victimes peuvent en effet être perçues comme impuissantes ou passives. Toutefois, le terme « victime » signifie une reconnaissance du préjudice et de la violation des droits humains. L'intérêt de ce terme au plan juridique est donc reconnu. Le terme « patient » renvoie à la prestation de soins médicaux et services de SMSPS après les violences sexuelles. Le langage utilisé doit être centré sur la personne, respectueux et fondé sur la perspective du patient. Le terme à privilégier peut dépendre de la phase de rétablissement dans laquelle il se trouve. Reconnaître le préjudice subi et progresser ensemble vers la reconnaissance de sa force et de sa capacité à faire face et à se rétablir. Bien que ce guide utilise les termes « patient », « victime » et « survivant » de manière interchangeable, celui de « survivant » est utilisé plus fréquemment et est à privilégier.



Ce guide utilise également les pronoms « ils/eux » pour des raisons de simplification. Cependant, ces pronoms désignent aussi bien des femmes, que des hommes, des filles, des garçons ou des personnes LGBT+.

- (b) De nombreuses autres organisations humanitaires utilisent les termes de violence « sexiste » ou « basée sur le genre » (VBG) pour décrire les violences sexuelles. La violence sexiste est un terme générique désignant tout acte nuisible, perpétré contre la volonté d'une personne et fondé sur des différences entre les sexes (hommes et femmes) attribuées par la société. Les formes courantes de violence sexiste incluent la violence sexuelle et la violence au sein du couple (également appelée « violence domestique »).

## Références

1. Matthews M, Farris C, Tankard M, Dunbar MS. Needs of Male Sexual Assault Victims in the U.S. Armed Forces. *Rand Health Quarterly* [Internet]. 2018 Oct 11;8(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6183775/>
2. WHO - 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf;jsessionid=4DF4BB58958AD55892C21C6CEF89CD39?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=4DF4BB58958AD55892C21C6CEF89CD39?sequence=1)
3. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, et al. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Currents*. 2014;18(6). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012695/>
4. Kuwert P, Glaesmer H, Eichhorn S, Grundke E, Pietrzak RH, Freyberger HJ, et al. Long-Term Effects of Conflict-Related Sexual Violence Compared with Non-Sexual War Trauma in Female World War II Survivors: A Matched Pairs Study. *Archives of Sexual Behavior*. 2014 Mar 7;43(6):1059–64. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0272-8>
5. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 Oct;6(10):830–9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
6. Anderson K, Delić A, Komproe I, Avdibegović E, van Ee E, Glaesmer H. Predictors of posttraumatic growth among conflict-related sexual violence survivors from Bosnia and Herzegovina. *Conflict and Health*. 2019 Jun 4;13(1). <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0201-5>
7. WHO - 2013. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240>
8. MSF - 2019. Operational centre Amsterdam. Sexual Violence: Guidelines for creating access and providing care to survivors of sexual violence and intimate partner violence. [https://msfint.sharepoint.com/sites/OCA-dept-PHD/\\_layouts/15/viewer.aspx?sourcedoc={a831c9dd-84b5-425a-ae1f-235147df5bfc}](https://msfint.sharepoint.com/sites/OCA-dept-PHD/_layouts/15/viewer.aspx?sourcedoc={a831c9dd-84b5-425a-ae1f-235147df5bfc})
9. MSF Reproductive health and sexual violence care working group. 3<sup>rd</sup> edition, 2019. Medical Protocol for Sexual Violence Care. [https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/RH\\_SVcare\\_WG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-558475343-4174](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/RH_SVcare_WG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-558475343-4174)

## **9.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux**

### **9.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux**

Le principal facteur de risque est la violence sexuelle elle-même. Les facteurs cumulatifs de la situation et des expériences vécues par la personne jouent également un rôle majeur, par exemple si la personne vit dans un contexte de conflit. Se reporter à l'[Introduction générale](#) pour connaître les facteurs de risque généraux.

## 9.3 Caractéristiques cliniques

### 9.3 Caractéristiques cliniques

Les survivants de violences sexuelles développent une série de réactions psychologiques dans les jours, les semaines, voire les années qui suivent l'agression. Les survivants restent pour la plupart silencieux et craignent de divulguer l'agression en raison de la stigmatisation, du jugement et des sentiments de culpabilité et de honte. Ils cherchent également à se protéger des répercussions s'ils vivent dans des situations de risque permanent d'agression ou croient qu'ils seront stigmatisés s'ils s'expriment. Les survivants ont tendance à s'isoler et à ne consulter un médecin qu'après les faits, s'ils présentent des symptômes physiques ou des blessures. Ce comportement d'évitement caractérise également les personnes qui ont été confrontées à un traumatisme sévère et se traduit généralement par une consultation tardive. En outre, les survivants de violences sexuelles sont confrontés à de nombreux obstacles lorsqu'il s'agit de révéler les violences et de demander de l'aide. Ils peuvent ne pas connaître les effets sur leur santé, les bénéfices et de l'importance des soins et être confrontés à des obstacles pratiques à l'accès à ces soins.

Outre des réactions psychologiques, les survivants de violences sexuelles peuvent consulter en soins primaires pour des symptômes physiques généraux, non spécifiques, tels que des douleurs abdominales, des douleurs corporelles généralisées, une fatigue ou une insomnie, ou pour des symptômes plus spécifiques comme des pertes vaginales, des blessures génitales, etc.

#### Réactions et conséquences à court terme

- La **honte** est une blessure émotionnelle intense pour les survivants. Ils se sentent violés dans leur intimité, souillés et humiliés, tout en étant honteux d'être sans défense et à la merci d'une autre personne.
- Les **sentiments de culpabilité** viennent du fait qu'ils s'en veulent de ce qu'ils ont éventuellement dû faire pour survivre à l'agression, y compris échapper à des blessures physiques graves ou même à la mort.
- **Sentiment d'impuissance.**
- **Tristesse, peur et colère.**
- **Sentiments de désespoir et d'impuissance** : ils n'ont aucun contrôle sur ce qui se passe et ont parfois tendance à simplement abandonner et à accepter leur sort.
- **Faible estime de soi** : les survivants de violences sexuelles peuvent parfois avoir le sentiment qu'ils ne valent rien ou que leur propre corps ou leur intégrité ne vaut rien.
- **Déni et minimisation** : ils refusent de croire qu'ils ont subi des abus.
- **Peur de l'une des conséquences suivantes ou crainte de devoir les affronter** : répercussions, représailles, stigmatisation, crainte de ne pas être crus, d'être blâmés, jugés responsables, rejetés, mal vus et/ou socialement marginalisés, maltraités ou tués, ou encore forcés d'épouser l'auteur des violences sexuelles. Les survivants de violences sexuelles peuvent présenter d'autres symptômes physiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux, comme expliqué à la [Section 5.3](#), Chapitre 5, concernant les personnes exposées à un événement potentiellement traumatique. Un de ces symptômes peut être des souvenirs fragmentés lorsque les survivants des violences sexuelles sont incapables de se rappeler tout ou partie des éléments importants de l'événement traumatique. Cette incapacité à se rappeler des éléments de l'événement peut également être considérée comme un facteur protecteur.

Certains survivants peuvent souffrir d'une amnésie traumatique, c'est-à-dire d'une incapacité à se souvenir de tout ou partie du ou des événements. Lorsque l'amnésie traumatique disparaît, les survivants peuvent avoir des souvenirs traumatiques invasifs, incontrôlés et fragmentés, des flash-backs, des cauchemars et revivre des sensations très fortes et une détresse.

Parmi les réactions et les effets sur le bien-être de la personne survivante à long terme figurent des blessures psychologiques, émotionnelles et physiques (blessures internes, fistule, etc.), une IST et une grossesse non désirée. Des troubles mentaux tels que la dépression, le trouble de stress post-traumatique ou d'autres maladies peuvent se développer des semaines, des mois ou des années après l'événement.

Les survivants peuvent présenter un certain degré d'évolution post-traumatique. Celle-ci est définie comme une évolution bénéfique des capacités cognitives et émotionnelles après un traumatisme, aboutissant à des niveaux supérieurs d'adaptation, de fonctionnement psychologique ou de vision de la vie. Il s'agit d'un changement permanent. Un certain degré d'évolution est possible parallèlement à la persistance d'une détresse importante.

# 9.4 Évaluation clinique

## 9.4 Évaluation clinique

En raison des conséquences complexes de la violence sexuelle, l'évaluation doit être aussi complète que possible et porter sur les aspects médicaux, psychologiques et sociaux.

Ne pas s'attendre à obtenir le récit complet de l'événement traumatique ou la liste de tous les symptômes lors d'un seul entretien. Les souvenirs peuvent être fragmentés, et il peut être impossible pour la victime de se remémorer des détails importants de l'événement (amnésie dissociative et altération cognitive typique du trouble de stress post-traumatique). Ne forcez jamais une personne à parler.

En cas d'obtention du récit de l'événement, cela doit se faire dans le respect des principes généraux de l'évaluation du patient décrits au [Chapitre 3](#). S'il est possible de recueillir sans risque des informations supplémentaires précises sur les violences sexuelles subies par la personne, se concentrer sur :

- La situation du patient avant et après l'agression,
- Le récit du ou des événements.

Il n'est pas nécessaire de connaître tous les détails pour dispenser des soins de santé mentale et un soutien psychosocial. Rassurer le survivant sur le fait qu'il peut en dire autant ou aussi peu qu'il le souhaite sur ce qui lui est arrivé. Le récit a peut-être déjà été entendu et consigné. Le patient ne doit pas avoir à raconter plusieurs fois ce qu'il a vécu.

**Rappel : le récit du traumatisme risque d'aggraver les symptômes et de nuire à la santé psychique du patient. Lors de la prise en charge de patients qui ont survécu à des violences sexuelles, il est important de commencer par stabiliser leurs symptômes avant d'aborder le souvenir du traumatisme.**

Pour les personnels de santé mentale, passer à côté d'un survivant de violences sexuelles est une occasion manquée de prise en charge et de soutien. Ils ont en effet une occasion exceptionnelle d'aider les survivants à briser le silence, à mettre fin à leur sentiment d'isolement et d'impuissance et à leur souffrance et de les aider à obtenir des soins médicaux et un soutien psychosocial.

Un espace privatif, confidentiel et sûr doit être aménagé pour interroger les patients au sujet des violences sexuelles. Le personnel doit être formé sur les méthodes permettant d'apporter un soutien avec compassion et sans jugement. Il doit être en mesure de fournir des soins ou de réorienter le patient.

### Identification sûre des survivants de violences sexuelles :

- Être attentif aux signes de violence physique, tels que les écorchures ou autres blessures qui ne correspondent pas à l'explication fournie par le patient :
  - Être attentif aux symptômes qui peuvent être dus à un viol (IST, grossesse chez une adolescente, fistule, avortement incomplet, etc.).
  - Être attentif aux plaintes vagues ou aux symptômes chroniques sans cause physique apparente.
  - Être attentif aux signes psychologiques évocateurs (manque d'appétit, insomnie) et aux signes aigus de trouble de stress post-traumatique.
  - Écouter attentivement une personne qui prétend être possédée par de mauvais esprits ou a été accusée ou s'accuse de briser un tabou. Les spécificités culturelles résultant des coutumes, des croyances religieuses ou des valeurs morales peuvent servir de vecteurs pour exprimer une souffrance psychique<sup>[1]</sup>.

### Envisager le processus suivant pour l'entretien et l'évaluation :

- Toujours rassurer le survivant en lui disant qu'il est en sécurité et qu'il peut décider à quel moment arrêter la séance (essayer de lui donner le contrôle qu'il a perdu).
- Tenir compte du fait que c'est peut-être la seule fois que le survivant consultera.
- Écouter attentivement et activement. Ne pas juger. Faire preuve d'empathie et de patience tout en traitant le survivant avec dignité. Adopter une approche de soins axée sur la personne, qui répond aux préoccupations du survivant.
- Ne pas forcer le survivant à parler. Poser des questions non intrusives et le rassurer en lui disant qu'il peut en dire autant ou aussi peu qu'il le souhaite sur ce qui lui est arrivé ou même ne pas en parler.
- Identifier le stress et les réactions émotionnelles du survivant. Lui permettre d'exprimer ses émotions et ses sentiments (pleurs, colère, honte). Valider ses émotions.
- Expliquer les raisons de la réaction du survivant et lui dire sans détour que ce n'était pas sa faute et qu'il n'est pas responsable. Certains survivants se sentent coupables de leur réaction durant l'événement potentiellement traumatique, surtout s'ils sont restés totalement figés.
- Fournir des informations appropriées.
- Assurer la disponibilité d'une personne pour accompagner le survivant, s'il le souhaite.
- Respecter les souhaits, les droits, les besoins et les capacités du survivant. Ne pas lui dire quoi faire ou que choisir.
- Évaluer le niveau de risque et la sécurité du survivant (la victime est-elle en danger actuellement ?) et prendre les mesures de protection nécessaires.
- Donner des vêtements et un kit d'hygiène et proposer une douche après l'examen médical (selon les besoins et le contexte).
- Évaluer les besoins sociaux des survivants vulnérables et orienter en conséquence.
- Assurer la référence et l'accompagnement vers/par des partenaires/acteurs identifiés.
- Évaluer le besoin de protection.
- Identifier avec le survivant une personne-ressource (personne de confiance, ami(e), membre de la famille, membre de la communauté, etc.) pour le soutenir. Identifier d'autres acteurs existants vers lesquels orienter éventuellement le patient pour des activités psychosociales afin de l'aider à retisser des liens sociaux.

## Références

1. MSF - 2013. Operational centre Brussels. Care for victims of sexual violence: situation with displacement of population.

## 9.5 Évaluation SMSPS

### 9.5 Évaluation SMSPS

Une évaluation des besoins et des ressources devrait être effectuée comme décrit au [Chapitre 1](#). En outre, en cas de collaboration avec l'équipe médicale pour mettre en place un projet ou une activité portant sur les violences sexuelles, rechercher des informations sur la prévalence de ce phénomène au sein de la communauté. Tenter de comprendre les violences sexuelles au sein de la communauté, notamment comment les survivants sont perçus, les conséquences sociales encourues par ces derniers (mariage forcé, risque accru de violences sexuelles ultérieures) et les tabous.

Il est important de connaître les obstacles à la prestation de soins et d'identifier tout autre acteur qui pourrait fournir des services de SMSPS aux survivants de violences sexuelles. Plus particulièrement, il importe d'évaluer la capacité du personnel médical prenant en charge les violences sexuelles (sage-femmes, personnels infirmiers, médecins généralistes, etc.) à assurer au moins le paquet minimum d'interventions de SMSPS.

Concevoir et mettre en œuvre des activités de SMSPS pour les survivants de violences sexuelles, qui soient adaptées à tous les genres et tous les âges. Toujours collaborer avec le reste de l'équipe médicale pour déterminer la meilleure façon d'intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial afin qu'ils fassent partie intégrante de l'intervention et ne soient pas simplement un élément surajouté. L'intégration des services de SMSPS est plus aisée lorsqu'elle s'effectue dès la conception de l'activité de prise en charge des violences sexuelles.

**Les circonstances particulières des violences sexuelles perpétrées contre les hommes doivent être prises en compte lors de chaque évaluation des besoins et des ressources. La compréhension de ces circonstances particulières permettra de déterminer les approches cliniques spécifiques et les activités de SMSPS qui peuvent être nécessaires ou bénéfiques pour accueillir et prendre en charge les hommes ayant survécu à des violences sexuelles.**

# 9.6 Planification des activités de SMSPS

## 9.6 Planification des activités de SMSPS

Tous les survivants doivent recevoir des soins médicaux, y compris des soins de santé mentale, selon les besoins. La prise en charge des violences sexuelles est pluridisciplinaire et comprend un soutien social et juridique. S'il existe une équipe de promotion de la santé (PS), elle doit collaborer avec les équipes de SM et médicales afin d'assurer l'élaboration de messages appropriés à l'intention de la communauté.

Des soins médicaux précoces sont essentiels pour traiter les blessures et prévenir la transmission des IST (notamment le VIH<sup>a</sup> et l'hépatite B), le tétanos et la grossesse non désirée. Cette prise en charge médicale doit intervenir dès que possible. Pour plus d'informations, voir le Medical Protocol for Sexual Violence Care<sup>[1]</sup>.

Toujours évaluer la sécurité et la protection du survivant. Former l'équipe sur la façon de procéder à une évaluation des risques et à une planification de la sécurité.

Un soutien psychologique précoce contribue à rétablir la confiance fondamentale du survivant et favorise ses mécanismes d'adaptation. Les soins de SMSPS doivent être intégrés à une approche pluridisciplinaire (médicale, SMSPS, sociale et juridique). Cela commence par reconnaître/identifier les survivants.

Généralement, MSF propose un certificat médico-juridique aux survivants de violences sexuelles. Cette question doit être discutée avec le service juridique du centre opérationnel et le référent chargé des violences sexuelles.

Réfléchir aux modalités d'un soutien juridique. Ce soutien est généralement apporté par un autre acteur, et il est donc important de comprendre le processus juridique à suivre.

### 9.6.1 Paquet minimum

Ce sont les services de base fournis lorsqu'il n'y a pas de professionnels de la santé mentale dans le projet. L'équipe médicale doit assurer un accueil chaleureux et, en plus des soins médicaux, fournir les services ci-dessous :

- **Premiers secours psychologiques (PSP)** pour les survivants en crise. Évaluer les risques et élaborer un plan de secours au besoin.
- **Soutien psychosocial pour tous les survivants.** Le soutien psychosocial nécessite des compétences en communication, notamment l'écoute attentive, et consiste en une évaluation des besoins sans jugement, une validation et un réconfort, un renforcement des compétences d'adaptation et une exploration du réseau social.
- **Identification et prise en charge des survivants souffrant de troubles mentaux sévères aigus.** Si l'équipe est susceptible de fournir des soins à de nombreux survivants de violences sexuelles, elle doit envisager de faire appel à un professionnel de SM pour dispenser une formation sur les PSP, une éducation sur les aspects de SM spécifiques des cas de violences sexuelles (pour améliorer l'identification sans risque des cas) et sur l'identification/l'orientation-recours des survivants présentant des troubles mentaux sévères.

#### Accueil du patient

La zone d'accueil du patient doit être conçue et aménagée en collaboration avec l'équipe médicale. Les aspects de l'accueil du patient incluent les suivants :

- Se concentrer sur l'accueil dans toutes les pièces, y compris dans la zone de réception. Si une personne est bien reçue, elle se sentira rassurée et confiante dans les soins qui lui seront dispensés. Si tel n'est pas le cas, elle peut considérer les examens et le traitement comme une nouvelle agression.
- Veiller au respect de la confidentialité à toutes les étapes, en tous lieux et par tous les personnels (triage, porte d'entrée, réception, espaces de soins) et informer les survivants des limites de la confidentialité (par exemple, en cas de déclaration obligatoire). Effectuer la consultation dans un lieu privé et sûr.
- Solliciter le consentement et respectez le droit de choisir du survivant. S'assurer qu'il se sent en sécurité.

#### Messages essentiels à adresser aux survivants de violences sexuelles

Montrer à travers le langage corporel que vous écoutez le patient et répondre avec des messages de validation qui permettent au patient de se sentir entendu et cru. **Les phrases suivantes doivent être adaptées au niveau de langage et à l'âge de la victime de violences sexuelles.** Exemples de messages de validation :

- Je suis vraiment désolé(e) de ce qui vous est arrivé.
- Je suis vraiment content(e) que vous ayez trouvé le courage de m'en parler.
- Vous êtes ici en lieu sûr.
- Je veux que vous sachiez que ce n'était pas votre faute.
- Merci de me faire confiance.
- Je vais faire tout ce que je peux pour vous aider.

Toujours s'assurer de la sécurité du survivant à sa sortie : évaluer le risque pour le survivant à sa sortie, que ce soit la première fois ou non. S'il est exposé à un risque imminent et élevé de violences sexuelles, élaborer un plan de secours avec le survivant et, le cas échéant, avec une personne de confiance autre que l'auteur des violences.

### 9.6.2 Paquet complet

Un **paquet complet** de SMSPS pour les survivants de violences sexuelles comprend :

- Une psychoéducation sur les conséquences psychosociales et en termes de santé mentale des violences sexuelles et sur les mécanismes d'adaptation, en indiquant à quel moment demander du soutien ;

- Des interventions psychosociales qui encouragent le soutien de la famille et de la communauté ;
- Un conseil/une psychothérapie individuelle, familiale et collective ;
- L'identification et la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux.

Le conseil ou le soutien psychologique doit être fourni à tous les survivants de violences sexuelles qui le demandent et l'acceptent. Il peut être fourni dans un cadre individuel, familial ou collectif.

Lorsque les survivants de violences sexuelles reçoivent d'abord des soins de SM, toujours les orienter également vers des soins médicaux. Il peut y avoir des exceptions dans certains programmes lorsque les violences sexuelles ont eu lieu il y a plus de six mois. Les exceptions, y compris celle-ci, doivent toujours être validées par le référent chargé des violences sexuelles

Parfois, la première consultation peut être menée conjointement avec le personnel médical (sage-femme, médecin, etc.). Dans ce cas, sous réserve du consentement du patient, le clinicien spécialisé en SM commence par la consultation de SM, puis le personnel médical poursuit avec l'examen clinique en présence du personnel de SM. Ainsi, le survivant n'est pas obligé de refaire le récit de ce qui lui est arrivé. Des consultations conjointes peuvent également donner au patient le sentiment d'être plus largement soutenu.

Autre possibilité : le personnel de SM résume les propos du patient au personnel médical en présence du patient, puis quitte la pièce. Le personnel médical peut alors se concentrer sur les autres informations médicalement requises, en particulier pour l'examen clinique et les soins médicaux.

**Le survivant doit toujours donner oralement son consentement à toutes ces consultations et au partage des informations entre le personnel médical et le personnel de SM.**

Les soins complets aux survivants requièrent la participation et le soutien de membres de la famille, d'amis et de membres de la communauté en qui le patient a confiance.

### **Certificats de violences sexuelles et de santé mentale**

Les certificats de santé mentale<sup>b</sup> peuvent être importants pour les survivants de violences sexuelles dans le cadre de procédures juridiques. Pour plus de détails, voir [Section 2.10](#), Chapitre 2.

### **Groupes de soutien pour les survivants de violences sexuelles**

Les violences sexuelles peuvent donner l'impression à un survivant d'avoir totalement perdu le contrôle de sa vie. Les groupes de soutien offrent une expérience qui peut changer la vie des survivants. Le processus est basé sur la cohésion du groupe et le soutien mutuel, ce qui donne aux survivants la possibilité de parler de leurs expériences. Ces groupes peuvent être principalement des groupes de parole ou utiliser d'autres modes d'expression (danse, chant, etc.). Après le silence et la honte, les survivants peuvent nouer des liens avec d'autres personnes qui ont connu des formes de violence similaires. La participation à ces groupes peut réduire les sentiments de honte et de culpabilité, favoriser la reconstruction de l'identité (« conscience de soi ») et améliorer l'estime de soi.

### **Notes**

- (a) VIH : virus de l'immunodéficience humaine
- (b) Le certificat de SM est normalisé, mais peut être adapté au contexte en accord avec le service juridique. Sa délivrance peut également être fonction des besoins et des capacités (elle peut par exemple être systématique ou non).

### **Références**

1. MSF. Reproductive health and sexual violence care working group. 3<sup>rd</sup> edition, 2019. Medical Protocol for Sexual Violence Care. [https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/RH\\_SVcare\\_WG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-558475343-4174](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/RH_SVcare_WG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-558475343-4174)



## 9.7 Particularités de la prise en charge des hommes

### 9.7 Particularités de la prise en charge des hommes

Les violences sexuelles perpétrées contre les hommes constituent un problème important, bien que sous-déclaré.

Les viols et autres formes de rapports sexuels contraints subis par des hommes et des garçons ont lieu dans des milieux divers : domiciles, écoles, sites militaires, centres de détention, prisons et commissariats (garde à vue). Cette violence peut prendre différentes formes, notamment des rapports sexuels contraints avec d'autres personnes, le viol comme « punition » et d'autres formes de violences sexuelles (torture génitale, stérilisation forcée, esclavage sexuel, etc.).

Les hommes peuvent être encore moins enclins que les femmes à signaler une agression aux autorités ou à consulter. Ce silence peut être dû à la honte, au sentiment de culpabilité et/ou à la peur d'être considéré comme faible ou qualifié d'homosexuel ou de bisexuel. Ils peuvent craindre d'être dévalorisés, bannis, dénoncés, voire attaqués par leur communauté. Ils peuvent avoir l'impression que leur masculinité et leur identité personnelle et sociale ont été détruites. Ils se sentent coupables de ne pas s'être défendus comme ils croient qu'ils auraient dû le faire. Les hommes peuvent se sentir confus et honteux d'avoir eu une excitation sexuelle involontaire au cours d'une agression. Informer les hommes et les garçons que l'érection ou l'éjaculation sont des réponses physiologiques normales et involontaires.

Certaines réactions psychologiques spécifiques peuvent être observées, telles qu'un comportement violent, une irritabilité et un repli sur soi. Des familles entières peuvent être affectées si le survivant ne reçoit pas des soins de santé mentale et un soutien psychosocial adéquats. En outre, lorsque le survivant est un homme, le risque de survenue de violences au sein du couple et/ou de pauvreté est plus élevé en raison de la perte des moyens de subsistance.

Transmettre des messages de validation qui séparent leur identité personnelle de l'agression, de l'invulnérabilité et du silence émotionnel, et donner des exemples inspirants de survivants qui ont fondé leur masculinité sur le fait d'être un mari aimant, un membre de la famille, un ami et une personne utile à la communauté.

# 9.8 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

## 9.8 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

Les violences sexuelles perpétrées contre les enfants, garçons ou filles, restent un sujet tabou et sont difficiles à dénoncer dans de nombreux contextes. Très peu d'enfants victimes d'abus sexuels consultent ou reçoivent des services, quels qu'ils soient : ils peuvent avoir peur de révéler les abus qu'ils ont subis à un adulte qui s'occupe d'eux (surtout si l'auteur est un membre ou une connaissance de la famille) en raison de la stigmatisation et des sentiments de honte. Autres obstacles éventuels à la consultation : les enfants connaissent l'auteur des violences (généralement les violences sexuelles faites aux enfants sont intrafamiliales) ; ils sont loyaux envers lui ; ils ne savent pas toujours distinguer le bien du mal ; ils peuvent craindre de s'exposer à une violence accrue ou ont été menacés par l'auteur ou d'autres personnes.

Les garçons et les filles peuvent réagir différemment aux abus sexuels. L'âge, le stade de développement et le contexte culturel influencent également les réactions. Certains enfants peuvent ne montrer aucun signe visible d'avoir vécu un événement traumatique, tandis que d'autres présentent de multiples signes. En général, les enfants ne présentent pas de signes physiques de violences sexuelles en raison de l'absence d'usage de la force, du recours à la contrainte, aux menaces et à la manipulation, de l'absence de résistance physique de l'enfant et du caractère progressif et continu des abus sexuels. Par conséquent, la plupart des signes et symptômes sont de nature comportementale et émotionnelle. Toutefois, l'examen clinique ou l'observation peut également conduire à soupçonner des abus.

### Sous-groupes à haut risque

Certains enfants et adolescents sont plus vulnérables que d'autres, notamment les enfants et les adolescents handicapés, les enfants et les adolescents touchés par les conflits armés, les enfants des rues, les mineurs non accompagnés et les adolescents LGBT +

### Portez une attention particulière aux éléments suivants :

- L'état de santé physique de l'enfant ; toujours donner la priorité aux urgences physiques (p. ex. blessures sévères) ;
- L'âge, le sexe, la culture, l'éducation, les capacités cognitives, la vie sociale et affective, le langage, le développement physique et les comportements adaptatifs ;
- Prioriser, évaluer et garantir la sûreté/sécurité de la victime et prendre des mesures de protection de l'enfant, y compris des références en temps opportun, si nécessaire ;
- Solliciter le consentement de l'enfant ou son assentiment s'il est trop jeune pour consentir.

Le **consentement**<sup>a</sup> est le fait de donner son accord de manière active, affirmative, claire, directe, volontaire, sciemment et sans altération du jugement pour recevoir une procédure médicale spécifique. L'obtention du consentement est un processus qui comprend une interaction non coercitive entre le personnel médical et les patients (ou leurs représentants légaux, le cas échéant, tels que des membres de la famille). Lorsqu'il est sollicité en bonne et due forme, un consentement valide équilibre la relation asymétrique entre le personnel médical de MSF (qui possède les connaissances techniques médicales) et le patient (qui se trouve fréquemment dans une situation de vulnérabilité). À cette fin, le patient doit être informé de la nature de la procédure médicale ainsi que des risques et conséquences associés avant d'y consentir. Pour que le consentement soit valide, il doit être volontaire, éclairé, spécifique, et la personne consentante doit être capable de prendre la décision.

L'**assentiment**<sup>a</sup> est le fait pour une personne qui n'est pas capable de consentir de donner son accord. C'est la volonté exprimée de participer à des services. S'agissant des enfants plus jeunes qui n'ont pas l'âge légal pour donner leur consentement éclairé, mais qui sont en âge de comprendre et d'accepter de participer à des services, on sollicite l'assentiment éclairé de l'enfant. L'assentiment éclairé est la volonté exprimée de l'enfant de participer à des services.

- Habituellement, les enfants âgés de 6 à 14 ans doivent donner leur assentiment éclairé pour participer à des services. Les enfants ne doivent pas être forcés de subir un examen clinique.
- Les adolescents à partir de 15 ans sont généralement considérés comme suffisamment mûrs pour prendre des décisions (donner leur consentement éclairé).

Ces groupes d'âge ne sont pas fixes. Ils sont fournis à titre indicatif pour aider le responsable des activités de santé mentale

### Entretien initial

- Il est essentiel de faciliter la révélation sans risque des violences sexuelles et de faire preuve de prudence lors de l'anamnèse.
- Ne pas juger ou remettre en question l'authenticité des propos de l'enfant.
- Rassurer l'enfant et louer son courage d'avoir révélé les abus et l'auteur.
- Rassurer l'enfant en lui disant qu'il n'est pas responsable. Il est important de dire à l'enfant que les enfants et les adolescents ne devraient pas être victimes d'abus sexuels et que ce qui s'est passé est mal.
- Minimiser la nécessité pour l'enfant ou l'adolescent de raconter à plusieurs reprises ce qui lui est arrivé, car cela peut le traumatiser de nouveau.
- Pour des raisons de confidentialité et de sécurité, l'enfant ou l'adolescent doit être vu seul (c'est-à-dire sans les tuteurs). Cependant, la possibilité doit lui être offerte d'avoir un autre adulte présent (membre du personnel) pour le soutenir. Toujours demander à l'enfant/adolescent s'il accepte d'être séparé de ses tuteurs le temps de la consultation.

Parfois, les jeunes enfants ressentent une détresse lorsqu'ils sont séparés de leurs tuteurs. Dans ce cas, une personne de leur entourage peut être présente pendant la consultation (si cela est approprié). Si, après un certain temps, l'enfant se sent suffisamment à l'aise, essayer de rester seul avec l'enfant pendant un certain temps.

- Toujours considérer que la première consultation peut aussi être la seule et unique consultation.
- Fournir :
  - Des informations aux parents sur les violences sexuelles et la façon de s'occuper d'un enfant ou d'un adolescent dans cette situation (comment lui parler, aborder le sujet, etc.) ;
  - Une psychoéducation ;
  - Un soutien psychologique/psychosocial (individuel ou collectif) ;
  - Des renseignements et des références pour la protection, le soutien juridique, les services sociaux et autres.

Les parents ou les adultes qui accompagnent ou s'occupent d'un enfant ou d'un adolescent ayant subi des violences sexuelles doivent être soutenus tout au long du processus. La divulgation d'une agression sexuelle est un événement qui touche toute la famille et peut entraîner une grave détresse psychologique. Être attentif aux signes de stress ou de détresse chez les parents. Les parents peuvent avoir besoin de conseils sur la manière de soutenir leur enfant ou leur adolescent. Il est important d'évaluer l'interaction entre les parents et l'enfant/adolescent, y compris leur communication. Répondre aux besoins identifiés en fournissant des interventions de soutien, comme des approches de compétences parentales qui visent à promouvoir le bien-être des enfants et des adolescents en améliorant les capacités des parents à gérer le stress, les pratiques parentales positives et les stratégies de soutien aux enfants et aux adolescents.

Les visites à domicile et autres activités de soutien familial qui apportent des ressources aux familles chez elles peuvent être envisagées selon le contexte culturel et sécuritaire. Dans ce cas, le médiateur familial trouvera éventuellement une autre situation qui sera plus sûre pour l'enfant. Par exemple, si l'auteur des violences sexuelles est l'oncle, discuter avec les parents de l'enfant de la façon d'éloigner l'oncle de leur domicile et de leurs enfants.

■ Être attentif et toujours envisager que l'auteur puisse être un tuteur, un parent ou un membre de la famille. Dans ce cas, **la priorité est d'évaluer le danger actuel auquel l'enfant/adolescent est exposé et la protection spécifique à apporter**. Expliquer aux tuteurs le risque que les faits se répètent et la nécessité de protéger leur enfant/adolescent. Dans certains cas, une orientation vers les services de protection et les affaires juridiques peut être la meilleure pratique.

Lorsque l'auteur des violences sexuelles est un membre ou un proche de la famille, vérifier toujours la situation des autres enfants. Expliquer la nécessité de les protéger tous et les inviter à consulter. Il est très fréquent que plusieurs enfants souffrent de violences sexuelles perpétrées par le même auteur, parfois à des périodes différentes.

Toujours évaluer le risque pour l'enfant ou l'adolescent avant de terminer la consultation. Prendre également les mesures appropriées pour les protéger.

### Signes évocateurs d'abus sexuels sur des enfants

- **Signes physiques évocateurs d'abus sexuels possibles chez les enfants et les adolescents<sup>b</sup>**
  - Blessures et/ou plaintes de douleur
  - Irritation des voies génitales ou urinaires, douleur persistante ou récurrente pendant la miction et/ou la défécation, IST
  - Maux de gorge fréquents et inexpliqués ou autres symptômes physiques (dont plaintes somatiques telles que maux de tête, douleurs corporelles généralisées, maux d'estomac, etc.)
  - Accidents d'énurésie et d'encoprésie sans lien avec l'acquisition de la propreté
  - Perte ou gain de poids
  - Manque d'hygiène personnelle
- **Signes ou symptômes évocateurs chez les nourrissons de 1 à 12 mois<sup>c</sup>**
  - Pleurs/gémissements/hurllements plus fréquents que d'habitude
  - Réactions de peur intense à un individu ou à des personnes en général
  - Évitement et/ou attitude figée
  - Agrippement ou attachement inhabituel aux tuteurs
  - Tristesse, balancement du corps, manque d'intérêt pour les jouets ou absence de réponse à la stimulation
  - Contrariété extrême lors du change ou du bain
  - Comportement hyperkinétique, agitation
  - Troubles de l'alimentation et du sommeil
- **Signes ou symptômes évocateurs chez les enfants de 1 à 10 ans** (tous les symptômes précédents plus les suivants)
  - Tout changement soudain de l'humeur, du comportement ou de l'intérêt de l'enfant
  - Inhibition, passivité ou agitation extrême, incapacité à tenir en place, morsure ou autre comportement agressif envers d'autres enfants ou eux-mêmes (automutilation), tendance aux accidents
  - Difficultés inhabituelles à l'école (manque de concentration, refus soudain d'aller à l'école)
  - Tristesse et/ou isolement
  - Peurs, gestes de défense à chaque tentative d'approche, sentiment d'insécurité
  - Refus de la toilette, manque d'hygiène personnelle, auto-négligence
  - Énurésie, encoprésie et autres comportements régressifs
- **Signes ou symptômes évocateurs chez les adolescents de plus de 10 ans** (tous les symptômes précédents plus les suivants)
  - Faible estime de soi
  - Prise de risque/comportement autodestructeur, automutilation, pensées suicidaires/tentatives de suicide
  - Utilisation de substances psychoactives
  - Comportement délinquant et/ou fugues
  - Prostitution, grossesse précoce
- **Signes ou symptômes évocateurs dans le comportement sexuel chez les enfants et les adolescents**

- Comportement sexualisé inapproprié pour l'âge
- Intérêt/curiosité pour le sexe inappropriés, sexualité prématurée, comportement de séduction
- Connaissance des actes sexuels ou activités sexuelles inappropriées pour l'âge
- Tentative répétée d'impliquer les autres dans une activité sexuelle ou un jeu sexuel inappropriés
- Harcèlement sexuel d'autres enfants
- Dessins sexuels
- Préoccupation persistante ou inhabituelle au sujet de l'orientation sexuelle

### Principales raisons pour lesquelles les enfants ne révèlent pas les abus sexuels qu'ils subissent

- **Peur des conséquences** : peur d'en parler à un adulte parce qu'il se sent physiquement menacé ou croit qu'il sera retiré de sa famille ou accusé d'humilier sa famille, ou peur qu'on lui reproche d'impliquer des autorités extérieures. La peur des conséquences peut être plus grande que la peur de l'abus lui-même.
- **Peur du rejet** : peur que les adultes ne le croient pas et refusent de l'aider. L'auteur de l'abus sexuel peut aggraver cette peur en persuadant l'enfant que personne ne le croira, qu'il aura des problèmes s'il parle, etc.
- **Manipulation** : l'auteur de l'abus sexuel peut tromper ou manipuler l'enfant (par exemple, lui donner un cadeau en échange de son silence). L'auteur peut faire en sorte que l'enfant se sente honteux ou coupable ou lui faire croire que c'est sa faute et qu'il l'a « cherché ».
- **Culpabilisation** : l'enfant croit que c'est de sa faute ou que l'abus est mérité (il peut penser p. ex. que c'est de sa faute, car il a fait entrer l'auteur de l'abus sexuel chez lui ou il était au mauvais endroit au mauvais moment). Un enfant peut croire qu'il s'est laissé faire et qu'il aurait dû empêcher ce qui s'est passé.
- **Protection** : de l'auteur de l'abus sexuel et/ou de la famille dans une certaine mesure, surtout si l'auteur est proche de l'enfant et de sa famille.
- **Âge** : les très jeunes enfants ne se rendent pas toujours compte qu'ils ont subi des abus sexuels. Ils peuvent penser que l'abus est normal, en particulier si l'agresseur est quelqu'un que l'enfant connaît et en qui il a confiance. Ils peuvent également avoir des limites de langage ou de développement qui ne lui permettent pas d'en parler.
- **Handicap physique ou mental** : dans ce cas, ils sont incapables d'en parler ou de communiquer de quelque autre manière avec un soignant.

### Notes

- (a) Définitions du service juridique international de MSF.
- (b) Les décès dus à la maltraitance des enfants sont sous-déclarés, car ils sont incorrectement documentés comme étant imputables à d'autres causes.
- (c) Ils passent donc souvent inaperçus.

# 9.9 Surveillance

## 9.9 Surveillance

La surveillance de routine des activités est décrite à la [Section 2.6](#), Chapitre 2. Elle doit inclure certains des indicateurs énumérés dans ce chapitre.

Les indicateurs supplémentaires potentiels dans le cadre d'un projet « exhaustif » ou vertical peuvent inclure un ou plusieurs des éléments suivants :

- Comparer le nombre de survivants des violences sexuelles qui reçoivent des soins médicaux et le nombre de survivants qui ont bénéficié de services de SMSPS.
- Déterminer le pourcentage de survivants qui ont reçu des soins médicaux et de santé mentale.
- Surveiller le nombre de survivants masculins.
- Surveiller le pourcentage de patients présentant des symptômes d'automutilation, de tentative de suicide, de dépression et des symptômes physiques sans explication médicale.
- Surveiller le nombre de séances de groupe organisées pour les survivants de violences sexuelles.
- Surveiller le nombre de séances de suivi organisées pour les survivants de violences sexuelles

# Chapitre 10 : Survivants/victimes

## Chapitre 10 : Survivants/victimes

[10.1 Introduction](#)

[10.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[10.3 Caractéristiques cliniques](#)

[10.4 Évaluation clinique](#)

[10.5 Évaluation SMSPS](#)

[10.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[10.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[10.8 Surveillance](#)

# 10.1 Introduction

## 10.1 Introduction

En 2014, la torture était pratiquée dans 141 pays dans toutes les régions du monde<sup>[1]</sup>. On estime que 5 à 35% de la population réfugiée a subi des formes de torture<sup>[2]</sup>. Dans les situations humanitaires, la torture est susceptible d’être plus répandue en raison des conflits armés, d’autres formes de violence et de la présence de différents groupes armés.

Le droit international définit la torture comme tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel<sup>a, [3]</sup>. Dans la définition de MSF, l’auteur peut être un acteur étatique ou non.

MSF a adopté la **définition de la torture et des mauvais traitements** élaborée par le CICR : « tout acte de torture, traitement cruel, inhumain, humiliant ou dégradant infligé à une personne, qui entraîne une douleur ou une souffrance aiguë, physique ou mentale, avec l’intention de provoquer une dégradation sévère ou un effondrement des capacités fonctionnelles dans toutes les sphères (cognitives, émotionnelles et comportementales) avec des séquelles à court, moyen et long terme ».

Les définitions de la torture et des mauvais traitements données par le CICR précisent :

- « La torture consiste en l’infliction de douleurs ou souffrances aiguës, physiques ou mentales, aux fins notamment d’obtenir des informations ou des confessions, d’exercer des pressions, d’intimider ou d’humilier.
- Les traitements cruels ou inhumains (termes synonymes) sont des actes qui engendrent des douleurs ou souffrances graves, physiques ou mentales, ou qui constituent une atteinte grave à la dignité de la personne. À la différence de la torture, il n’est pas nécessaire que ces actes poursuivent un objectif particulier.
- Les traitements humiliants ou dégradants (termes synonymes) sont des actes qui entraînent une humiliation grave et réelle ou une atteinte grave à la dignité humaine et qui sont d’une intensité telle que toute personne raisonnable se sentirait outragée. »<sup>[4]</sup>

Les méthodes de torture sont souvent conçues pour prolonger la douleur et la peur des personnes aussi longtemps que possible (parfois sans laisser de preuves visibles).

La torture peut avoir un impact sévère sur la santé mentale (SM) et le bien-être des personnes qui la subissent. Les survivants de la torture sont plus susceptibles que les personnes exposées à d’autres formes de violence de rapporter des symptômes de trouble de stress post-traumatique (SSPT), de dépression majeure, d’anxiété et d’utilisation de substances psychoactives<sup>[5]</sup>. Tout programme de soins aux victimes/survivants de la torture et des mauvais traitements doit inclure une composante de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS).

Tableau 10.1 - Formes de torture/mauvais traitements (souvent associés)

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PHYSIQUES</b>      | Traumatisme contondant, blessures pénétrantes/par écrasement, brûlures, chocs électriques, asphyxie, suspension/contention prolongée, positions corporelles forcées, ablation traumatique de tissus et d’appendices, exposition à des produits chimiques, etc. |
| <b>PSYCHOLOGIQUES</b> | Menaces, simulacre d’exécution, privation /surstimulation sensorielle (sommeil, lumière, nourriture/eau, isolement prolongé), être forcé d’assister à des actes de torture, être forcé à s’adonner à des pratiques contre sa religion, etc.                    |
| <b>SEXUELLES</b>      | Humiliation sexuelle, viol, traumatisme des organes génitaux, etc                                                                                                                                                                                              |

### Notes

- (a) « [...] tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d’obtenir d’elle ou d’une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d’un acte qu’elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d’avoir commis, de l’intimider ou de faire pression sur elle ou d’intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu’elle soit, lorsqu’une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s’étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles.»

### Références

1. Amnesty International - 2014. Torture in 2014: 30 Years of Broken Promises. Amnesty International Publications.  
<https://www.amnesty.org/en/documents/ACT40/004/2014/en/>
2. Baker, R. Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe, in Basolglu, M. (ed.) Torture and its consequences: current treatment approaches, 83-106. 1992.  
<https://core.ac.uk/reader/85221020>
3. Nations Unies. Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (UNCAT). New York, 10 décembre 1984.  
[https://cti2024.org/wp-content/uploads/2021/01/CTI-Booklet-UNCAT-OPCAT-Texts\\_FR\\_for-web.pdf](https://cti2024.org/wp-content/uploads/2021/01/CTI-Booklet-UNCAT-OPCAT-Texts_FR_for-web.pdf)

4. Comité international de la Croix-Rouge - 2016. Comment le CICR définit-il la torture ?  
<https://www.icrc.org/fr/document/comment-le-cicr-definit-il-la-torture>
5. Weiss WM, Uguento AM, Mahmooth Z, Murray LK, Hall BJ, Nadison M, et al. Mental health interventions and priorities for research for adult survivors of torture and systematic violence: a review of the literature. Torture Journal. 2018 Sep 6;26(1):27.  
<https://doi.org/10.7146/torture.v26i1.108061>



# 10.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

## 10.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

L'expérience personnelle de la torture est, en elle-même, un facteur de risque de développement d'un trouble mental. Les conséquences de la torture favorisent également les troubles mentaux et nécessitent donc une attention particulière. L'objectif premier de nombreuses formes de torture est d'anéantir délibérément l'intégrité physique, psychologique et sociale et les capacités fonctionnelles de la victime<sup>a</sup>/du survivant de la torture, en brisant son identité et sa personnalité<sup>[1]</sup>. Elle favorise une dépendance humiliante vis-à-vis du tortionnaire.

Les conséquences de la torture et des mauvais traitements sont diverses. Les types de séquelles dépendent :

- Des caractéristiques individuelles du patient (âge, capacité d'adaptation, traumatismes antérieurs, autres pertes, troubles préexistants, santé physique, etc.) ;
- De l'expérience personnelle de la torture (conditions de torture, préparation du système de croyances, signification attribuée à la cause de la torture, etc.) ;
- De facteurs sociaux, politiques et culturels (contexte social avant, pendant et après la torture, système de soutien, activisme politique, etc.).

Les conséquences psychologiques de la torture dépendent du système de pensée et de valeurs de l'individu, de son développement personnel et de facteurs sociaux, politiques et culturels. C'est pourquoi on ne peut supposer que toutes les formes de torture entraînent les mêmes effets. Il est important de reconnaître que les personnes qui ont été torturées ne développent pas toutes une maladie mentale diagnosticable.

La torture entraîne des conséquences à divers niveaux :

- **Niveau individuel :**
  - Séquelles physiques, psychologiques et sociales profondes, immédiates et à long terme particulièrement complexes.
- **Niveau familial :**
  - Différentes formes de dysfonctionnement familial
  - Altération de la qualité de vie
  - Traumatisme secondaire
- **Niveau sociétal :**
  - Climat de menace omniprésente, de peur chronique, de terreur, de désespoir, etc.
  - Environnement répressif : état d'insécurité généralisée, rupture de l'identité collective, attitudes de repli sur soi, perte de cohésion sociale, etc.
  - Rupture ou altération de la cohésion sociale (solidarité préexistante inhérente au groupe) et/ou à l'identité de communautés entières.

### Notes

- (a) Il n'existe pas encore de consensus dans les projets MSF sur le terme à privilégier (« victime » ou « survivant »), car tous deux comportent des avantages et des inconvénients.
- Le terme « victime » est utilisé dans les domaines juridique et médical. Le survivant est une personne qui a subi la torture entre autres. Le terme « survivant » est utilisé dans le cadre de la santé mentale et du soutien psychosocial, car il insiste sur la force, la résilience, l'autonomie, les efforts, l'aptitude et la capacité d'une personne à faire face, à guérir et à se rétablir. Le terme « victime » est parfois évité, car considéré comme stigmatisant ; les victimes peuvent en effet être perçues comme impuissantes ou passives. Toutefois, le terme « victime » indique la reconnaissance d'une violation des droits humains. L'intérêt de ce terme au plan juridique est donc reconnu. Du point de vue du patient (qui doit être pris en compte), le terme à utiliser dépend de sa préférence et généralement de la phase de rétablissement dans laquelle il se trouve. En tant que thérapeute, il est important de reconnaître son statut de victime et le préjudice qu'il a subi, en se rapprochant cependant de la perspective de survivant. Dans ce guide, les termes « patient », « victime » et « survivant » sont utilisés de façon interchangeable.

### Références

1. United Nations Office for the High Commissioner for Human Rights -- Cordelia foundation for the rehabilitation of torture victims. Torture and survivors, manual for expert in refugee care, 2010.  
[https://irct.org/assets/uploads/pdf\\_20161120143448.pdf](https://irct.org/assets/uploads/pdf_20161120143448.pdf)

# 10.3 Caractéristiques cliniques

## 10.3 Caractéristiques cliniques

Chaque aspect de la vie d'un survivant de la torture est considérablement altéré/affecté par l'expérience. Il est souvent privé de dignité, d'humanité et de contrôle et se sent « déshumanisé ».

Les survivants de la torture peuvent :

- Se sentir coupables de ce qu'ils ont vécu et des conséquences sur les autres ;
- Se sentir humiliés de s'être laissé torturer ;
- Se sentir déconnectés des autres et de la communauté ;
- Voir leurs conceptions fondamentales bouleversées : sécurité, croyances et systèmes de valeurs et de pensée concernant eux-mêmes et le monde<sup>[1]</sup>.

La torture a des effets de « fragmentation » sur la perception de soi et du monde.

### 10.3.1 Symptômes couramment observé

Les survivants de la torture éprouvent généralement une peur intense de la souffrance ou de la mort et un sentiment d'impuissance, de perte de contrôle, d'humiliation et de dégradation. L'éventail des symptômes est vaste et comprend des caractéristiques de nombreuses maladies psychiatriques courantes. Ils peuvent être difficiles à interpréter comme un seul trouble.

**Figure 10.1** - Symptômes fréquents observés chez les survivants de la torture

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Émotionnels</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Affect émoussé ou restreint (engourdissement psychique, absence d'émotion ou émotion inappropriée)</li><li>– Hypersensibilité</li><li>– Troubles paniques/attaques de panique</li><li>– Phobies</li><li>– Suspicion, méfiance</li><li>– Détachement</li><li>– Sentiment d'isolement/d'aliénation</li><li>– Perte de confiance (en soi/en autrui)</li><li>– Manque d'intérêt pour des activités auparavant agréables</li><li>– Colère</li><li>– Sentiment de honte, de culpabilité, d'humiliation, d'inutilité ou d'impuissance</li></ul> | <b>Physiques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Insomnie ou hypersomnie</li><li>– Cauchemars</li><li>– Douleur gastro-intestinale, diarrhée</li><li>– Faiblesse, fatigue</li><li>– Maux de tête</li><li>– Troubles de l'appétit</li><li>– Douleur sans raison médicale</li><li>– Nervosité, anxiété</li><li>– Transpiration</li><li>– Évanouissement</li><li>– Revivre la douleur physique de la torture</li></ul> |
| <b>Comportementaux</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Comportement agressif</li><li>– Irritabilité</li><li>– Repli sur soi, difficultés à nouer ou à entretenir des relations</li><li>– Débordements émotionnels</li><li>– Abus de substances psychoactives</li><li>– Incapacité à se reposer</li><li>– Dysfonctionnements sexuels</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Cognitifs</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Perte de concentration</li><li>– Perte de mémoire</li><li>– Confusion/désorientation</li><li>– Blocage de l'attention</li><li>– Pensées/images intrusives du ou des événements traumatiques</li><li>– Évitement de tout stimulus qui peut raviver des souvenirs de torture</li><li>– Lourdeur mentale</li><li>– Perte du sentiment de prévisibilité</li></ul>      |

### 10.3.2 Troubles mentaux associés à la torture

La prévalence de la dépression, de l'anxiété et/ou du TSPT varie de 15 à 85% chez les survivants de la torture<sup>[2]</sup>. Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents sont les suivants :

- Troubles dépressifs
- TSPT/traumatisme complexe
- Anxiété généralisée
- Troubles paniques
- Modification durable de la personnalité<sup>a</sup>
- Troubles somatoformes
- Psychose (aiguë ou prolongée)
- Abus de substances psychoactives
- Troubles dissociatifs

Les comorbidités sont fréquentes et le tableau clinique peut être complexe. Éviter de poser un diagnostic trop rapidement.

- (a) Un changement significatif et persistant de la perception que la personne a de l'environnement et d'elle-même, associé à des comportements inflexibles et inadaptés qui n'étaient pas présents avant l'expérience traumatique. Cela se caractérise par une attitude hostile et méfiante envers le monde, un repli sur soi, un sentiment de vide ou de désespoir, un sentiment chronique « d'être à cran » comme si on était constamment menacé, et une distanciation (CIM 10).

## Références

1. Kira IA. Torture assessment and treatment: The wraparound approach. *Traumatology*. 2002;8(2):54–86.  
<https://doi.org/10.1177/153476560200800203>
2. Basoglu M, Jaranson JM, Mollica R, Kastrup M. Torture and Mental Health. *The Mental Health Consequences of Torture*. 2001;35–62.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1295-0\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1295-0_3)

# 10.4 Évaluation clinique

## 10.4 Évaluation clinique

En raison des conséquences complexes de la torture, l'évaluation devrait être aussi complète que possible et porter sur les aspects médicaux, psychologiques et sociaux.

Le récit complet de l'événement traumatique et la l'éventail de tous les symptômes sont rarement révélés lors d'un seul entretien. Les souvenirs peuvent être fragmentés, et il peut être impossible pour le survivant de se remémorer des détails importants de l'événement (amnésie dissociative et altération cognitive typique du trouble de stress post-traumatique).

Si l'anamnèse est possible, elle doit suivre les principes généraux de l'évaluation du patient décrits au [Chapitre 3](#). S'il est possible de recueillir en toute sécurité des informations supplémentaires spécifiques sur la torture subie par la personne, se concentrer sur :

- Le récit de la torture,
- La situation avant et après la torture.

Garder à l'esprit que le récit a peut-être déjà été entendu et consigné. Le patient ne doit pas avoir à raconter plusieurs fois ce qu'il a vécu.

**Rappel : le récit du traumatisme ou de la torture risque d'aggraver les symptômes et de nuire à la santé psychique du patient. Lors de la prise en charge de patients qui ont survécu à des violences sexuelles, il est important de commencer par stabiliser leurs symptômes avant d'aborder le souvenir du traumatisme.**

Envisager le processus suivant pour l'entretien et l'évaluation :

- Aménager un espace d'entretien approprié (garantir la confidentialité et veiller à un espace et à un confort adéquat).
- Rassurer le patient, lui expliquer que c'est un espace sûr pour lui.
- Expliquer la structure de l'entretien (qui/quoi/pourquoi/comment) et aider le patient à s'y préparer.
- Fournir des informations et des explications adaptées au patient et lui donner le choix.
- Ne jamais exercer de pression sur le patient pour qu'il parle des événements traumatiques. Le laisser parler de ce dont il veut/peut parler, quand il le souhaite et à son propre rythme.
- Respecter les mécanismes de défense et le silence.
- Éviter les instructions autoritaires et les questions directives. Inviter le patient à partager l'information ; ne pas l'interroger, etc.
- Faire attention au ton employé, à la formulation et à l'ordre des questions. Utiliser les mots du patient. Reconnaître, valider et normaliser les réactions : « Beaucoup de personnes se sentent... »/ déstigmatiser.
- Accepter l'expression d'émotions. Si le patient est submergé par ses émotions, proposer de courtes pauses ou passer à des sujets neutres.
- Être sensible à l'état émotionnel/aux réactions, les reconnaître et respecter les besoins et les limites. Surveiller les signes de détresse.
- Éviter les emblèmes nationaux ou religieux dans les espaces cliniques ou environnants<sup>a</sup>.
- Aider à tourner la page : à la fin de la séance, récapituler et planifier l'étape suivante si possible.
- La connaissance de la situation du patient (éléments politiques et historiques, etc.) et des dimensions culturelles générales est essentielle pour effectuer une évaluation appropriée et améliorer la compréhension du patient.
- Les évaluations psychologiques et médicales (et juridiques, au besoin) sont analysées conjointement pour obtenir une vue d'ensemble du fonctionnement général de la personne.
- Demander à évaluer les membres de la famille du survivant de la torture. Ils peuvent être affectés par ce qui est arrivé au patient, mais préfèrent garder le silence et ne pas chercher de l'aide pour éviter d'accroître la souffrance de leur proche.
- Identifier d'autres acteurs existants vers lesquels orienter éventuellement le patient pour des activités psychosociales afin de l'aider à retisser des liens sociaux, ou pour des soins spécialisés (neurologues, etc.), car les besoins peuvent être multiples.

### Notes

- (a) Les survivants de la torture sont souvent torturés en raison de leur appartenance à un groupe ethnique ou à une religion. Tous les facteurs déclencheurs/stimuli peuvent réactiver le souvenir des tortures subies. La perception par le patient que le professionnel est une personne neutre et non associée à l'autorité qui a perpétré ces actes de torture améliorera la confiance et donc la relation thérapeutique.

# 10.5 Évaluation SMSPS

## 10.5 Évaluation SMSPS

Pour l'approche générale de l'évaluation en matière de SMSPS, voir le [Chapitre 1](#). Il existe certaines spécificités concernant l'évaluation des ressources et des services pour les survivants de la torture :

- Perception de la communauté par rapport aux survivants de la torture ;
- Population hautement vulnérable (réfugiés, demandeurs d'asile) et méthodes de torture fréquentes utilisées localement ;
- Implications juridiques pour les survivants de la torture et MSF (lors de la prise en charge des survivants de la torture) ;
- Autres acteurs fournissant un soutien juridique aux survivants de la torture ;
- Risques pour la sécurité des survivants de la torture et de MSF (lors de la prise en charge des survivants de la torture).

# 10.6 Planification des activités de SMSPS

## 10.6 Planification des activités de SMSPS

Les activités pour les survivants de la torture dépendent du contexte. Cela peut aller des premiers secours psychologiques (PSP) et de la psychoéducation (migrants en transit, etc.) à la réadaptation, en passant par la thérapie/le conseil à moyen/long terme.

**Remarque :** MSF peut rencontrer des survivants de la torture dans des programmes non conçus pour ce groupe de patients spécifique. Les principes d'évaluation et de prise en charge de ces patients doivent suivre les processus décrits dans ce chapitre. **Toutefois, étant donné les spécificités et les compétences requises, chaque cas doit être discuté avec le responsable des activités de santé mentale ou, s'il n'y en a pas, le référent en SM.**

### 10.6.1 Objectifs des activités de SMSPS

Discuter de ce qui s'est passé afin de :

- Restaurer la confiance, la dignité et l'espoir ;
- Faire le deuil des pertes (physiques, psychologiques et communautaires) ;
- Accepter et s'adapter au handicap ;
- Rétablir les compétences d'adaptation et améliorer les capacités fonctionnelles et l'estime de soi.

### 10.6.2 Cadre de soins cliniques

En ce qui concerne les principes de soins cliniques pour les victimes de la torture, se reporter à la fin de la [Section 5.6.4](#), Chapitre 5, qui traite de la prise en charge des patients qui ont connu des événements potentiellement traumatiques.

En outre, tenir compte des points suivants :

- La torture vise à détruire le sentiment d'appartenance à l'espèce humaine et aura généralement un impact sur les liens sociaux de la victime et sur sa capacité à interagir avec les autres. Les survivants de la torture ont généralement des difficultés à faire confiance à qui que ce soit. Par conséquent, il est essentiel de maintenir explicitement la confidentialité de tous les éléments qu'ils mentionnent pendant/après le traitement. Traiter le patient avec respect et humanité (éviter la victimisation, la pitié, la banalisation, etc.). Ne pas juger.
- S'assurer que le patient a le sentiment d'avoir le contrôle (p. ex. en choisissant où s'asseoir/ en s'asseyant loin du clinicien ; le patient lui-même définit les objectifs à atteindre au cours des séances, éviter les instructions autoritaires). Il est également important qu'il soit directement impliqué dans sa prise en charge, les décisions qui sont prises, la fourniture d'informations, etc.
- Souvent, les patients sont terrifiés à l'idée d'avoir à donner des détails sur les actes de torture qu'ils ont subis. Il est essentiel d'expliquer qu'ils ne sont pas obligés de révéler ce qui est trop douloureux ; les laisser parler de ce dont ils veulent/peuvent, quand ils le souhaitent et à leur propre rythme.
- Éviter de réagir avec incrédulité ou d'adopter une attitude conflictuelle/critique. Les survivants de la torture ont tendance à revivre la relation d'abus qu'ils avaient avec l'auteur des actes.
- Garantir la sécurité et fournir un environnement/cadre stable pour la prise en charge des survivants de la torture (p. ex., éviter les salles d'attente bruyantes/surchargées, fixer des rendez-vous réguliers, s'assurer qu'il n'y a pas de risque dans la salle pour les patients suicidaires, si possible garder le même médiateur culturel pour chaque séance, etc.).
- Être attentif à la dissociation. Souvent, lorsque les survivants de la torture sont capables de raconter ce qu'ils ont vécu, ils peuvent paraître trop calmes, car ils peuvent être déconnectés de leurs émotions.

### 10.6.3 Importance du cadre physique

Le cadre physique doit garantir des conditions de prestation de soins appropriées (lumière, ventilation, taille, température, etc.). Une attention particulière doit être portée aux points suivants :

- Garantir la confidentialité (sonore et visuelle) et éviter les interruptions/l'entrée de personnes dans la pièce.
- Éviter tout objet qui pourrait éventuellement rappeler au patient ce qu'il a vécu (le matériel médical peut déclencher le souvenir de la torture, etc.).
- Maintenir une distance appropriée (variable en fonction de la personne/culture), car s'asseoir trop près ou trop loin peut provoquer un stress.
- Ne pas créer artificiellement une hiérarchie (le professionnel est assis plus haut que le patient, sur une chaise plus confortable, etc.).

Remédier immédiatement aux scénarios courants susceptibles d'engendrer un stress dans les établissements de santé et les salles de consultation (attente d'un rendez-vous dans la salle d'attente, cris d'enfants, bruits forts, examens médicaux, certains instruments médicaux, emblèmes religieux ou nationaux qui peuvent déclencher le souvenir de la torture, etc.).

### 10.6.4 Paquets de soins

La mise en œuvre d'une approche globale, pluridisciplinaire et respectant les spécificités culturelles est importante, non seulement pour faire face aux conséquences de la torture, mais également pour tenter de mettre en œuvre un processus de défragmentation et de recomposition. L'intervention doit inclure les prestations de soins suivantes ou, tout au moins, la prise en compte des aspects suivants :

- Soins médicaux (traitement de la douleur, physiothérapie si disponible, etc.) ;
- Soins psychologiques et psychiatriques ;
- Certificats médicaux et de SM et assistance juridique au besoin/dans la mesure du possible ;
- Assistance sociale (avec système d'orientation-recours pour assurer les besoins de base) ;

- Protection si nécessaire/possible.

## Paquet minimum

La prise en charge minimale fournie dans les projets avec un faible nombre de survivants de la torture doit être envisagée au cas par cas, en fonction des capacités disponibles au sein de l'équipe et de la possibilité d'une référence. En raison de la complexité des cas, il est recommandé d'organiser régulièrement, si possible, des réunions avec les cliniciens et les autres membres de l'équipe qui participent aux soins du patient (réunions d'équipe pluridisciplinaires).

MSF doit fournir une prise en charge sensible aux traumatismes.

Les principes de la prise en charge sensible aux traumatismes correspondent à des approches centrées sur les patients. La prise en charge sensible aux traumatismes a été définie comme « une approche de la prestation de services axée sur les forces, fondée sur la compréhension de l'impact des traumatismes et sur la réponse à cet impact, et mettant l'accent sur la sécurité physique, psychologique et émotionnelle des soignants et des survivants, ce qui crée des opportunités pour les survivants de regagner un sentiment de contrôle et d'autonomie »<sup>[1]</sup>.

Il s'agit d'un concept clé dans la plupart des contextes d'intervention de MSF, car la majeure partie de la population a été exposée à des traumatismes. Ces patients peuvent présenter des symptômes liés à un traumatisme, qui sont « déclenchés » par des images, des odeurs, des sons et des situations rencontrés dans l'environnement de soins. Des temps d'attente excessifs, des procédures physiques invasives, la nécessité de se déshabiller, le déséquilibre inhérent du rapport de forces entre le patient et les soignants, le recours à des mesures de contraintes physiques, etc. peuvent entraîner un nouveau traumatisme. Par conséquent, les patients peuvent devenir anxieux, belliqueux, agressifs et perçus comme problématiques ou trop soumis. Ils peuvent alors éviter de se rendre au centre de soins ou abandonner le traitement. Souvent, ni les patients ni les personnels soignants ne sont conscients de ces problèmes à moins que l'environnement de soins ne devienne « sensible aux traumatismes ».

## Paquet complet

Dans un paquet de soins complet, l'évaluation et le traitement des patients doivent être effectués en utilisant une approche pluridisciplinaire. Celle-ci doit inclure les activités spécifiques suivantes :

- Soins médicaux et suivi (traitement de la douleur, physiothérapie, etc.) ;
- Soutien et soins psychologiques (conseil, psychothérapie selon la possibilité de suivi, techniques de relaxation, outils pour soulager l'anxiété, etc.) ;
- Identification et traitement des troubles mentaux sévères et prestation de soins psychiatriques ;
- Identification et prise en charge des cas de violence sexuelle (souvent dans le cadre de la torture) et orientation vers des soins médicaux appropriés ;
- Groupe de soutien pour les patients stabilisés qui peuvent s'intégrer à un groupe, groupe d'experts de par leur expérience ;
- Psychoéducation sur les symptômes pour les patients et les proches ;
- Soutien de membres de la famille ;
- Certificats de santé mentale<sup>a</sup> (peut être important pour les survivants de la torture en vue de procédures juridiques, en particulier pour les migrants, car l'exposition passée à la torture peut faciliter l'accès aux procédures d'asile/à un soutien spécifique). Pour plus de détails, voir [Section 2.10](#), Chapitre 2 ;
- Formation d'autres professionnels sur les particularités psychologiques des survivants de la torture ;
- Orientation des patients pour des soins spécialisés, orientation vers un soutien juridique.

Assurer un soutien adéquat et suffisant du personnel, car le risque de traumatisme indirect est élevé dans la prise en charge des survivants de la torture. Prêter une attention particulière à l'état émotionnel du traducteur, le cas échéant. Si la consultation était émotionnellement lourde, faites un compte rendu avec quelqu'un. Si possible, organiser des supervisions collectives et individuelles par un psychologue externe.

## Notes

- (a) Le certificat de SM est normalisé, mais peut être adapté au contexte en accord avec le service juridique. Sa délivrance peut également être fonction des besoins et des capacités (elle peut par exemple être systématique ou non).

## Références

1. Elizabeth K. Hopper et al. Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. The Open Health Services and Policy Journal, 2010, 3, 80-100.  
<https://benthamopen.com/contents/pdf/TOHSPJ/TOHSPJ-3-80.pdf>

# 10.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

## 10.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

Les enfants peuvent être eux-mêmes des victimes directes de la torture et peuvent également être témoins de la torture infligée à des membres de leur famille, ce qui pourrait provoquer des réactions similaires.

La réponse à la torture et aux mauvais traitements dépend de divers facteurs propres à l'enfant :

- Âge chronologique et stade de développement,
- S'il était victime ou témoin,
- Perception du danger,
- Antécédents de traumatisme,
- Relation avec l'auteur des actes de torture,
- Présence/disponibilité d'adultes pour aider.

Pour de plus amples recommandations, voir [Section 2.4](#), Chapitre 2.



# 10.8 Surveillance

## 10.8 Surveillance

La surveillance de routine des activités est décrite à la [Section 2.7](#), Chapitre 2. Elle doit inclure les indicateurs énumérés dans le chapitre.

En raison de la sévérité des troubles mentaux des survivants de la torture, un suivi à long terme peut être nécessaire. L'objectif des soins doit être défini au début du projet en fonction de l'environnement et du contexte (p. ex., réadaptation ou stabilisation). Par conséquent, les indicateurs doivent tenir compte de ces objectifs en termes de résultats obtenus.

Des outils de dépistage permettant d'identifier les symptômes ou les facteurs de résilience peuvent être utilisés au cours de l'évaluation, puis régulièrement au cours du traitement. En raison de la sévérité de l'impact psychologique et psychiatrique de la torture sur la victime, même avec un soutien psychologique à long terme, des symptômes peuvent persister. La mesure des résultats sera donc davantage axée sur le degré de sévérité et/ou sur le fonctionnement général.

# Chapitre 11 : Utilisation de substances psychoactives

## Chapitre 11 : Utilisation de substances psychoactives

[11.1 Introduction](#)

[11.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[11.3 Caractéristiques cliniques](#)

[11.4 Évaluation clinique](#)

[11.5 Évaluation SMSPS](#)

[11.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[11.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[11.8 Particularités de la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes](#)

[11.9 Surveillance](#)

# 11.1 Introduction

## 11.1 Introduction

La consommation abusive de substances psychoactives, de médicaments sur ordonnance et d'alcool est un fléau mondial. L'augmentation de la consommation d'alcool et d'autres substances telles que la nicotine, la cocaïne, le cannabis, l'héroïne et les opioïdes<sup>a</sup> figure parmi les nombreux problèmes sanitaires et sociaux associés aux conflits et aux déplacements<sup>[1]</sup>.

MSF rencontre des personnes qui utilisent des substances dans tous ses programmes, en particulier les projets de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC) et la tuberculose (TB). Or, les consommateurs de substances représentent un sous-groupe de patients vulnérables et souvent négligés.

Les problèmes de santé associés à la consommation d'alcool et à l'utilisation d'autres substances psychoactives comprennent l'intoxication aiguë, les symptômes de sevrage et l'overdose potentiellement fatale. Dans certaines régions touchées par des conflits, une association claire entre le suicide et la consommation d'alcool a été documentée<sup>[1]</sup>.

Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (notamment l'abus et la dépendance) constituent des troubles mentaux<sup>b</sup>. Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrit divers troubles liés aux substances y compris les habitudes de consommation nocives, la dépendance, l'intoxication, l'état de sevrage, le délire induit par la substance, le trouble psychotique induit par la substance, d'autres troubles induits par la substance, autres troubles mentaux et comportementaux spécifiés/non spécifiés dus à l'utilisation de substances. Dans ce chapitre, nous traiterons uniquement de l'utilisation nocive de substances psychoactives. Celle-ci est définie comme un schéma d'utilisation qui porte préjudice à la santé physique ou mentale (SM) d'une personne et peut avoir des conséquences psychologiques, familiales et socio-économiques.

### Notes

- (a) Dans la CIM-11 de l'OMS, les principales substances identifiées sont les suivantes : alcool, cannabis, cannabinoïdes synthétiques, opioïdes, sédatifs (hypnotiques ou anxiolytiques), cocaïne, stimulants (y compris amphétamines, méthamphétamine ou méthcathinone), cathinones synthétiques, caféine, hallucinogènes, nicotine, produits volatils inhalés, MDMA (ecstasy) ou drogues apparentées (y compris MDA), drogues dissociatives (y compris kétamine et phencyclidine [PCP]), autres substances psychoactives précisées (y compris médicaments), substances psychoactives inconnues ou non précisées, substances non psychoactives.
- (b) Selon la CIM-11, les troubles dus à l'utilisation de substances psychoactives et les comportements addictifs sont des troubles mentaux et comportementaux qui se développent à la suite de l'utilisation de substances principalement psychoactives, y compris des médicaments, ou des comportements spécifiques répétitifs de récompense et de renforcement.

### Références

1. UNHCR - WHO 2008: Rapid Assessment of alcohol and other substance use in conflict-affected and displaced populations: a field guide.  
<https://www.who.int/publications/i/item/rapid-assessment-of-alcohol-and-other-substance-use-in-conflict-affected-and-displaced-populations>

# 11.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

## 11.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

Les raisons de l'utilisation de substances psychoactives varient. La plupart des personnes utilisent des substances psychoactives pour ressentir de la joie, du plaisir et/ou pour se détendre. Cette utilisation ne présente pas de risque majeur pour les relations sociales ou la santé physique ou mentale, l'utilisation récréative étant axée sur le plaisir et la récompense. Les substances psychoactives peuvent également être utilisées en automédication pour gérer des sentiments de détresse ou des troubles psychologiques. Une utilisation régulière peut conduire à une utilisation nocive et impulsive (par habitude), elle-même pouvant entraîner une dépendance (utilisation compulsive).

L'interaction complexe entre les caractéristiques individuelles, le contexte spécifique et la substance elle-même influe sur les effets et les résultats de la consommation<sup>[1]</sup>. En outre, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont fréquemment associés à d'autres troubles mentaux (en particulier la dépression, le trouble de stress post-traumatique et la psychose), et il peut y avoir un lien de causalité et une interdépendance entre les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et les autres troubles mentaux.

Les facteurs de risque d'utilisation nocive de substances psychoactives comprennent et sont associés aux éléments suivants :

- **Contexte** : conditions de vie difficiles ou inférieures aux normes (pauvreté, violence intrafamiliale, négligence ou maltraitance durant l'enfance, consommation de substances psychoactives par des membres de la famille, etc.), conflit, déplacement, environnement social (pression des pairs, disponibilité et accessibilité des drogues, etc.).
- **Facteurs personnels** : faible estime de soi, réactivité élevée au stress, impulsivité élevée, dépression et traumatisme, isolement social, maladie chronique, facteurs biologiques, âge (l'adolescence est une période de risque accru), facteurs génétiques, etc.
- **Drogue en cause** : type de drogue, quantité et voie d'utilisation, utilisation de plusieurs substances psychoactives, etc.

### Références

1. Olievenstein C. La Clinique du toxicomane. Paris, Les Éditions Universitaires. 1987.

# 11.3 Caractéristiques cliniques

## 11.3 Caractéristiques cliniques

Les substances psychoactives sont des substances chimiques qui modifient le fonctionnement du cerveau et entraînent des altérations de la perception, de l'humeur, de la conscience/des pensées et du comportement.

Il existe un éventail large et divers de substances dotées d'effets différents (sédatifs, stimulants, hallucinogènes, etc.), qui varient d'une personne à l'autre en fonction de la quantité utilisée et des voies d'administration (ingérées, injectées, fumées, inhalées).

De nombreux utilisateurs de substances psychoactives prennent plusieurs types de drogues. Le diagnostic du trouble est classé si possible en fonction de la principale substance ou classe de substances utilisée. Voir l'[Annexe 10](#) pour connaître les catégories de médicaments psychoactifs et leurs caractéristiques cliniques.

Les termes clés employés pour décrire les tableaux cliniques des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives comprennent les éléments suivants, tels que mentionné ou détaillé dans l'algorithme de traitement validé de MSF pour la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (Guide d'intervention mhGAP, version 2.0 de l'OMS)<sup>[1]</sup>.

- **Intoxication** : un état transitoire survenant à la suite de la consommation d'une substance psychoactive et provoquant des altérations de la conscience, de la cognition, de la perception, de l'affect ou du comportement.
- **Overdose** : utilisation d'une substance en quantité telle qu'elle a des effets indésirables aigus, physiques ou mentaux.
- **Consommation nocive** : niveau de consommation de substances psychoactives qui affecte la santé. Les effets négatifs peuvent être physiques (ex. : maladie hépatique) ou mentaux (ex. : épisodes de dépression). Elle est souvent associée à des problèmes sociaux ou professionnels (ex : problèmes au travail ou avec les proches).
- **Dépendance** : phénomène regroupant des manifestations physiologiques, comportementales et cognitives dans lequel l'utilisation d'une substance psychoactive devient prioritaire par rapport à d'autres comportements auparavant privilégiés par la personne. Elle est caractérisée par une envie irrépressible de consommer la substance et par une perte de contrôle vis-à-vis de celle-ci. Elle est souvent associée à une consommation très élevée et à la présence d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt de la consommation.
- **Sevrage** : ensemble de symptômes incommodes expérimentés à la suite de l'arrêt ou de la réduction brutale d'une substance psychoactive, chez une personne qui a consommé une dose suffisamment élevée et pendant une période suffisamment longue pour qu'elle en soit dépendante. Les symptômes de sevrage sont essentiellement les effets inverses de ceux produits par la substance psychoactive. Le sevrage de certaines substances, en particulier l'alcool et les benzodiazépines, peut menacer le pronostic vital.
- **Délire associé à la consommation de substances** : confusion, hallucinations, pensées qui défilent, anxiété, agitation, désorientation, typiquement associé à une intoxication aux stimulants ou à un syndrome de sevrage à l'alcool ou un autre sédatif.
- **Envie irrépressible** : envie très forte ou compulsion à consommer des substances psychoactives. Les déclencheurs classiques entraînant une envie irrépressible de consommer des substances psychoactives et une rechute de la dépendance sont la réexposition aux drogues, le stress et l'environnement<sup>[1]</sup>.

## Références

1. OMS - 2016. Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP). Version 2.0. <https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>

# 11.4 Évaluation clinique

## 11.4 Évaluation clinique

Rappel : l'anamnèse de l'utilisation de substances psychoactives fait partie intégrante d'une évaluation de la santé mentale en routine. Faire preuve de vigilance lorsqu'un patient présente un ou plusieurs des signes et symptômes de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives énumérés dans la section ci-dessus.

Les patients ayant une consommation nocive de substances psychoactives ou une dépendance à une substance qui sont inclus dans un programme médical doivent bénéficier d'une évaluation et d'un suivi individuels spécifiques. L'objectif général, quelle que soit la structure du programme, est de fournir des soins médicaux à ce groupe vulnérable qui peut ne pas y avoir accès autrement en raison de la stigmatisation, de la discrimination, etc. L'utilisation de drogues illicites est socialement et moralement répréhensible. Dépourvues de confiance en elles et en autrui, les personnes qui utilisent des substances psychoactives ne se confient pas ou n'écourent pas les messages de psychoéducation.

### Manifestations aiguës des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

Les manifestations aiguës des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, en particulier lors d'un sevrage ou d'un délire, peuvent être des urgences médicales. L'algorithme des troubles du Guide d'intervention mhGAP constitue la référence validée par MSF pour la prise en charge des urgences dues aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives<sup>[1]</sup>.

Après exclusion ou traitement des urgences médicales, l'évaluation doit suivre les étapes suivantes :

#### Premières étapes :

- Établir une relation de confiance, sans jugement et confidentielle. L'attitude est essentielle pour accéder à ce groupe invisible.
- Comprendre le schéma d'utilisation et la situation personnelle du patient.

#### Recommandations :

Après s'être assuré que le patient n'est pas dans un état critique (requérant des soins médicaux immédiats) :

- Clarifier le type (récréatif, nocif, dépendance) et les schémas d'utilisation (quand, comment, avec qui, où, etc.) de la ou des substances psychoactives.
- Comprendre la situation psychosociale du patient et les raisons de son utilisation (automédication, etc.).
- Déterminer le stade du changement qui orientera la nature de l'intervention. Voir l'[Annexe 11](#) pour connaître les stades du changement selon Prochaska et DiClemente. La compréhension du stade du changement auquel se situe la personne constitue l'une des premières étapes de l'entretien motivationnel décrit à la [Section 11.6.2](#).

Utiliser les outils disponibles, brefs ou plus complets, pour dépister la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives ([Annexe 3](#)) :

- AUDIT : outil de dépistage de la consommation d'alcool,
- CAGE-AID : consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives,
- ASSIST : outil de dépistage complet de la consommation de substances psychoactives.

L'utilisation d'un outil de dépistage est toujours accompagnée d'explications sur son utilisation et ses bénéfices pour le patient.

L'objectif est d'agir **avec** le patient et **non à la place** du patient. Le défi est d'impliquer les patients dans les soins que nous leur dispensons. Il est important de comprendre le stade d'utilisation et la situation personnelle du patient afin de proposer un processus de soutien réaliste, étape par étape. La réduction ou l'arrêt de l'utilisation de la ou des substances est un processus difficile et généralement lent. Le patient doit savoir qu'il ne sera pas rejeté s'il rechute.

## Références

1. OMS - 2016. Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP). Version 2.0. <https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>

# 11.5 Évaluation SMSPS

## 11.5 Évaluation SMSPS

### Analyse du contexte

Afin d'apporter une réponse adéquate en matière de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS), il est important de commencer par analyser l'utilisation de substances psychoactives et son impact particulier sur la santé publique, en tenant compte des contextes régionaux et nationaux (système de santé et cadre juridique), de l'épidémiologie et des aspects socioculturels.

Au niveau local, des informations plus détaillées sont nécessaires :

- Acteurs locaux (organisations non gouvernementales, organisations communautaires, etc.) : positionnement de l'organisation/acteur, disponibilité et qualité des services de réduction des risques et des traitements (méthadone, nouvelles substances psychoactives, etc.), accessibilité (gratuité, accès [femmes, tous les groupes ethniques, etc.], etc.) ;
- Acteurs médicaux (ministère de la Santé et établissements privés) : qualité des services de santé de base et spécialisés (VIH, VHC, etc.), perception des acteurs médicaux et sociaux à l'égard des personnes qui utilisent des substances psychoactives, etc. ;
- Taille et dynamique de la population ;
- Groupes vulnérables (invisibles et négligés) ;
- Comportements à risque particuliers.

### Évaluation du mode de vie des personnes qui consomment de l'alcool et d'autres substances psychoactives

Les entretiens individuels, les groupes de discussion et l'observation directe permettent d'évaluer les besoins médicaux des personnes qui consomment de l'alcool et d'autres substances psychoactives. Face à ce groupe invisible et difficile à atteindre, la collaboration avec des pairs peut s'avérer efficace<sup>[1]</sup>.

Les pairs :

- Ont eu des expériences d'addiction similaires et des conditions de vie comparables à celles du patient et comprennent donc sa situation, car ils ont vécu la même chose et sont aujourd'hui stabilisés ;
- Savent dans quelle zone géographique la population cible vit/se retrouve ;
- Peuvent aider à vaincre la méfiance et la crainte des personnes qui utilisent des substances psychoactives vis-à-vis des services de santé ;
- Doivent être inclus, une fois formés/supervisés, dans les premières activités de sensibilisation.

Au cours de l'évaluation, recueillir des informations auprès des personnes qui consomment de l'alcool et d'autres substances psychoactives concernant :

- Ce qu'elles définissent comme étant leurs « problèmes » ;
- La dynamique de la population (rôle des chefs/revendeurs, points chauds, etc.) ;
- Leur perception du risque et de l'accès aux mesures de réduction des méfaits ;
- Les substances utilisées, leur mode d'utilisation et le lieu où elles se les procurent ;
- Leur perception des services sociaux/organisations de santé, de la police ou d'autres organisations pertinentes.

### Références

1. Parkes et al. Supporting Harm Reduction Through Peer Support (SHARPS): Testing the Feasibility and Acceptability of a Peer-Delivered, Relational Intervention for People With Problem Substance Use Who Are Homeless, to Improve Health Outcomes, Quality of Life and Social Functioning and Reduce Harms: Study Protocol. Pilot Feasibility Study 2019 Apr 29; 5:64.  
<https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-019-0447-0>

# 11.6 Planification des activités de SMSPS

## 11.6 Planification des activités de SMSPS

Les soins médicaux et de santé mentale et le soutien psychosocial nécessitent des équipes pluridisciplinaires. La mise en œuvre opérationnelle des programmes d'utilisation de substances psychoactives varie selon le contexte, les objectifs médicaux, la faisabilité, etc. Les besoins individuels peuvent :

- Être intégrés dans le cadre des soins médicaux fournis (p. ex. VIH, VHB<sup>a</sup> et VHC, tuberculose) ;
- Faire l'objet d'une attention particulière (groupe cible) due à la vulnérabilité : les populations négligées et fréquemment exclues du système de santé (p. ex., les sans-abris, les travailleurs du sexe).

L'observance thérapeutique étant souvent le principal problème des personnes qui consomment de l'alcool et d'autres substances psychoactives, des activités spécifiques (avec des pairs, des agents de santé communautaires qui fournissent des services de proximité/de recherche des perdus de vue, etc.) sont développées dans certains programmes. Les cliniques mobiles augmentent l'accessibilité aux soins médicaux.

Lors de l'examen et de l'élaboration d'interventions pour les personnes qui utilisent des substances psychoactives, différents services tels que le logement, l'assistance juridique, l'ergothérapie et l'assistance sociale doivent être envisagés et peuvent être fournis directement ou indirectement (par le biais de références, de partenariats, etc.). Ces approches devraient être envisagées en plus des programmes médicaux. Les programmes médicaux peuvent inclure la prestation de soins primaires avec des tests et des traitements, la coordination avec des soins de santé secondaires et tertiaires, la prestation de soins pour les maladies transmissibles chroniques comme le VIH, le VHC, le VHB et la tuberculose. Il est important d'envisager des soins et/ou une référence pour la prise en charge de la violence sexuelle et la santé sexuelle et reproductive, en particulier au sein des populations vulnérables.

La complexité du programme peut varier selon le contexte spécifique et les ressources disponibles.

Il existe différents contextes pour les interventions de prévention et de traitement, notamment les structures communautaires de proximité, non spécialisées dans le traitement des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, le traitement spécialisé en ambulatoire et le traitement spécialisé en milieu hospitalier (de courte et de longue durée)<sup>[1]</sup>.

### 11.6.1 Principes généraux

Outre les exigences minimales (personnels, médicaments, ressources générales, etc.) pour tout programme médical, veiller :

- Au comportement approprié de tous les membres du personnel (gardes, infirmières de triage, soignants, etc.) lors de la prestation de services. Cela est indispensable pour entretenir des relations de confiance. Les formations permettront d'atteindre cet objectif ;
- À abandonner l'approche médicale standard (p. ex., les heures de rendez-vous et les cliniques fixes) au profit d'une approche de soins plus inclusive et plus volontariste. L'objectif est de comprendre et de satisfaire les besoins de la population et de nouer des liens authentiques avec celle-ci (p. ex., cliniques mobiles, horaires d'ouverture et de rendez-vous flexibles, recherche active des patients pour améliorer la participation et le suivi, etc.) ;
- À mettre en œuvre une approche pluridisciplinaire centrée sur le patient (médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, agents de santé communautaires, pairs, etc.).

### 11.6.2 Paquet minimum

Dans les programmes de prise en charge du VIH, de la tuberculose et du VHC, les activités suivantes (paquet minimum) doivent être mises en place pour s'attaquer au problème de l'utilisation de substances psychoactives, améliorer l'observance thérapeutique, mieux comprendre l'ampleur du phénomène et décider si un élargissement des activités (paquet complet) est pertinent. Le paquet minimum peut également être fourni dans le cadre d'activités de soins générales (soins primaires, consultations externes ou urgences) ou mis en œuvre dans le cadre d'un programme de SMSPS, lorsque celui-ci n'inclut pas la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Le paquet minimum comprend :

- Une formation de base pour les équipes sur la détection des consommateurs de substances psychoactives dans la population cible du projet (voir l'algorithme du Guide d'intervention mhGAP sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives<sup>[2]</sup>) ;
- Les premiers secours psychologiques adaptés à la consommation de substances psychoactives ;
- Des activités de psychoéducation ;
- L'identification et le traitement des troubles mentaux sévères concomitants ;
- L'orientation vers des soins spécialisés, s'ils existent ;
- Un plaidoyer en faveur de l'intensification des services (au sein de MSF et/ou au ministère de la Santé) ;
- Une approche de l'entretien motivationnel : formation de base en compétences motivationnelles pour les équipes traitant des patients souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (voir ci-dessous).

Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) accompagnée d'un traitement constituent la principale approche des structures de soins qui ne sont pas spécialisées dans le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

**Des services programmatiques de santé, de prévention et de réduction des méfaits peuvent être inclus, selon le programme.**

**Aspects à prendre en compte :**

- Santé sexuelle et reproductive, y compris le traitement des infections sexuellement transmissibles
- Dépistage du VIH et thérapie antirétrovirale
- Diagnostic et traitement du VHB, du VHC et de la tuberculose
- Traitement des overdoses



- Programme d'échange d'aiguilles et de seringues
- Distribution de préservatifs
- Séances d'information, d'éducation et de communication ciblées à l'intention des consommateurs de substances psychoactives et de leurs partenaires

**Entretien motivationnel :** l'entretien motivationnel est une approche des soins aux patients qui est centrée sur la personne et l'aide à résoudre l'ambivalence de ses sentiments et à trouver la motivation intrinsèque nécessaire pour modifier son comportement problématique<sup>[3]</sup>. Il s'agit d'un processus pratique, empathique et à court terme qui tient compte de la difficulté à modifier ses choix de vie. Pour pratiquer un entretien motivationnel, le clinicien doit connaître les différents stades du changement ([Annexe 11](#)). Le clinicien doit savoir que ce sont les raisons propres de la personne, et non les raisons identifiées par le clinicien, qui conduiront à un changement de comportement de la personne : c'est elle qui a un problème et c'est donc elle aussi qui a la réponse.

Lors de l'entretien motivationnel, éviter spécifiquement d'argumenter avec la personne, de donner directement des conseils, d'apporter des solutions, de dominer la séance avec l'attitude autoritaire de celui qui sait tout, d'imposer des diagnostics ou de cataloguer et d'avoir un comportement coercitif.

La réduction de la consommation de substances psychoactives ou d'alcool est une stratégie efficace pour le changement et la réduction des méfaits. L'abstinence n'est pas nécessaire pour obtenir un bénéfice.

Le patient doit :

- Reconnaître les inconvénients du statu quo ;
- Reconnaître les avantages du changement ;
- Être optimiste quant au changement ;
- Avoir l'intention de changer ;
- S'engager à changer.

**Tableau 11.1** - Affirmations liées au changement

| Sentiment            | Explications                                                            | Exemples                                                                                                                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contemplation</b> | Affirmation du patient sur sa préférence pour le changement             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je voudrais....</li> <li>• Je souhaite...</li> <li>• Je veux vraiment arrêter...</li> </ul>                                       |
| <b>Capacité</b>      | Affirmation du patient sur ses propres capacités                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je pense que je pourrais consommer moins...</li> </ul>                                                                            |
| <b>Raisons</b>       | Affirmation du patient pour justifier précisément le changement         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je sais que je me sentirais mieux si j'arrêtais.</li> <li>• J'aurais plus d'argent si je dépensais moins en drogue</li> </ul>     |
| <b>Nécessité</b>     | Affirmation du patient sur le sentiment d'obligation de changement      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je devrais le faire pour ma famille.</li> </ul>                                                                                   |
| <b>Détermination</b> | Affirmation du patient sur la ou les mesures qu'il prendra pour changer | <ul style="list-style-type: none"> <li>• J'espère...</li> <li>• Je compte...</li> <li>• Je vais faire une liste des avantages et des inconvénients pour arrêter</li> </ul> |

Lors de l'entretien motivationnel, le clinicien doit garder en tête cinq principes généraux :

- Faire preuve d'empathie par une écoute réfléchie : être respectueux et accepter le stade du changement auquel se trouve le patient. Rappel : l'ambivalence par rapport au changement est normale. La reconnaissance des « affirmations liées au changement » ([Tableau 11.1](#)) exprimées par le patient peut aider à identifier les objectifs éventuels du patient.
- Exposer la divergence entre les objectifs ou les valeurs du patient et son comportement actuel : insister sur les conséquences des comportements problématiques pour favoriser la prise de conscience. Éviter de prendre parti.
- Éviter les disputes et les confrontations directes : s'adapter à la résistance du patient plutôt que de s'y opposer directement. Proposer et non imposer de nouvelles perceptions. Impliquer le patient dans la résolution des problèmes. Éviter de cataloguer.
- Favoriser l'auto-efficacité et l'optimisme : renforcer la croyance du patient qu'un changement est possible.
- Insister sur le fait que la décision du changement incombe au patient : aider le patient à explorer diverses autres approches du changement.

### 11.6.3 Paquet complet

Un paquet complet doit inclure toutes les activités et interventions figurant dans le paquet minimum (noter en particulier l'importance de former les équipes à l'entretien motivationnel afin que chaque clinicien puisse l'intégrer dans sa pratique), ainsi qu'un certain nombre de services parmi les suivants :

- Soins de santé mentale (conseil/interventions psychologiques et pharmacologiques) ;
- Interventions de réduction des risques, notamment :
  - Traitement de substitution aux opioïdes (ou autre traitement fondé sur des données probantes pour la toxicomanie)
  - Programmes d'échange d'aiguilles,
  - Programme d'arrêt du tabac (y compris conseil de base et thérapie de substitution nicotinique) ;
- Programmes de désintoxication (y compris les interventions de réadaptation) ;
- Assistance sociale : réinsertion socio-économique, soutien social et juridique ;

- Autres activités psychosociales ;
- Lieux sûrs : centres d'accueil, refuges ;
- Stratégie de plaidoyer, notamment élargissement des services, protection et plaidoyer juridique, etc.

Certaines interventions communautaires (activités de sensibilisation menées par des agents de santé communautaires et des pairs, etc.) peuvent également être mises en œuvre pour :

- Atteindre des populations moins visibles et rechercher les patients perdus de vue ;
- Promouvoir une proximité et une accessibilité des services médicaux et des services de réduction des risques ;
- Collaborer étroitement avec les structures existantes (centres d'accueil, refuges, etc.).

Pour la mise en œuvre d'un paquet complet, un responsable des activités de santé mentale (RASM) et une équipe de SMSPS sont nécessaires.

### Interventions psychosociales et psychologiques

- **Interventions brèves** : partie intégrante de la technique RPIB, elles se fondent sur le style de conversation collaborative de l'entretien motivationnel pour aborder le sujet de l'utilisation problématique ou risquée de substances psychoactives, mais elles sont réalisées dans un intervalle plus court de 5 à 30 minutes. Le clinicien fournit des informations personnalisées sur l'utilisation de substances psychoactives. Il pose des questions sur les avantages et les inconvénients de l'utilisation de substances psychoactives afin de tenter d'éveiller la motivation au changement. Pour conclure l'intervention brève, le clinicien et le patient négocient un plan de changement et un suivi. Les interventions brèves se déroulent en cinq phases, appelées « 5A » : Ask (poser des questions), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider) et Arrange (organiser)<sup>[4]</sup>.
- **Prévention des rechutes** : il s'agit d'aider les personnes ayant des problèmes et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives à apprendre à identifier des situations ou des états (déclencheurs de l'envie irrépressible) dans lesquels elles sont les plus vulnérables, à éviter les situations à haut risque et à utiliser des stratégies cognitives et comportementales pour affronter efficacement ces situations et atteindre un équilibre dans leur vie.
- **Gestion des urgences** : la gestion des urgences consiste à donner aux patients des récompenses concrètes pour renforcer les comportements positifs, comme l'abstinence, l'assiduité au traitement, le respect des médicaments ou les objectifs particuliers du patient en matière de traitement.
- **Groupes d'entraide (« groupes de soutien mutuel »)** : p. ex. alcooliques anonymes, narcotiques anonymes, etc. Ce sont des groupes de personnes volontaires qui se rencontrent pour discuter et traiter de problèmes communs, tels que l'alcool, la drogue ou d'autres addictions. Les participants se soutiennent mutuellement, les plus anciens jouant en général le rôle de mentors ou de parrains auprès des nouveaux venus. En plus d'aider les consommateurs de substances psychoactives, certains groupes d'entraide ont vocation à soutenir les membres de la famille des personnes ayant des problèmes d'alcool et d'autres problèmes liés aux substances psychoactives. Les groupes visent à créer un réseau de soutien sans drogue autour de l'individu pendant le processus de rétablissement et offrent des occasions de partager des expériences et des sentiments.
- **Il existe d'autres interventions psychologiques qui peuvent être mises en œuvre, parmi lesquelles figurent la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie motivationnelle et la thérapie familiale.**

### Notes

(a) VHB : virus de l'hépatite B

### Références

1. Organisation mondiale de la Santé et Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime - 2020. Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues : édition révisée intégrant les résultats de tests sur le terrain.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365218>
2. OMS - 2016. Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP). Version 2.0.  
<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>
3. Rollnick S, Miller WR. What is Motivational Interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy [Internet]. 1995 Oct;23(04):325.  
<https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>
4. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). Substance Abuse. 2007 Nov 21;28(3):7-30.  
[https://doi.org/10.1300/J465v28n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03)

# 11.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

## 11.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

Clarifier la nature confidentielle de la discussion sur les soins, y compris les circonstances dans lesquelles des informations seront fournies aux parents ou aux tuteurs de l'enfant ou de l'adolescent. Interroger sur les autres événements de la vie de l'adolescent et identifier ses principaux problèmes sous-jacents.

Explorer les domaines suivants :

- Vie familiale, éducation et emploi,
- Activités,
- Drogues et alcool,
- Pression des pairs,
- Sexualité,
- Sécurité,
- Suicide/dépression,
- Autres troubles mentaux.

Les enfants et les adolescents ont également tendance à consommer des substances psychoactives lorsque leurs parents en consomment eux-mêmes. Leur sécurité et leur bien-être doivent être pris en compte pour assurer leur protection. Un cadre de protection, qui définit les processus d'examen et de gestion des questions de sécurité des enfants, doit être planifié pour chaque activité. Selon le contexte, cela implique d'évaluer et d'impliquer d'autres acteurs de la protection. Le service juridique de MSF peut être consulté au sujet des aspects d'un cadre de protection, en particulier si une référence est envisagée ou pour la déclaration de cas aux autorités publiques.

# 11.8 Particularités de la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes

## 11.8 Particularités de la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes

### Grossesse

Les femmes enceintes qui utilisent des substances psychoactives ont besoin d'un suivi spécifique, car les problèmes médicaux pour la mère, le fœtus et le nouveau-né peuvent être graves, en particulier si elles consomment des méthamphétamines et du crack (cocaïne), car ces drogues ont un impact sur le développement fœtal. L'utilisation de substances psychoactives pendant la grossesse peut entraîner des malformations fœtales, notamment des troubles du développement, une fausse couche, un accouchement prématuré et des effets sur l'état de santé général de la femme. Les nouveau-nés des consommatrices d'opioïdes (héroïne, opium et autres opiacés) peuvent également présenter à la naissance des symptômes de sevrage physique importants qu'il importe d'identifier, de surveiller étroitement et de traiter.

Si la femme est dépendante aux opioïdes et ne parvient pas à cesser sa consommation, la solution la plus sûre est de proposer/l'orienter si possible vers une clinique de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) pour la stabiliser.

Parmi les autres problèmes de santé liés au mode de vie des femmes enceintes consommant des substances psychoactives figurent le manque de repos, la nutrition et l'hydratation insuffisantes, le tabagisme, l'utilisation d'autres substances et les violences.

Il n'est pas rare que les femmes soient réticentes à divulguer leur utilisation de substances psychoactives et d'autres drogues, car elles craignent souvent d'être critiquées ou redoutent qu'on leur retire leur enfant. La grossesse peut être une puissante source de motivation au changement chez certaines femmes. Les agents de santé peuvent donc habilement tirer parti des approches de motivation pendant cette période. Une femme enceinte requiert un suivi prénatal régulier. Ce dernier améliore en effet les résultats pour la mère comme pour le nouveau-né.

### Accouchement et allaitement

La meilleure option (si possible) est l'accouchement dans une maternité spécialisée, où les symptômes de sevrage du nouveau-né peuvent être correctement traités. Cependant, les femmes peuvent craindre l'intervention des services sociaux (dans certains pays, ces nouveau-nés sont généralement retirés de leurs mères).

- **TEM** : l'allaitement n'est pas contre-indiqué chez les femmes sous TEM, mais une surveillance étroite du nouveau-né/nourrisson est nécessaire.
- **Méthamphétamine** : son utilisation réduit la quantité de lait maternel. La méthamphétamine peut être excrétée dans le lait maternel (et a été retrouvée dans l'urine des nouveau-nés de consommatrices de substances psychoactives). Les nourrissons allaités par des mères consommant de la méthamphétamine peuvent développer divers problèmes comportementaux induits par la drogue, tels que l'irritabilité, des troubles du sommeil, une agitation et des pleurs.

# 11.9 Surveillance

## 11.9 Surveillance

Pour commencer, certains des indicateurs généraux de SM répertoriés à la [Section 2.7](#), Chapitre 2 permettent de surveiller les activités de prise en charge des patients ayant des problèmes d'utilisation de substances psychoactives. Ces indicateurs peuvent s'avérer utiles pour comparer les populations consommatrices et non consommatrices de substances psychoactives.

Voici un certain nombre d'indicateurs spécifiques de l'efficacité du dépistage et des interventions chez les personnes atteintes de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (certains des éléments suivants sont adaptés des recommandations du NICE<sup>[1]</sup> au Royaume-Uni) :

1. **Dépistage** : dans les projets traitant des patients vivant avec la tuberculose, le VIH, le VHC ou des maladies non transmissibles, proportion de patients dépistés à l'aide d'outils appropriés (p. ex. AUDIT, CAGE-AID, ASSIST - voir [Annexe 18](#)).
2. **Interventions de SMSPS** : proportion de personnes traitées pour des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives qui bénéficient d'interventions psychosociales appropriées (p. ex., un entretien motivationnel dans le cadre de consultations médicales ou infirmières, ou une psychothérapie/un conseil assurés par un clinicien spécialisé en SM).
3. **Traitement des troubles mentaux concomitants** : proportion de personnes traitées pour des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives qui souffrent simultanément de dépression, d'anxiété ou de troubles psychotiques et sont également traitées pour ces pathologies.
4. **Dépistage des maladies virales** : proportion de personnes traitées pour des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, dont le statut pour l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH est inconnu et qui sont testées pour chaque virus.
5. **Accès aux services** : proportion de personnes traitées pour des troubles de l'utilisation de substances psychoactives qui bénéficient d'un soutien pour accéder à des services favorisant le rétablissement et la réinsertion (soins médicaux, orientation-recours ou aide à la recherche d'un logement/refuge).
6. **Observation des attitudes du personnel** à l'égard des consommateurs de substances psychoactives<sup>[2]</sup> : proportion du personnel ayant des attitudes positives à l'égard des personnes traitées pour des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (surveillance à l'aide d'un questionnaire, éventuellement adaptée à partir de la référence ci-dessus).

## Références

1. NICE Guidelines. Drug Use Disorders in Adults (QS23). November 19, 2012.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/qs23/resources/drug-use-disorders-in-adults-pdf-2098544097733>
2. Flinders University, National Centre for Education and Training on Addiction. Health Professionals Attitudes Towards Licit and Illicit Drug Users. A Training Resource. 2006. ISBN 1 876897 11 2.  
<https://nceta.flinders.edu.au/application/files/6916/0156/0183/EN150.pdf>

# Chapitre 12 : Malnutrition

## Chapitre 12 : Malnutrition

[12.1 Introduction](#)

[12.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[12.3 Caractéristiques cliniques](#)

[12.4 Évaluation clinique](#)

[12.5 Évaluation SMSPS](#)

[12.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[12.7 Surveillance](#)

# 12.1 Introduction

## 12.1 Introduction

Bien que la malnutrition puisse affecter les adultes et les personnes âgées, ce sont généralement les enfants de moins de 5 ans qui souffrent de manière disproportionnée de malnutrition chronique et aiguë. Ce chapitre porte sur la composante de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) du traitement de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.

Les programmes nutritionnels thérapeutiques (PNT) de MSF doivent prendre en charge les aspects nutritionnels, médicaux et psychosociaux de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et/ou de la malnutrition aiguë sévère (MAS) chez les enfants de moins de 5 ans.

En fonction de la sévérité de leur état nutritionnel, les patients sont traités :

- En milieu hospitalier : centres nutritionnels thérapeutiques hospitaliers (CNTH)<sup>a</sup> ou
- En ambulatoire : centres nutritionnels thérapeutiques ambulatoires (CNTA)<sup>b</sup>.

Les traitements consistent en interventions nutritionnelles, médicales et psychosociales. La stimulation psychosociale a un impact positif supplémentaire sur le développement et le rétablissement de l'enfant<sup>[1]</sup>. Selon la stratégie opérationnelle, des activités nutritionnelles préventives, incluant une composante de SMSPS, peuvent également être mises en œuvre (p. ex., alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence).

### Notes

- (a) D'autres organisations peuvent orienter les patients vers nos CNTI qui servent alors de centres de stabilisation (CS).
- (b) D'autres organisations peuvent orienter les patients vers nos CNTA pour des programmes thérapeutiques ambulatoires (PTA) ou des programmes de supplémentation nutritionnelle (PSN) qui sont habituellement destinés à la MAM.

### Références

1. MSF - Operational Centre Bruxelles 2008. Psychosocial aspects of Child Malnutrition.  
[https://msfint.sharepoint.com/sites/msfint/communities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-146](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfint/communities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-146)

# 12.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

## 12.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

Dans la plupart des chapitres, cette section répertorie uniquement les facteurs de risque de développement de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux. Dans le présent chapitre, cette section porte sur les facteurs de risque psychosociaux et culturels qui peuvent contribuer au développement de la malnutrition. De plus, des facteurs tels que les pénuries alimentaires sévères et saisonnières, les conflits et les déplacements de population figurent parmi les principales causes de la malnutrition dans les contextes d'intervention de MSF. Des facteurs médicaux tels que la diarrhée, le paludisme, le VIH et la tuberculose peuvent également entraîner une malnutrition.

Il est essentiel que les responsables et les membres de l'équipe comprennent les divers déterminants psychosociaux et culturels de la malnutrition dans les contextes où ils interviennent. Pour plus de détails sur ces facteurs de risque, consulter le guide de MSF sur les aspects psychosociaux de la malnutrition infantile<sup>[1]</sup>.

### Facteurs culturels

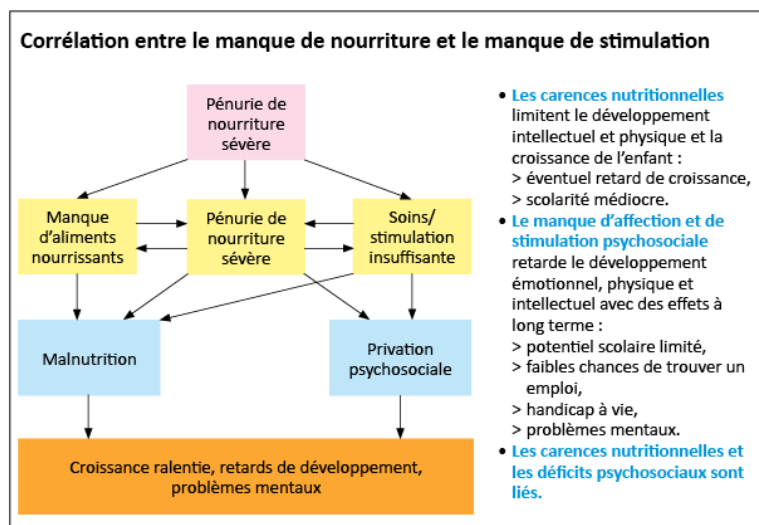
Ces facteurs incluent :

- Pratiques d'allaitement maternel, début de l'alimentation complémentaire, sevrage précoce dû à la naissance de l'enfant suivant, habitudes alimentaires familiales, croyances sur la maladie et la malnutrition, impact du rang de naissance, impact du sexe, impact du rang des épouses (dans les cultures polygames), utilisation de médicaments alternatifs inefficaces ou nocifs, isolement, absence de soutien, etc.

### Facteurs psychologiques

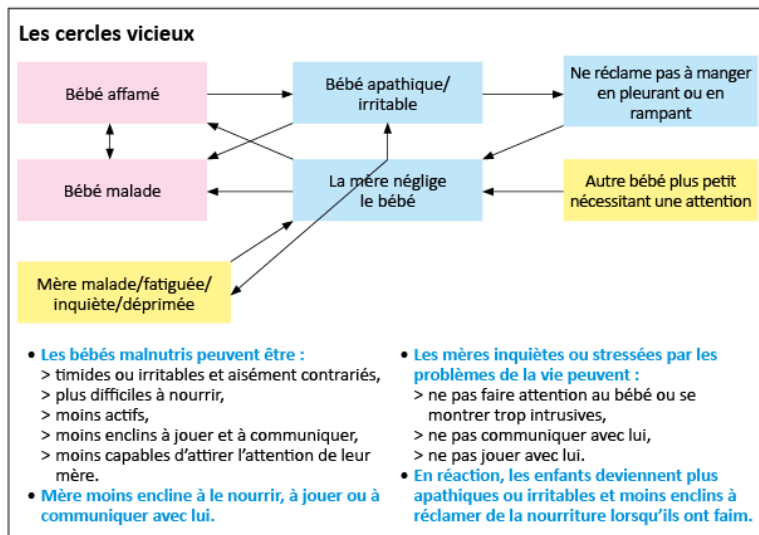
Les facteurs psychologiques jouent également un rôle important dans le développement de la malnutrition infantile. Sous pression en raison de la guerre, du déplacement, de difficultés économiques ou de la pénurie de nourriture, les parents/tuteurs peuvent être désespérés et avoir des difficultés à prodiguer les soins et la stimulation habituels à leurs enfants. Les enfants souffrant de malnutrition peuvent également être difficiles à élever, car ils sont souvent irritables et rejettent la nourriture et le lait qu'on leur donne. Les parents/tuteurs peuvent se sentir désespérés et avoir parfois l'impression qu'ils ont échoué dans leur rôle<sup>[2]</sup>. Des taux élevés de dépression sont observés chez les parents/tuteurs d'enfants souffrant de malnutrition, ce qui a une incidence sur les interactions entre eux<sup>[3], [4]</sup>. Lorsque la personne qui s'occupe habituellement de lui le délaisse, l'enfant se replie sur lui-même et cherche de moins en moins à attirer l'attention. À son tour, le parent/tuteur se replie sur lui-même. Ainsi naît un cercle vicieux avec le repli sur soi croissant du parent/tuteur et de l'enfant. La malnutrition et le manque de stimulation de l'enfant dans le cadre de sa relation avec son parent/tuteur sont des causes majeures du retard de développement<sup>[5]</sup> (voir la [Figure 12.1](#) et la [Figure 12.2](#)). La dépression du parent/tuteur peut avoir des répercussions sur la santé physique et le développement de l'enfant. La détérioration de l'enfant a alors une incidence négative sur le comportement de promotion de la santé du parent/tuteur et sur les soins apportés à l'enfant<sup>[6]</sup>.

**Figure 12.1** - Corrélation entre le manque de nourriture et le manque de stimulation<sup>[7]</sup>.



**Figure 12.2** - Corrélations potentielles entre les problèmes de la mère et ceux de l'enfant dans les environnements stressants<sup>[7]</sup>.





## Références

1. MSF - Operational Centre Bruxelles 2008. Psychosocial aspects of Child Malnutrition. [https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-146](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-146)
2. MSF. International MH WG, 2016. Mental Health and Psychosocial support for children guidelines. [https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-105](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-105)
3. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and Determinants of Common Perinatal Mental Disorders in Women in low- and lower-middle-income countries: a Systematic Review. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2011 Nov 24;90(2):139–49H. <https://doi.org/10.2471%2FBLT.11.091850>
4. Surkan P et al. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization 2011; 89:608–615E.
5. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. The Lancet. 2007 Jan;369(9555):60–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
6. Wemakor A, Mensah KA. Association between maternal depression and child stunting in Northern Ghana: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2016 Aug 24;16(1). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3558-z>
7. Unicef, WHO, 2012 Guidance note for integrating ECD (Early Childhood Development) activities into nutrition programmes in emergencies. [https://www.who.int/publications/i/item/integrating-early-childhood-development-\(ecd\)activities-into-nutrition-programmes-in-emergencies](https://www.who.int/publications/i/item/integrating-early-childhood-development-(ecd)activities-into-nutrition-programmes-in-emergencies)

# 12.3 Caractéristiques cliniques

## 12.3 Caractéristiques cliniques

Les changements de comportement sont fréquents chez les enfants souffrant de malnutrition modérée et sévère et peuvent entraîner une perturbation de la relation positive et mutuelle entre le parent/tuteur et l'enfant.

Les enfants souffrant de malnutrition :

- Sont moins actifs et curieux de leur environnement ;
- Ne cherchent généralement pas à communiquer avec les parents/tuteurs ou ne réagissent pas à une stimulation ludique ou au réconfort du parent/tuteur ;
- Peuvent présenter divers changements de comportement tels que : apathie, irritabilité, agrippement au parent/tuteur, régression à un stade de développement précédent, évitement du contact visuel, anorexie ; dans les cas plus sévères : déconnexion de l'environnement ;
- Peuvent souffrir de retards de développement intellectuel et comportemental.

Les parents/tuteurs peuvent présenter des sentiments exacerbés de culpabilité, d'inquiétude, de stress et de peur ou d'autres problèmes et troubles mentaux (p. ex. dépression).

# 12.4 Évaluation clinique

## 12.4 Évaluation clinique

Une première étape importante est de s'entretenir avec le personnel du CNTI et d'autres intervenants (personnel du CNTA, sage-femmes, agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles) pour comprendre les pratiques socioculturelles du contexte spécifique.

L'équipe doit observer le CNTI à la recherche des signes suivants :

- Apparence des enfants : hygiène, habillement, affect ;
- Altération des interactions entre le parent/tuteur et l'enfant (absence de contact visuel, de contact physique, de jeu mutuel, etc.) ;
- Enfants irritables : le parent/tuteur ne réagit pas aux signaux envoyés par l'enfant ou l'enfant ne réagit pas aux efforts du parent/tuteur pour le réconforter ;
- Pratiques d'alimentation déficientes : aucune interaction sociale, aucun contact face-à-face, alimentation forcée, etc.) ;
- Le parent/tuteur semble épuisé, triste, replié sur lui-même, apathique, etc. ; l'enfant semble triste, apathique, etc.

**Rappel : lors de l'évaluation individuelle des enfants et des parents/tuteurs, toujours exclure les problèmes médicaux potentiels.**

### Évaluation du duo parent/tuteur-enfant<sup>a</sup>

Pour plus d'informations, se reporter à la [Section 3.3](#), Chapitre 3.

- Évaluer le stade de développement, le comportement et l'état émotionnel (affect et interaction sociale) de l'enfant : un tableau présentant les principaux stades du développement (de la naissance à 5 ans) peut servir de guide pour déterminer les capacités de l'enfant (voir [Annexe 1](#)).
- Évaluer le parent/tuteur, à savoir sa santé physique et mentale, le soutien social dont il bénéficie et sa capacité à prodiguer des soins. Procéder à l'interrogatoire clinique du parent/tuteur : examiner l'état mental, recueillir les antécédents personnels et sociaux. Des outils peuvent être utilisés pour évaluer la dépression ou la détresse psychologique (voir [Annexe 3](#)).
- Évaluer les interactions et la relation entre le parent/tuteur et l'enfant : observer et évaluer pendant les repas, les soins et les activités quotidiennes comme le bain (voir [Tableau 12.1](#)).

**Tableau 12.1** - Grille d'observation des interactions mère-enfant, ACF<sup>[1]</sup>

| Interactions entre la mère et l'enfant       |                          |                                                 |                 |
|----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| Date :                                       | Nom de l'enfant :        | Nom de la mère/l'accompagnant :                 |                 |
| CODAGE                                       | ◇ = Toujours ou constant | ● = Occasionnel ou absent                       | ✖ = Non observé |
| Enfant                                       |                          | Mère                                            |                 |
| <b>INTERACTIONS ÉMOTIONNELLES</b>            |                          |                                                 |                 |
| Sourit à sa mère                             |                          | Répond aux sourires de son enfant               |                 |
| Répond aux sourires de sa mère               |                          | Sourit à son enfant                             |                 |
| Montre de l'affection à sa mère              |                          | Montre de l'affection à son enfant              |                 |
| Cherche l'affection de sa mère               |                          | Cherche l'affection de son enfant               |                 |
| <b>INTERACTIONS PHYSIQUES</b>                |                          |                                                 |                 |
| Accepte d'être séparé de sa mère             |                          | Prend l'enfant dans ses bras                    |                 |
| Cherche les contacts corporels               |                          | Incite l'enfant à ne pas trop s'agripper à elle |                 |
| Utilise le toucher pour explorer             |                          | Stimule le toucher de son enfant                |                 |
| Est actif et bouge                           |                          | Incite son enfant à être actif                  |                 |
| Donne des objets à sa mère                   |                          | Prend les objets donnés par son enfant          |                 |
| Prend les objets donnés par sa mère          |                          | Donne des objets à son enfant                   |                 |
| Imite les gestes de sa mère                  |                          | Incite l'enfant à imiter ses gestes             |                 |
| <b>INTERACTIONS VERBALES</b>                 |                          |                                                 |                 |
| Utilise sa voix pour communiquer             |                          | Utilise sa voix pour communiquer                |                 |
| Comprend les ordres et les interdictions     |                          | Donne des explications                          |                 |
| Rit                                          |                          | Réagit aux pleurs de son enfant                 |                 |
| Imite, répond en écho                        |                          | Incite l'enfant à imiter ses sons, ses mots     |                 |
| <b>INTERACTIONS VISUELLES</b>                |                          |                                                 |                 |
| Cherche sa mère du regard et la regarde      |                          | Cherche le contact visuel avec son enfant       |                 |
| Répond aux regards de sa mère                |                          | Regarde son enfant                              |                 |
| Attire l'attention de sa mère sur des objets |                          | Attire l'attention de l'enfant sur des objets   |                 |
| Observe son environnement                    |                          | Incite l'enfant à observer son environnement    |                 |
| <b>TOTAL</b>                                 |                          |                                                 |                 |
|                                              | ◇                        | ●                                               | ✖               |
| INTERACTIONS ÉMOTIONNELLES                   | ◇                        | ●                                               | ✖               |
| INTERACTIONS PHYSIQUES                       | ◇                        | ●                                               | ✖               |
| INTERACTIONS VERBALES                        | ◇                        | ●                                               | ✖               |
| INTERACTIONS VISUELLES                       | ◇                        | ●                                               | ✖               |
| TOTAL                                        | ◇                        | ●                                               | ✖               |
| Commentaires et plan d'action :              |                          |                                                 |                 |

Ce tableau doit être utilisé lors de la première évaluation. Il peut également être utilisé pour le suivi hebdomadaire de l'évolution des interactions.

### **Évaluation des interactions de jeu entre le parent/tuteur et l'enfant**

Rappel : dans de nombreux contextes, les parents ne sont pas les seules personnes l'essentiel de leur temps avec l'enfant ou jouent avec lui à la maison (il peut y avoir des frères et sœurs, d'autres membres de la famille, etc.). Tenir compte de cet élément lors de l'évaluation des interactions.

- Demander au parent/tuteur comment l'enfant joue à la maison et avec qui.
- S'asseoir par terre avec le parent/tuteur et l'enfant et inviter à une séance de jeu avec eux en leur donnant une balle ou un jouet simple (p. ex. bouteille en plastique<sup>[2]</sup>) ou tout objet culturellement approprié. On peut également demander au parent/à l'aidant d'avoir une interaction stimulante qu'il pourrait reproduire à la maison (chanter, parler, danser, etc.).
- Proposer un jeu entre vous, le parent/l'aidant et l'enfant (chanter, taper des mains, etc.) et évaluer la réceptivité.

### **Notes**

(a) Anciennement appelée dyade parent/tuteur-enfant.

### **Références**

1. Action Contre la Faim International - 2013. Manuel d'intégration des pratiques de soins et de la santé mentale au sein des programmes nutritionnels.  
<https://www.actioncontrelafaim.org/publication/manuel-dintegration-des-pratiques-de-soins-et-de-la-sante-mentale-au-sein-des-programmes-nutritionnels/>
2. MSF - Operational Centre Barcelona, 2015. Handbook of play activities for children.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-148](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-148)

# 12.5 Évaluation SMSPS

## 12.5 Évaluation SMSPS

Une évaluation des besoins et des ressources devrait être effectuée comme décrit au [Chapitre 1](#). En outre, lors de la collaboration avec l'équipe médicale pour mettre en œuvre la composante de SMSPS :

- Rechercher des informations sur la prévalence de la malnutrition au sein de la communauté ;
- Tenter de comprendre la malnutrition au sein de la communauté, y compris la perception des enfants souffrant de malnutrition et des mères de ces enfants et les conséquences sociales (stigmatisation, culpabilisation des mères, isolement social) ;
- Évaluer les connaissances du personnel de santé et son attitude vis-à-vis de ces perceptions.

Identifier le type de PNT géré par MSF (CNTI, CNTA, autre) et le nombre d'enfants dans le programme. En cas de crise nutritionnelle, un programme complet de SMSPS est obligatoire.

Toujours demander des informations sur les taux de perdus de vue du CNTA, s'il y a des départs volontaires du CNTI et pourquoi. Se renseigner sur le flux de patients, le calendrier des activités de soins régulières dans le cadre du PNT (visite du médecin, préparation du lait, repas, etc.) et dans l'établissement de santé (pour identifier un lieu dédié aux enfants). Identifier, en coordination avec le superviseur/responsable du PNT, les ressources humaines potentielles pouvant mettre en œuvre l'activité de SMSPS. Il peut s'agir d'une personne de l'équipe de SMSPS (conseiller ou agent de santé communautaire spécialisé en santé mentale), mais aussi d'un assistant-nutritionniste ou d'un agent de santé communautaire.

Toujours collaborer avec le reste de l'équipe médicale pour déterminer la meilleure façon d'intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial dans le PNT afin qu'ils fassent partie intégrante de l'intervention et ne soient pas simplement un élément surajouté. L'intégration des services de SMSPS est plus aisée lorsqu'elle s'effectue dès la conception du PNT.

# 12.6 Planification des activités de SMSPS

## 12.6 Planification des activités de SMSPS

Les interventions sont axées sur le rétablissement et/ou la promotion d'une relation positive mutuelle entre le parent/tuteur et l'enfant et sur la stimulation adaptée au développement.

Une approche pluridisciplinaire associant des pratiques d'alimentation appropriées, des soins médicaux et une stimulation psychosociale est nécessaire à la réadaptation de l'enfant souffrant de malnutrition. La stimulation psychosociale comprend la stimulation émotionnelle, psychomotrice et sensorielle dans le but de promouvoir une interaction positive entre le parent/tuteur et l'enfant. Les activités de stimulation psychomotrice impliquent le mouvement, la parole, le jeu, etc. et sont essentielles dans les PNT<sup>[1]</sup>.

Il est important de créer un environnement agréable et rassurant au sein du CNT I/CNTA et de proposer des activités visant à rétablir et/ou à promouvoir une relation entre le parent/tuteur et l'enfant qui soit mutuellement bénéfique, à fournir une stimulation adaptée au développement, à créer des interactions sociales et à améliorer la thérapie dans un environnement et un espace agréable et joyeux.

Le jeu permet aux enfants de faire preuve de créativité et de développer leur imagination, leur dextérité et leur force physique, cognitive et émotionnelle. Le jeu est indispensable au développement d'un cerveau sain. C'est par le jeu que les enfants interagissent dès le plus jeune âge avec le monde qui les entoure. Des jouets et des séances de jeu doivent être prévus et des espaces de jeu doivent être aménagés, car c'est une bonne façon de rendre les enfants plus actifs et de leur redonner de l'appétit. Les jouets faits main dans le cadre d'activités créatives ou à partir d'objets simples de la vie quotidienne peuvent être très appréciés et bénéfiques pour les enfants et leurs parents/tuteurs.

Les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre des activités psychosociales varient en fonction de la configuration du programme de nutrition, de l'équipe du centre et de la charge de travail. Il est recommandé de faire appel à un responsable des activités de santé mentale (RASM) pour mettre en place des activités de SMSPS intégrées.

### 12.6.1 Paquet minimum

Toutes les activités du PNT sont réalisées par les personnels nutritionnistes. L'intervention d'un RASM est recommandée pendant environ trois mois à la mise en place initiale d'un projet afin d'assurer la formation et la supervision du personnel et d'aider à la mise en œuvre des activités. Un superviseur permanent est ensuite chargé de la formation continue et de la supervision.

**Tableau 12.2** - Paquet minimum pour la prise en charge de la malnutrition

| Toutes structures                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CNTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CNTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer qu'un espace a été aménagé (zones adaptées aux enfants pour des activités stimulantes, aires de repos pour les parents/tuteurs, etc.).</li> <li>• Sensibiliser le personnel et dispenser une formation sur les principes et les activités de SMSPS en rapport avec la nutrition.</li> <li>• Former le personnel pour garantir une communication adéquate entre les soignants, les patients/enfants et les parents/tuteurs (insister sur le fait que le personnel ne doit pas faire de reproches aux parents/tuteurs).</li> <li>• Dispenser une formation sur les premiers secours psychologiques (PSP) au personnel.</li> <li>• Fournir des messages psychoéducatifs à l'intention des parents/tuteurs sur les principes du traitement et, en respectant les spécificités culturelles, sur l'amélioration des interactions parent/tuteur-enfant et les effets négatifs du manque de stimulation.</li> <li>• Identifier les enfants et/ou les parents/tuteurs qui requièrent une référence vers des soins spécialisés (identification des signes et symptômes les plus fréquents de troubles mentaux).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Premiers secours psychologiques, au besoin.</li> <li>• Activités quotidiennes de stimulation psychosociale qui favorisent les interactions entre le parent/tuteur et l'enfant (jeu avec des jouets faits main, chant, danse, massage<sup>[2]</sup>).</li> <li>• Observer et noter dans le dossier de conseil les interactions entre l'enfant et le parent/tuteur (portage, pratique de soins, échanges verbaux et non verbaux) afin de détecter les couples vulnérables et de fournir un soutien au cours des activités psychosociales (pour promouvoir les interactions entre le parent/tuteur et l'enfant).</li> <li>• Identifier les parents/tuteurs souffrant de troubles mentaux sévères (dépression modérée à sévère, psychose) et consulter l'équipe médicale ou la personne désignée pour apporter un soutien.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités quotidiennes de stimulation psychosociale en groupe, qui favorisent les interactions entre le parent/tuteur et l'enfant (stimulation psychomotrice, stimulation sensorielle, jeu avec des jouets faits main).</li> <li>• Observer et noter dans le dossier les interactions entre l'enfant et le parent/tuteur (portage, pratique de soins, échanges verbaux et non verbaux) afin de détecter les paires vulnérables et de fournir un soutien au cours des activités psychosociales (pour promouvoir les interactions entre le parent/tuteur et l'enfant).</li> <li>• Identification et prise en charge (PSP et orientation vers d'autres soins de SM) pour les parents/tuteurs souffrant de troubles mentaux ou de problèmes psychosociaux (isolement social, parents/tuteurs d'adolescents, absence de soutien familial).</li> <li>• Mobilisation des ressources communautaires (famille élargie, voisins, dirigeants pour soutenir la famille si nécessaire).</li> <li>• Référer vers d'autres services spécialisés si nécessaire.</li> </ul> |

## 12.6.2 Paquet complet

Outre les activités décrites dans le paquet minimum :

**Tableau 12.3** - Paquet complet pour la prise en charge de la malnutrition

| Toutes structures                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CNTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CNTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Mettre en œuvre ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions pluridisciplinaires régulières.</li> <li>• Psychoéducation du parent/tuteur sur les stades de développement de l'enfant et l'importance des interactions et de la corrélation avec la malnutrition.</li> <li>• Activités quotidiennes de stimulation psychosociale qui favorisent les interactions entre le parent/tuteur et l'enfant.</li> <li>• Groupes de soutien pour les parents/tuteurs (goûters, groupes d'allaitement, etc.) : environnement idéal pour discuter des difficultés de la maternité, des compétences parentales et des stratégies d'adaptation et fournir un soutien mutuel.</li> <li>• Conseil individuel et de groupe (et suivi) pour les parents/tuteurs souffrant de troubles mentaux courants.</li> <li>• Identifier les parents/tuteurs souffrant de troubles mentaux sévères (dépression sévère, psychose) et les orienter vers le psychiatre/clinicien formé au GI-mhGAP pour un traitement pharmacologique adjuvant.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation des interactions entre le parent/tuteur et l'enfant avec une évaluation détaillée en cas de relations difficiles ou perturbées.</li> <li>• Séances de stimulation psychosociale pour promouvoir les interactions entre le parent/tuteur et l'enfant : au cours de la phase 1, insister sur la conversation et le contact physique avec l'enfant ; à la phase 2 : animer de courtes séances de jeu (20-40 minutes) avec des petits groupes de parents/tuteurs qui jouent avec leur enfant ; consulter le responsable du CNTI afin de connaître le meilleur moment pour programmer ces séances.</li> <li>• Lors de la préparation à la sortie, conseil individuel et discussion de groupe pour informer et sensibiliser les parents/tuteurs sur les bonnes pratiques en vue d'éviter les rechutes (les sujets incluent les causes et les conséquences de la malnutrition, la stimulation psychosociale, les pratiques d'alimentation appropriées et l'utilisation des services de santé).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation des interactions entre le parent/tuteur et l'enfant et conseils concernant la stimulation et les interactions.</li> <li>• Surveiller le bien-être psychologique du parent/tuteur.</li> <li>• Dépistage de la dépression chez les parents/tuteurs (PHQ-9).</li> <li>• Identification des enfants ayant besoin de soins de SM et d'une orientation vers l'équipe de SMSPS.</li> <li>• Soins de SM lorsque des besoins en SM sont identifiés chez l'enfant ou le parent/tuteur.</li> <li>• Référence au besoin.</li> <li>• Activités quotidiennes de stimulation psychosociale en groupe qui favorisent les interactions entre le parent/tuteur et l'enfant (stimulation psychomotrice, stimulation sensorielle, jeu avec des jouets faits main).</li> <li>• Séances individuelles de stimulation psychosociale parent/tuteur-enfant.</li> </ul> |

## Références

1. MSF - 2014. Nutrition Guidelines.  
[https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/RH\\_SVcare\\_WG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-558475343-3477](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/RH_SVcare_WG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-558475343-3477)
2. MSF - Operational Centre Barcelona, 2015. Infant Massage Manual.  
[https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-147](https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-147)



# 12.7 Surveillance

## 12.7 Surveillance

La surveillance de routine des activités est décrite à la [Section 2.7](#), Chapitre 2. Elle doit inclure certains des indicateurs énumérés dans ce chapitre. En outre, les éléments à prendre en compte peuvent inclure les suivants :

### **Amélioration de la santé mentale du parent/tuteur**

Outils : outil de données de SM, dossier de conseil, scores de plaintes et de capacités fonctionnelles, administration d'outils de surveillance tels que les échelles d'impression clinique globale.

- Amélioration de l'état mental
- Amélioration de la capacité à prendre soin de l'enfant, notamment observation de pratiques de soins spontanés et autonomes

### **Amélioration de la santé mentale de l'enfant**

Outils : observation et consignation dans le dossier de conseil.

- Amusement
- Affect
- Capacités de développement
- Interactions sociales, en particulier avec le parent/tuteur

### **Amélioration des interactions entre le parent/tuteur et l'enfant**

Outils : les grilles d'observation peuvent être adaptées à partir de la ligne directrice d'ACF<sup>[1]</sup>.

- Meilleur attachement (liste de contrôle avant et après l'intervention psychosociale)
- Interactions pendant la séance de jeu
- Interactions pendant les soins généraux
- Amélioration de l'hygiène et de l'apparence de l'enfant

### **Surveillance programmatique**

Elle peut être effectuée de diverses manières, par exemple :

- Nombre de séances de psycho stimulation par mois (1/jour)
- Pourcentage de parents/tuteurs diagnostiqués d'une dépression ayant reçu un traitement approprié

## Références

1. Action Contre la Faim International - 2013. Manuel d'intégration des pratiques de soins et de la santé mentale au sein des programmes nutritionnels.  
<https://www.actioncontrelafaim.org/publication/manuel-dintegration-des-pratiques-de-soins-et-de-la-sante-mentale-au-sein-des-programmes-nutritionnels/>

# Chapitre 13 : Maladies chroniques

## Chapitre 13 : Maladies chroniques

[13.1 Introduction](#)

[13.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[13.3 Caractéristiques cliniques](#)

[13.4 Évaluation clinique](#)

[13.5 Évaluation SMSPS](#)

[13.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[13.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents](#)

[13.8 Particularités des soins palliatifs et de fin de vie](#)

[13.9 Surveillance](#)

# 13.1 Introduction

## 13.1 Introduction

Le lien entre la santé physique et la santé mentale (SM) est bien établi. Une mauvaise santé mentale exacerbe les problèmes de santé physique et les problèmes de santé physique peuvent entraîner des troubles mentaux. Les troubles mentaux tels que la dépression représentent un important facteur de risque de mortalité prématurée non seulement dans les pays industrialisés, mais aussi dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Il est important de noter que les problèmes mentaux sont liés à un risque accru de mortalité en raison des problèmes de santé physique associés, notamment les maladies cardiovasculaires et le cancer<sup>[1]</sup>. Les personnes atteintes de troubles mentaux sévères (TMS) présentent un risque deux à trois fois plus élevé de développer une maladie cardiovasculaire, un diabète et d'autres pathologies physiques par rapport à la population générale<sup>[2]</sup>.

Les personnes atteintes de maladies non transmissibles (MNT)<sup>a</sup> présentent un risque deux à trois fois plus élevé de souffrir de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux par rapport à la population générale<sup>[3]</sup>. En outre, les maladies chroniques transmissibles comme le VIH<sup>b</sup> et la tuberculose sont fortement associées à des troubles mentaux et à des problèmes psychosociaux (SMSPS). La dépression est le trouble mental le plus fréquent chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). La prévalence de la dépression majeure chez les patients infectés par le VIH est estimée entre 15 et 40%<sup>[4]</sup>. Il existe de plus en plus de preuves associant des troubles psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété et la psychose à la tuberculose pharmacorésistance et à la co-infection VIH/TB<sup>[5]</sup>.

Les troubles mentaux et les comorbidités peuvent conduire à une mauvaise observance thérapeutique, au non-suivi des conseils médicaux et à une diminution de la capacité à gérer efficacement les symptômes physiques. Ces facteurs peuvent alors entraîner un pronostic plus défavorable, notamment une détérioration de l'état clinique, une mauvaise qualité de vie et une augmentation des comportements à risque.

Le soutien aux besoins en matière de SM des personnes atteintes de maladies chroniques, en particulier par l'inclusion dans les programmes de soutien à l'autogestion (groupes « bien vivre », programmes de soutien par les pairs, etc.) et la prestation de services d'évaluation et de traitement des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux, permet d'améliorer la santé mentale et physique.

MSF a élaboré des guides sur les maladies non transmissibles et l'accompagnement, l'éducation et le conseil (PSEC) pour les personnes vivant avec le VIH et/ou la tuberculose (TB), qui fournissent de plus amples informations.

### Notes

- (a) Dans ce chapitre, le terme « maladies chroniques » renvoie principalement aux maladies non transmissibles et au VIH/à la TB. Selon le guide de l'OCA sur les MNT : « les maladies non transmissibles font référence aux maladies chroniques qui représentent la plus lourde charge de morbidité : hypertension et maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques (asthme et BPCO), diabète et hypothyroïdie, épilepsie et cancer ».
- (b) VIH : virus de l'immunodéficience humaine

### Références

1. Pryor L, Da Silva MA, Melchior M. Mental health and global strategies to reduce NCDs and premature mortality. The Lancet Public Health. 2017 Aug;2(8):e350–1. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30140-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30140-8)
2. WHO - 2018. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf>
3. MSF - Operational Centre Amsterdam, 2018. Non-Communicable Diseases, Programmatic and clinical guidelines. [https://msfintl.sharepoint.com/w/r/sites/msfintlcommunities/IGP/Internal%20guides/NCD%20guideline/Planning/MSF%20OCA%20NCD%20Guidelines%20v5.1\\_clinical%20only%20draft.docx?d=wf3c070ff62ee4239b5995718c61834dd&csf=1&web=1&e=H71s8u](https://msfintl.sharepoint.com/w/r/sites/msfintlcommunities/IGP/Internal%20guides/NCD%20guideline/Planning/MSF%20OCA%20NCD%20Guidelines%20v5.1_clinical%20only%20draft.docx?d=wf3c070ff62ee4239b5995718c61834dd&csf=1&web=1&e=H71s8u)
4. Pieper A et al. Depression, mania, and schizophrenia in HIV-infected patients. Jan 29, 2020. <https://www.uptodate.com/contents/depression-mania-and-schizophrenia-in-hiv-infected-patients>
5. MSF - 2018. Guide d'accompagnement, d'éducation et de conseil des patients adultes vivant avec le VIH et/ou la TB. [https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-152](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-152)

# 13.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

## 13.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

Les facteurs de risque de développement de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux peuvent être considérés comme étant eux-mêmes le résultat de multiples facteurs interdépendants.

S'agissant des facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux chez les personnes atteintes de maladies chroniques, il est important de tenir compte des facteurs de risque suivants en particulier :

- Facteurs liés au mode de vie : en plus d'être un facteur de risque pour les MNT, noter que la sédentarité, une mauvaise alimentation et la consommation abusive d'alcool et d'autres substances psychoactives sont également des facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux.
- Comorbidités : les taux de dépression sont plus élevés chez les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques que chez les personnes souffrant d'une seule maladie chronique (p. ex., une personne atteinte de diabète qui présente également une hypertension est plus à risque de développer une dépression qu'une personne atteinte de diabète uniquement<sup>[1]</sup>). La présence de comorbidités s'est avérée être un important facteur prédictif de l'anxiété et du stress chez les patients atteints de diabète<sup>[2]</sup>.
- Traitements médicamenteux des maladies chroniques : certains médicaments utilisés pour traiter des maladies chroniques peuvent causer des effets secondaires psychiatriques ou exacerber des troubles psychiatriques antérieurs. C'est le cas du lévétiracétam, de la digoxine, de la béclo-métasone, de l'atorvastatine, de la méthildopa et de certains traitements des infections chroniques, dont la cyclosérine pour la tuberculose et l'éfavirenz pour le VIH.
- La non-observance au traitement peut être la cause ou la conséquence de troubles mentaux.
- Perception de la sévérité par le patient : ainsi, la prévalence de dépression est supérieure chez les personnes atteintes de diabète qui pensent souffrir d'une maladie sévère et difficile à traiter<sup>[3], [4]</sup>.
- La stigmatisation liée à certains troubles chroniques augmente le risque de stress, d'anxiété et de dépression. C'est le cas de l'épilepsie, du VIH et de la tuberculose.
- Les processus pathologiques de certains troubles chroniques peuvent être liés à des troubles mentaux et à des problèmes psychosociaux. Les troubles thyroïdiens constituent l'exemple classique à envisager, car ils sont potentiellement une cause directe de symptômes mentaux (les symptômes dépressifs sont associés à l'hypothyroïdie et les symptômes maniaques à la l'hyperthyroïdie). D'autres exemples importants en la matière sont le VIH, la méningite tuberculeuse et la neurosyphilis, qui est associée à des troubles neuropsychiatriques.

### Références

1. Dahal P, Balamurugan G, Basavaraja A. Prevalence and Predictors of Depression among Diabetes Mellitus in Adult Population. *Journal of Psychiatry*. 2017;20(6). 20:6. <https://doi.org/10.4172/2378-5756.1000430>
2. Alzahrani A, Alghamdi A, Alqarni T, Alshareef R, Alzahrani A. Prevalence and predictors of depression, anxiety, and stress symptoms among patients with type II diabetes attending primary healthcare centers in the western region of Saudi Arabia: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2019 Jul 16;13(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0307-6>
3. MSF - 2018. Guide d'accompagnement, d'éducation et de conseil des patients adultes vivant avec le VIH et/ou la TB. [https://msfintls.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-152](https://msfintls.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-152)
4. Joshi S, Dhungana RR, Subba UK. Illness Perception and Depressive Symptoms among Persons with Type 2 Diabetes Mellitus: An Analytical Cross-Sectional Study in Clinical Settings in Nepal. *Journal of Diabetes Research*. 2015;2015:1-9. <https://doi.org/10.1155/2015/908374>

# 13.3 Caractéristiques cliniques

## 13.3 Caractéristiques cliniques

À tout moment au cours de l'évaluation et des soins médicaux au patient, c'est-à-dire du dépistage à la stabilité et à l'observance thérapeutique, des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux peuvent se développer ou être détectés. Il convient donc de les envisager systématiquement à toutes les étapes de la prise en charge des maladies chroniques.

### Diagnostic

Le diagnostic est le début d'un long et difficile parcours impliquant des visites régulières à l'hôpital, l'observance à des protocoles thérapeutiques complexes et des changements de mode de vie. Les examens médicaux ponctuels et périodiques peuvent être invasifs, inconfortables ou douloureux, et nécessiter des médicaments, des injections, des analyses de sang, etc. L'impact potentiel à long terme de la maladie sur la situation du patient et sur ses projets à venir peut être difficile à accepter.

L'adaptation à la réalité de la vie avec une maladie chronique peut entraîner un processus de deuil chez le patient. Pour plus d'informations concernant le deuil, voir [Annexe 15.1](#) et [Annexe 15.2](#).

### Annonce

Le terme « annonce » peut être utilisé dans deux cas différents : l'annonce du diagnostic du patient à d'autres personnes et l'annonce du diagnostic au patient par le médecin/praticien. Pour les maladies transmissibles en particulier, l'annonce peut être un moment très stressant en raison de ses conséquences potentielles sur les relations (rejet familial, divorce, mariage annulé, etc.), la situation financière (chômage, etc.), la stigmatisation et la mise à l'écart de la communauté. Bien qu'il ait été démontré que l'annonce améliore le pronostic<sup>[1], [2]</sup>, de nombreux patients atteints de maladies chroniques choisissent de ne pas parler de leur maladie. Comme pour toutes les interventions, les enfants et les adolescents doivent faire l'objet d'une attention particulière (voir [Section 2.4](#), Chapitre 2 et [Section 13.7](#)).

### Instauration du traitement médicamenteux et observance

Le suivi et la gestion en continu supposent une observance à des traitements parfois à vie. La prise quotidienne de médicaments peut entraîner des effets secondaires désagréables potentiellement stressants, ce qui entrave l'observance thérapeutique. Les cliniciens doivent également garder à l'esprit, comme indiqué à la [Section 13.2](#), que certains médicaments utilisés pour traiter des maladies chroniques peuvent également provoquer des symptômes de trouble mental.

### Progression de la maladie

Les maladies chroniques peuvent s'accompagner d'une augmentation des complications médicales (défaillance viscérale dans le diabète, difficultés respiratoires dans la bronchopathie chronique obstructive, infections opportunistes dans le VIH/SIDA, etc.). Ces complications ont une incidence sur la qualité de vie d'une personne. Elles exacerbent le désespoir et le sentiment que le traitement n'est pas efficace, la peur/l'anxiété face à l'avenir, la dépression, voire les pensées suicidaires.

 Garder à l'esprit que certaines maladies chroniques peuvent entraîner ou être associées à des symptômes neuropsychiatriques. C'est le cas en particulier des maladies infectieuses chroniques qui entraînent directement des processus pathologiques dans le cerveau. Voici quelques exemples :

- Le VIH peut être associé à une psychose, à des symptômes maniaques, à des troubles cognitifs et à la démence.
- La neurosyphilis est associée à une psychose, une agitation et une démence.
- La tuberculose peut provoquer une méningite qui peut se manifester par une agitation ou d'autres symptômes psychiatriques.

### Décisions de fin de vie

Il faut parfois se rendre à l'évidence : la maladie a progressé et la phase terminale approche. C'est un moment pénible pour le patient, sa famille et le personnel qui dispense les soins. Dans certains cas, le patient peut être réticent à discuter de la nécessité de modifier les objectifs thérapeutiques ou de l'éventualité du décès. Dans d'autres, c'est l'évitement du médecin qui limite la possibilité pour le patient d'aborder ces questions (voir soins palliatifs et problématiques de fin de vie, [Section 13.8](#)).

## Références

1. Dessie G, Wagnew F, Mulugeta H, Amare D, Jara D, Leshargie CT, et al. The effect of disclosure on adherence to antiretroviral therapy among adults living with HIV in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. BMC Infectious Diseases [Internet]. 2019 Jun 17;19(1). <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-019-4148-3>
2. Olesen K, Cleal B, Skinner T, Willaig I. Characteristics associated with non-disclosure of Type 2 diabetes at work. Diabetic Medicine. 2017 Jun 6;34(8):1116–9. <https://doi.org/10.1111/dme.13386>

# 13.4 Évaluation clinique

## 13.4 Évaluation clinique

L'évaluation de la santé mentale du patient doit suivre les principes généraux de l'évaluation décrits au [Chapitre 3](#).

Avant de commencer un traitement au long cours (potentiellement à vie) et/ou à différents stades de la prise en charge du patient, veiller à ce qu'une évaluation de la SM soit effectuée en routine pour tous les patients. Cette évaluation de la SM peut être effectuée par le clinicien responsable de la prise en charge du patient ou par un professionnel de la santé mentale (si disponible). La priorité et une attention particulière doivent être accordées aux personnes qui sont plus à risque de développer des problèmes/troubles mentaux, en particulier les patients :

- Diagnostiqués d'une tuberculose pharmacorésistance avant l'instauration du traitement ;
- Ayant des problèmes d'observance persistants, p. ex. les personnes porteuses du VIH/atteintes du SIDA présentant une charge virale élevée et nécessitant un soutien pour l'amélioration de l'observance au traitement<sup>a</sup> ;
- Identifiés par des agents de santé comme rencontrant des difficultés à gérer leur maladie et/ou leur vie en général ;
- Des groupes vulnérables/à haut risque, p. ex. les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe, les enfants, etc. ;
- Souffrant d'une maladie chronique et qui ont des antécédents avérés de trouble psychiatrique.

Les spécificités de l'évaluation de la SM chez les patients atteints de maladies chroniques doivent inclure :

- L'identification des obstacles possibles à l'observance thérapeutique, notamment l'absence de soutien social, la perte d'emploi, le manque de connaissances, l'utilisation de substances psychoactives, les troubles psychiatriques, l'absence de soutien de la part l'équipe médicale, etc. ;
- L'utilisation d'outils de dépistage<sup>b</sup> (voir [Annexe 3](#)) peut être utile, en particulier les suivants :
  - Questionnaire sur la santé du patient à 9 items (PHQ-9) : détection des symptômes de dépression ;
  - Trouble anxieux généralisé (GAD) : détection des symptômes de l'anxiété ;
  - Questionnaire CAGE adapté pour inclure les drogues (CAGE-AID) : détection de la consommation d'alcool et de substances psychoactives ;
  - Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT) : détection de la consommation d'alcool.

### Notes

(a) Consulter le « Guide pour l'éducation thérapeutique et le counseling des adultes vivant avec le VIH et/ou la TB » (guide PSEC), MSF. <https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/IGP/International%20Internal%20guidelines/Forms/AllItems.aspx>

(b) Le choix de l'outil de dépistage à utiliser doit être discuté avec le référent en SM.

# 13.5 Évaluation SMSPS

## 13.5 Évaluation SMSPS

Recueillir et analyser des informations sur le contexte actuel et ses liens avec la prévalence des troubles mentaux observés dans la population cible (voir [Chapitre 1](#)). Il est important de recueillir des informations sur les pratiques culturelles et les croyances, notamment la perception culturelle de la maladie par la communauté locale, les croyances, les mythes, les stéréotypes, les craintes irrationnelles et l'utilisation des services de santé. Comprendre les questions relatives à la stigmatisation et à la discrimination et identifier les groupes de personnes vulnérables qui peuvent être touchées. Exemples concrets : pour le diabète insulino-dépendant, évaluer la perception des injections ; pour le virus de l'hépatite C et le VIH/SIDA, évaluer les comportements en matière de sexualité et de santé reproductive, les coutumes locales, les rôles dévolus aux deux sexes et la dynamique communautaire ; pour l'épilepsie, comprendre les croyances locales (la maladie est parfois expliquée comme étant due à un esprit maléfique, etc.).

# 13.6 Planification des activités de SMSPS

## 13.6 Planification des activités de SMSPS

### 13.6.1. Principes généraux

La santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) sont une composante de la gestion des maladies chroniques et doivent être considérés conjointement avec le PSEC<sup>a</sup> lors de la prestation de soins dans le cadre de projets de prise en charge des maladies chroniques. Le PSEC comprend des activités de soutien éducatif et émotionnel qui sont proposées au patient pour favoriser son adaptation à la maladie chronique. Par conséquent, les activités de PSEC et de SMSPS sont complémentaires lors de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique.

Les principes généraux de cette prise en charge intégrée sont les suivants :

- Une approche pluridisciplinaire, nécessaire pour la détection précoce et le traitement qui répond aux besoins des patients et de leurs familles, selon une approche centrée sur la personne.
- Utilisation des principes des techniques d'entretien motivationnel<sup>b</sup> dans les consultations médicales, de PSEC et de SMSPS.
- Activités de PSEC visant à donner au patient, à sa famille et à son entourage les moyens d'agir face à sa maladie et à son traitement, au-delà des aspects purement médicaux, avec les objectifs suivants :
  - Compréhension et acceptation de l'état de santé, de la maladie et du traitement de la personne ;
  - Reconnaissance des conséquences de leur statut et de leur maladie dans leur vie quotidienne (aspects familiaux, émotionnels et sexuels, amitiés, vie professionnelle, etc.) ;
  - Adaptation du comportement de la personne et acceptation de la réalité de sa situation ;
  - Implication active et responsabilité dans le traitement.
- Prise en charge SMSPS (y compris le traitement psychiatrique), à savoir :
  - Traitement des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux préexistants qui ont une incidence sur la capacité du patient à s'adapter à sa maladie et à la gérer ;
  - Identification et prise en charge des nouveaux troubles mentaux (précaution particulière lors de l'exclusion de problèmes médicaux comme causes potentielles des symptômes/troubles mentaux).
- Identification et soutien de certains groupes vulnérables et/ou marginalisés spécifiques (sans-abris, travailleurs du sexe, minorités ethniques, LGBT+, etc.).
- Veiller à dispenser des soins de suivi.

Pour fournir ces services, différents personnels peuvent participer à l'exécution de différentes tâches de soutien aux patients. Tous les personnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique doivent être formés aux principes de base de l'éducation et du conseil des patients et adopter une approche clinique centrée sur le patient et tenant compte de ses objectifs. Selon la composition du personnel et le paquet de soins dispensés, le responsable des activités de santé mentale (RASM) et le responsable PSEC (s'il y en a un) sont chargés avec le référent médical du projet de s'assurer que les membres de l'équipe de chaque domaine d'expertise collaborent (réunions d'équipe pluridisciplinaires, processus internes d'orientation-recours, discussions de cas, etc.) et couvrent les différents besoins complexes d'un patient afin de dispenser des soins de qualité, individualisés et centrés sur le patient. Il est essentiel de définir clairement les rôles et responsabilités de chaque professionnel, d'établir un dossier patient commun, d'assurer une communication quotidienne entre les personnels médicaux, de SMSPS et de PSEC, et de planifier des réunions d'équipe.

Les activités de SMSPS de base peuvent être ajoutées aux activités de PSEC existantes ou développées en tant qu'activités autonomes afin de soutenir les patients atteints de troubles mentaux modérés et sévères. Les activités peuvent être organisées sous la forme d'un paquet minimum ou complet comme suit :

- Paquet minimum : PSEC et SMSPS de base en soins palliatifs<sup>c, [1]</sup>.
- Paquet complet : PSEC, soins de santé mentale et soins palliatifs plus complets.

### 13.6.2 Paquet minimum

Un RASM ou un responsable de PSEC doit être présent pour soutenir et dispenser une formation à toute l'équipe clinique, y compris les conseillers-éducateurs PSEC, et pour aider à identifier les troubles mentaux. Le RASM doit en outre assurer la supervision clinique de SM pendant au moins les trois premiers mois de l'intervention pour s'assurer que le PSEC est bien mis en œuvre et que les cliniciens prescripteurs peuvent également traiter les troubles mentaux modérés à sévères<sup>d</sup>.

Le PSEC se concentre sur le soutien à l'autogestion des patients, y compris l'acceptation de leur diagnostic, l'observance thérapeutique (capacité à prendre en charge sa santé) et l'aptitude à vivre avec la maladie (compétences d'adaptation). Une bonne autogestion nécessite que les patients :

- Aient une bonne compréhension de leur maladie et sachent comment la gérer ;
- Soient capables de discuter et de convenir de plans et d'objectifs de traitement avec les agents de santé et d'autres personnes qui coordonnent leurs soins ;
- Respectent le plan de traitement/soins convenu ;
- Surveillent et gèrent les signes/symptômes de leur maladie ; sachent quand et comment accéder à des services spécialisés ;
- Poursuivent leurs activités quotidiennes en gérant l'impact de la maladie sur leur bien-être physique et émotionnel ;
- Modifient les comportements de mode de vie négatifs, améliorent leur état de santé général et préviennent la progression de leur maladie ;
- Aient accès à des services de soutien et se sentent capables de les utiliser.

**Tableau 13.1** - Paquet minimum pour les maladies chroniques



|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Éducation du patient</b>                                             | Aider les patients à comprendre leur maladie et leur traitement.<br>Aider les patients à acquérir et à maintenir des compétences leur permettant de vivre avec la maladie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Conseil PSEC<sup>(a)</sup></b>                                       | Aider les patients à trouver des solutions aux problèmes quotidiens qui ont un impact négatif sur l'observance thérapeutique et apporter un soutien émotionnel dans les situations difficiles.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Soutien à l'observance</b>                                           | « L'observance est le degré ou l'étendue de la conformité aux recommandations du soignant concernant les horaires de prise, la dose et la fréquence du traitement quotidien. » <sup>(b)</sup> De nombreux patients ont des difficultés à suivre les recommandations thérapeutiques. Le soutien à l'observance vise à aider les patients à trouver des solutions à leurs problèmes quotidiens qui ont un impact négatif sur leur observance au traitement et à fournir un soutien émotionnel dans les situations difficiles.<br>Le conseil est également utilisé pour les tests/le dépistage, la coordination des soins et la rétention dans le circuit de soins. |
| <b>Groupes de soutien</b>                                               | Permettre aux patients de partager leurs expériences, de les aider à comprendre qu'ils ne sont pas seuls, de les sensibiliser sur leurs défis communs et leurs mécanismes d'adaptation, de réduire leur sentiment d'isolement et de créer un sentiment d'appartenance à une communauté. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances hebdomadaires de 1,5 à 2 heures animées par des conseillers.</li> <li>• Un espace sûr où les personnes peuvent obtenir le soutien de leurs pairs et de leurs conseillers.</li> <li>• Pas de format fixe.</li> </ul>                                                                                                     |
| <b>Identification et prise en charge des troubles mentaux modérés à</b> | Tous les membres de l'équipe doivent être formés pour identifier les troubles mentaux modérés à sévères. Les médecins ou les cliniciens prescripteurs doivent être formés à l'identification et au traitement des TMS conformément au Guide d'intervention mhGAP version 2.0 de l'OMS <sup>[2]</sup> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>SMSPS en soins palliatifs</b>                                        | Le but des soins palliatifs est de contrôler les symptômes physiques d'une personne, de soulager sa souffrance et de répondre à tous ses besoins sociaux, psychologiques et spirituels. L'intervention de base implique l'identification précoce des besoins en soins palliatifs par le personnel médical. L'élément crucial de la santé mentale et du soutien psychosocial en soins palliatifs est la communication centrée sur le patient et la famille pour établir des objectifs de soins et apporter les premiers secours psychologiques.                                                                                                                   |

a Par rapport au conseil non directif, il est davantage ciblé et axé sur les objectifs. Son principal but est l'examen et la résolution de l'ambivalence. Le conseiller est intentionnellement directif dans la poursuite de cet objectif.

b Consulter le Guide pour l'éducation thérapeutique et le counseling des adultes vivant avec le VIH et/ou la TB (guide PSEC), MSF.  
<https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/IGP/International%20internal%20guidelines/Forms/AllItems.aspx>

## 13.6.3 Paquet complet

Outre les activités décrites dans le paquet minimum, les membres de l'équipe de SMSPS (en collaboration avec les membres de l'équipe de PSEC, le cas échéant) assurent les activités de base suivantes. Si le soutien supplémentaire n'est pas disponible, ils peuvent également être désignés pour fournir un soutien à l'observance.

**Tableau 13.2** - Paquet complet pour les maladies chroniques

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Séances de conseil en SM</b>                                                 | <p>Le conseil individuel et/ou familial en SM est utile pour traiter des problèmes de SMSPS, en particulier ceux qui sont sensibles et/ou personnels et que le patient ne souhaite pas évoquer dans le cadre de séances de groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les besoins en SM, une intervention brève de 1 à 5 séances ou une intervention à moyen terme de 6 à 12 séances.</li> <li>• La première séance dure généralement 60 minutes. Chaque séance de suivi dure 30 à 60 minutes.</li> <li>• Les séances ont lieu toutes les semaines ou toutes les deux semaines avec un suivi à 3 mois. Il est préférable de les faire coïncider avec les rendez-vous médicaux, en particulier si les visites fréquentes sont difficiles pour le patient en raison de la distance. Utiliser des outils de dépistage.</li> <li>• Elles doivent être menées par des conseillers en SM ou des psychologues.</li> </ul> |
| <b>Groupe « Bien vivre »</b><br>(voir <a href="#">Annexe 12</a> )               | <p>Séances pour les patients nouvellement diagnostiqués et/ou qui ont des difficultés à gérer leur maladie : adaptation (psychologique et du mode de vie), changement de comportement/motivation, observance thérapeutique, annonce (le cas échéant), communication (avec un promoteur de la santé) et bien vivre (être un patient responsable).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de soutien hebdomadaire de 2 heures avec un nombre fixe de participants (aucune personne supplémentaire n'est incluse après la première séance) et un contenu structuré se poursuivant sur 6 séances.</li> <li>• Séances animées par le conseiller avec l'appui des équipes médicales et de promotion de la santé, selon les besoins.</li> </ul>                                                                                                                                                                              |
| <b>Groupe de psychoéducation</b>                                                | <p>Brèves séances d'information visant à sensibiliser sur l'impact psychologique éventuel et sur les services proposés. Animé par le conseiller ou le promoteur de la santé dans les salles d'attente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Identification et prise en charge des troubles mentaux modérés à sévères</b> | <p>Assurer l'accès à l'évaluation, au diagnostic et aux médicaments psychotropes, en fonction des besoins cliniques. Cela peut s'effectuer dans la clinique des MNT par des médecins formés au mhGAP<sup>[8]</sup> ou par le biais d'une orientation vers un psychiatre externe.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Soins palliatifs avec composante spécialisée en SM</b>                       | <p>Évaluation et gestion des besoins psychologiques lorsqu'ils surviennent. Accompagner le chagrin du patient (perte d'image de soi et conscience de sa propre mort) et celui de ses proches.</p> <p>Aider le patient à vivre aussi activement que possible.</p> <p>Aider le patient et ses proches à discuter des étapes concrètes (assistance à l'autonomie, funérailles, etc.), le cas échéant.</p> <p>Intégrer la composante spirituelle/religieuse (évaluer les besoins et y répondre).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## Notes

- PSEC est le terme utilisé par MSF pour ces activités. L'OMS et d'autres acteurs internationaux utilisent des termes différents, tels que la prévention et le soutien à l'observance pour le VIH, la nutrition, le diabète, etc.
- L'entretien motivationnel est une méthode de conseil directive, centrée sur le patient, pour favoriser le changement de comportement en aidant les patients à explorer et à résoudre l'ambivalence.
- L'OMS définit les soins palliatifs comme une approche pour prévenir et soulager la souffrance des patients (adultes et enfants) et de leurs familles confrontées aux problèmes associés à une maladie potentiellement mortelle. Ces problèmes comprennent la souffrance physique, psychologique, sociale et spirituelle des patients et la souffrance psychologique, sociale et spirituelle des membres de la famille. Les soins palliatifs impliquent une identification précoce et une évaluation et un traitement irréprochables de ces problèmes. Ils améliorent la qualité de vie, promeuvent la dignité, favorisent le confort et peuvent également influencer favorablement l'évolution de la maladie. Ils sont applicables tôt au cours de la maladie en association avec d'autres traitements destinés à prolonger la vie. Ils accompagnent le patient et la famille tout au long de la maladie. Après le décès du patient, ils accompagnent également les membres de la famille endeuillée.
- Une supervision et un soutien supplémentaires de ces activités sont assurés par un autre membre de l'équipe médicale lorsque le RASM n'est pas présent.

## Références

- WHO - 2018. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>
- OMS - 2019. Guide d'intervention pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées.  
[https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhGAP\\_intervention\\_guide\\_02/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
- MSF - Operational Centre Amsterdam, 2018. Non-Communicable Diseases, Programmatic and clinical guidelines.  
[https://msfint.sharepoint.com/w:/r/sites/msfintlcommunities/IGP/Internal%20guides/NCD%20guideline/Planning/MSF%20OCA%20NCD%20Guidelines%20v5.1\\_clinical%20only%20draft.docx?d=wf3c070ff62ee4239b5995718c61834dd&csf=1&web=1&e=H71s8u](https://msfint.sharepoint.com/w:/r/sites/msfintlcommunities/IGP/Internal%20guides/NCD%20guideline/Planning/MSF%20OCA%20NCD%20Guidelines%20v5.1_clinical%20only%20draft.docx?d=wf3c070ff62ee4239b5995718c61834dd&csf=1&web=1&e=H71s8u)

# 13.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

## 13.7 Particularités de la prise en charge des enfants et des adolescents

La compréhension qu'ont les enfants d'une maladie chronique dépend de leur stade de développement cognitif.

Pour les enfants et/ou les adolescents, saisir les implications à court et long terme d'un diagnostic est un processus complexe. Les exigences immédiates du traitement peuvent être déroutantes et frustrantes. La maladie ou le traitement peut entraver le développement et la fréquentation des amis. Les enfants/adolescents peuvent alors être de plus en plus dépendants de leurs parents et de leurs frères et sœurs.

L'annonce aux enfants/adolescents peut être faite sans attendre ou progressivement. L'annonce est essentielle, car elle améliore leur implication dans leur prise en charge médicale et le pronostic. L'explication de la maladie, du traitement et des conséquences doit toujours être adaptée à leur stade de développement cognitif et à leur état émotionnel.

### L'annonce progressive pour les enfants : exemple du VIH

Lors de la prise en charge d'enfants de moins de 12 ans, l'annonce progressive est recommandée<sup>[1]</sup>. L'annonce progressive est le processus qui consiste à informer progressivement les enfants de ce qui se passe dans leur corps, en terminant par le nom de la maladie. Une première étape est l'annonce partielle, c'est-à-dire fournir des informations sur ce qui se passe dans le corps sans nommer la maladie. L'annonce partielle est possible lorsque l'enfant comprend la notion de maladie (souvent autour de l'âge de 5 ou 6 ans, voire plus tôt, selon le stade de développement cognitif de l'enfant). L'annonce complète est habituellement faite autour de 9 ou 10 ans ou lorsque l'enfant pose des questions sur le nom de l'infection/le traitement, ce qui suggère que l'enfant est prêt. L'annonce complète doit être faite au plus tard avant l'âge de 12 ans, lorsque l'enfant atteint l'adolescence. En effet, garder le secret a des conséquences négatives sur le traitement, le bien-être émotionnel et les relations familiales de l'adolescent. L'annonce complète signifie nommer le virus et fournir des informations sur les modes de transmission, la prévention et la santé sexuelle et reproductive<sup>[2]</sup>.

### Problèmes d'observance à l'adolescence

En particulier s'il est asymptomatique<sup>a</sup>, l'adolescent peut ne pas être motivé pour poursuivre le traitement et remettre en question le diagnostic et/ou s'opposer au traitement<sup>b</sup>. Les adolescents s'inquiètent de leur capacité à avoir des relations amoureuses et sexuelles et se demandent s'ils peuvent se marier et avoir des enfants, etc. Les adolescents en désaccord/conflit avec leur famille ou avec les professionnels de santé risquent éventuellement d'arrêter le traitement. Dans le cadre de programmes menés avec des adolescents, des taux élevés de pérennité dans le circuit de soins ont été observés lorsqu'ils avaient défini une stratégie spécifique et appropriée au plan développemental et social<sup>[3]</sup>.

### Soutien des parents/tuteurs

Identifier un parent/tuteur qui s'engage à accompagner et à soutenir l'enfant/adolescent et à suivre de près sa gestion de la maladie (à la clinique et à la maison). Le parent/tuteur apporte à l'enfant des encouragements et un soutien émotionnel. Le parent/tuteur a l'habitude de famille ou un représentant légal de l'enfant. Cependant, il est relativement fréquent que les adolescents rejettent leurs parents/tuteurs à mesure qu'ils aspirent à plus d'autonomie.

Un parent/tuteur souffrant d'un trouble mental (dépression, utilisation de substances psychoactives, etc.) peut avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour s'occuper de l'enfant. Si possible, orienter les parents/tuteurs souffrant de troubles mentaux ou de problèmes psychosociaux vers un autre conseiller pour aborder des questions qui n'entrent pas dans le cadre de la prise en charge de l'enfant. Les séances peuvent également se dérouler avec l'enfant et le parent/tuteur ensemble, avec l'enfant et le parent/tuteur séparément ou avec un groupe d'enfants et de parents/tuteurs.

### Stimulation psychosociale

Les parents/tuteurs considèrent souvent les enfants atteints de maladies chroniques comme étant « malades » et donc incapables d'aller à l'école et de participer à des jeux ou à d'autres activités adaptées à leur stade de développement. Les enfants atteints de certaines maladies chroniques et leur famille peuvent être marginalisés et stigmatisés. Ces enfants peuvent être « invisibles » au sein de leur foyer et se voir refuser la stimulation nécessaire pour progresser au plan développemental. Veiller à ce que les enfants atteints de maladies chroniques soient scolarisés, jouent avec d'autres enfants et participent à des activités de leur âge, selon leurs capacités.

### Notes

(a) Et même s'il présente des symptômes.

(b) Malgré cela, les adolescents qui ont un développement normal sont capables de penser de manière abstraite, de formuler des hypothèses et de les mettre à l'épreuve. Ainsi, ils peuvent émettre des hypothèses sur les causes de la maladie et faire le lien entre les symptômes et la fonction de l'organe. Ils comprennent également la signification de la chronicité, ainsi que la notion de maladie et de traitement à vie.

### Références

1. WHO - 2011. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. December 2011.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241502863>
2. MSF - 2018. Guide d'accompagnement, d'éducation et de conseil des patients adultes vivant avec le VIH et/ou la TB.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-152](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-152)
3. Amir Shroufi, Gunguwo H, Dixon M, Nyathi M, Wedu Ndebele, Jean-François Saint-Sauveur, et al. HIV-infected adolescents in southern Africa can achieve good treatment outcomes. 2013 Jul 31 [cited 2023 May 31];27(12):1971–8.  
<https://doi.org/10.1097%2FQAD.0b013e32836149ea>

# 13.8 Particularités des soins palliatifs et de fin de vie

## 13.8 Particularités des soins palliatifs et de fin de vie

Les soins palliatifs offrent une qualité de vie aux patients et à leur famille confrontée à une maladie incurable et potentiellement mortelle<sup>[1]</sup>. Ils se fondent sur une approche globale et centrée sur le patient de la prévention et du soulagement de la souffrance.

Les principales composantes des soins palliatifs sont les suivantes :

- Évaluer et gérer les symptômes physiques et les besoins psychologiques.
- Évaluer les besoins sociaux, religieux et spirituels.
- Répondre aux besoins de la famille et des autres personnes qui s'occupent de l'enfant.
- Évaluation du pronostic : identification du moment où un patient est en phase terminale, afin de garantir un soutien adéquat et un contrôle des symptômes, si nécessaire.

Le but des soins de fin de vie est de veiller au confort et à la dignité du mourant. Outre le traitement de la douleur et d'autres symptômes, le soutien au bien-être psychologique, social et spirituel du patient et de sa famille doit également être une priorité pour les membres de l'équipe.

Les activités de SMSPS visent à :

- Former et soutenir le personnel médical dans l'exercice de bonnes compétences de communication avec les patients et leurs proches, en les impliquant dans la prise de décision<sup>[2]</sup>.
- Aider et soutenir le patient ou le partenaire/la famille en reconnaissant le chagrin et en fournissant un conseil au besoin (voir [Annexe 15.1](#) et [Annexe 15.2](#)) ;
- Soulager les symptômes pénibles (symptômes liés à l'anxiété/humeur, peur, incertitude quant à l'avenir, agitation, etc.) ;
- Soutenir le patient et la famille en intégrant les aspects religieux et spirituels des soins ;
- Aider les patients à trouver des moyens de vivre aussi activement que possible jusqu'à leur décès ;
- Envisager des interventions qui aident les familles à affronter la maladie de leur proche, à faire face à aux questions de fin de vie, puis à traverser le deuil ;
- Aider les patients et les proches à discuter des étapes concrètes, le cas échéant (p. ex., aide et soins à domicile, funérailles), en particulier dans les situations où les processus normaux sont perturbés (p. ex., épidémies, parcours migratoires, etc.).

### Références

1. Page Web de l'OMS sur les soins palliatifs.  
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. MSF - 2020. International mental health WG. End of life communication; Mediating family meetings and supporting communication with patients and families.

# 13.9 Surveillance

## 13.9 Surveillance

La surveillance de routine des activités est décrite à la [Section 2.7](#), Chapitre 2. Elle doit inclure certains des indicateurs énumérés dans ce chapitre.

Collaborer régulièrement avec d'autres professionnels de santé pour s'assurer que les interventions sont adaptées aux besoins des patients.

Surveiller le pourcentage de patients bénéficiant d'un PSEC conformément au protocole.

D'autres indicateurs pourraient inclure :

- Le pourcentage de patients atteints de la maladie chronique qui ont bénéficié d'un dépistage précoce des symptômes de trouble mental (voir [Annexe 3](#) pour des outils possibles) ;
- L'intégration dans les réunions d'équipe pluridisciplinaires de la prise en compte de l'état psychologique des patients.

# Chapitre 14 : Centres de traumatologie et unités de traitement des brûlés

## Chapitre 14 : Centres de traumatologie et unités de traitement des brûlés

[14.1 Introduction](#)

[14.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux](#)

[14.3 Caractéristiques cliniques](#)

[14.4 Évaluation clinique](#)

[14.5 Évaluation SMSPS](#)

[14.6 Planification des activités de SMSPS](#)

[14.7 Particularités de la prise en charge des patients amputés](#)

[14.8 Particularités de la prise en charge des enfants](#)

[14.9 Surveillance](#)

# 14.1 Introduction

## 14.1 Introduction

Les programmes de soins d'urgence, en particulier les centres de traumatologie et les unités de traitement des brûlés, sont dédiés aux patients gravement blessés qui peuvent être victimes :

- De conflits armés et de violences (explosions, blessures par balle, etc.),
- De catastrophes naturelles (tremblements de terre, typhons, etc.),
- D'accidents non liés à la violence (accidents de la route, explosion de réservoirs de carburant ou de gaz, accidents domestiques, etc.).

De nombreux patients sont affectés non seulement physiquement, mais aussi psychologiquement par l'événement lui-même et les éventuelles blessures qui ont changé leur vie (amputation, cécité, etc.). Il arrive fréquemment que des interventions chirurgicales répétées ainsi qu'un soutien psychosocial soient nécessaires. La détection précoce et les interventions visant à soulager la détresse psychologique sont essentielles pour promouvoir le rétablissement à la fois physique et mental.

Le soutien en santé mentale n'est pas une tâche réservée aux psychologues ou aux psychiatres. Tous les personnels soignants doivent être formés aux premiers secours psychologiques (PSP), à la prise en charge des réactions psychologiques aux traumatismes, à l'écoute active et à l'annonce de mauvaises nouvelles (voir [Annexe 13](#)) pour traiter avec compassion et réconforter les patients confrontés aux répercussions des blessures qui bouleversent leur vie.



# 14.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

## 14.2 Facteurs de risque de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux

L'impact psychosocial des brûlures et/ou des blessures traumatiques dépend des divers facteurs répertoriés ci-après.

### Patient

Les antécédents familiaux et/ou personnels et la personnalité déterminent les réactions et les capacités d'adaptation d'un patient. L'interprétation de l'événement par le patient et la signification qu'il lui donne jouent un rôle dans le processus d'acceptation de la blessure. Bien que la plupart des patients bénéficient d'un soutien et d'un conseil axé sur l'adaptation aux contraintes de l'hôpital et à leur nouvelle condition physique, les personnes qui présentent des symptômes de troubles mentaux et de problèmes psychosociaux doivent faire l'objet d'une évaluation plus poussée et d'interventions spécialisées (voir [Chapitre 2](#)).

### Contexte

L'événement ayant entraîné la blessure du patient a lui-même un impact psychosocial :

- Différent selon que l'événement était dirigé contre la victime personnellement ou dû à un accident.
- Impact sur la famille, les amis ou d'autres personnes touchées par le même événement.
- Destruction de biens matériels (maison, effets personnels, etc.).
- Perte d'êtres chers.

### Conséquences fonctionnelles d'un traumatisme physique (selon le site de la blessure)

- Perte de compétences spécifiques et/ou d'autonomie (amputation d'un membre, cécité, etc.).
- Troubles sexuels.
- Perte de capacité économique (capacité à travailler).
- Perte d'estime de soi (sentiment d'impuissance, détresse, sentiment de culpabilité, etc.).
- Perte des acquis développementaux de l'enfance (régression ou retard de développement, alimentation, etc.).

### Conséquences sociales

- Modification de l'image corporelle.
- Rejet et isolement social potentiel.
- Possibilités de mariage limitées.
- Stigmatisation.

### Réaction de la famille et des proches

- L'anxiété et la détresse des membres de la famille peuvent avoir un impact sur le patient.
- Les membres de la famille traumatisés peuvent être incapables d'apporter un soutien au patient.
- Les parents peuvent se sentir coupables de ce qui est arrivé à leur(s) enfant(s) (accident domestique, etc.).
- Fardeau financier et social pour les familles de patients handicapés.
- Changements de perception de la famille (et de la communauté) après l'incident.

# 14.3 Caractéristiques cliniques

## 14.3 Caractéristiques cliniques

### 14.3.1 Stades de la prise en charge

Les facteurs de stress et les réactions psychologiques peuvent varier selon les différentes phases du traitement.

#### Stade critique

Un sentiment général d'impuissance (perte de contrôle) est fréquent à ce stade. La somnolence, la confusion, la désorientation et d'autres signes cliniques de délire sont fréquents. Le délire est défini comme un niveau de conscience perturbé (c.-à-d. une diminution de la lucidité et de la conscience de l'environnement), avec une capacité réduite à se concentrer, à maintenir ou à reporter son attention, ainsi que des changements cognitifs (p. ex. trous de mémoire, désorientation, troubles du langage) ou développement de troubles perceptifs (p. ex. hallucinations, délires). Le délire peut être hyperactif (agité) ou hypo actif (léthargique). La cause organique sous-jacente doit être identifiée et traitée de manière appropriée. Des épisodes psychotiques de courte durée peuvent également survenir.

#### Stade aigu

Les facteurs de stress sont liés à l'environnement des soins intensifs et à l'incertitude sur les résultats thérapeutiques. La phase aiguë du rétablissement est axée sur les soins de réadaptation tandis que les patients continuent de subir des traitements douloureux (p. ex., changements de pansement, chirurgie, cathétérisme et ponction veineuse). Les patients peuvent avoir besoin de divers niveaux de soins infirmiers touchant à l'intimité, notamment la toilette, l'hygiène personnelle, l'aide pour manger et boire et la mobilisation. Les patients sont davantage conscients de l'impact physique et psychologique de leurs blessures. Des symptômes de dépression, d'anxiété, de troubles du sommeil et de chagrin peuvent apparaître.

Une prise en charge inadéquate de l'anxiété et de la douleur au stade aigu a un impact négatif sur le bien-être psychologique du patient à court et à long terme et est associée à un risque de développer des réactions de stress post-traumatique.

#### Stade de rééducation (moyen/long terme)

Le stade de rétablissement à moyen et long terme débute généralement après la sortie de l'hôpital, lorsque les patients commencent à réintégrer la société. Pour les patients qui ont souffert de brûlures/traumatismes sévères, ce stade peut impliquer la poursuite de la rééducation physique en ambulatoire, parfois accompagnée de procédures telles que des changements de pansement, une kinésithérapie et une chirurgie. Il s'agit d'une période au cours de laquelle les patients retrouvent lentement un sentiment de compétence tout en s'adaptant simultanément aux limites pratiques imposées par leur blessure.

Outre les exigences élevées de la rééducation, les patients doivent faire face à des facteurs de stress sociaux (tensions au sein de la famille notamment) et autres : reprise du travail, troubles sexuels, modifications de l'image corporelle et bouleversement de la vie quotidienne. De nombreuses personnes continuent d'avoir des souvenirs très nets de l'incident, ce qui entraîne une détresse. Les patients peuvent également développer des symptômes de dépression et un trouble de stress post-traumatique (TSPT). La dépression affecte entre 13 et 23% des grands brûlés et le TSPT entre 13 et 45%<sup>[1]</sup>.

La première année suivant l'hospitalisation initiale est une période particulière au plan psychologique, car elle est caractérisée par un haut niveau de détresse. Les patients doivent :

- Affronter le chagrin et faire le deuil de leur vie précédente ;
- Accepter leur nouvelle vie et redéfinir ce que c'est qu'une vie « normale » ;
- Vivre avec les séquelles de l'intervention médicale (amputation, cicatrices, invalidité, etc.). La douleur liée à la blessure et au traitement, y compris les douleurs chroniques, est importante à prendre en considération.

### 14.3.2 Types de douleur et leurs caractéristiques

La douleur joue un rôle essentiel tout au long du traitement et il est important de connaître les différents types de douleur et leurs caractéristiques :

- **Douleur aiguë (durée inférieure à trois mois)** : douleur d'apparition soudaine, ressentie immédiatement après la blessure, généralement d'intensité modérée à sévère initialement, puis diminuant progressivement d'intensité. Elle est généralement de nature nociceptive en raison des lésions tissulaires et diminue au fur et à mesure de la cicatrisation des blessures.
- **Douleur chronique (durée supérieure à trois mois)** : douleur qui persiste au-delà du temps de guérison normal attendu. Elle est due à la sensibilisation chronique du système nerveux central du fait de stimuli nocifs répétés et de haute intensité. Elle peut persister en l'absence de toute physiopathologie ou maladie physique identifiable. La douleur chronique a souvent un impact délétère sur la vie quotidienne. Elle est invalidante et engendre des symptômes psychologiques.
- **Douleur liée à une procédure** : douleur causée par une procédure diagnostique ou thérapeutique (p. ex. pansement, kinésithérapie).
- **Douleur incidente** : douleur provoquée par un simple mouvement (p. ex., la toux).
- **Douleur sourde** : douleur de faible intensité, mais persistante et sans fin apparente.
- **Douleur paroxystique** : douleur caractérisée par une augmentation temporaire de l'intensité au-dessus d'un seuil de référence initial. Elle est généralement sévère, d'apparition soudaine et de courte durée. Plusieurs accès douloureux paroxystiques peuvent survenir quotidiennement. Ce type de douleur peut survenir de manière inattendue et indépendante de tout stimulus (sans incident précédent ou facteur déclencheur manifeste).
- **Membre fantôme** : type de sensation neuropathique ressentie dans un membre ou une partie d'un membre absent. La plupart des amputés éprouvent cette sensation à un moment donné de leur vie. Il est important de faire la distinction entre la sensation de membre fantôme qui n'est pas douloureuse et est presque toujours présente après l'amputation et la douleur du membre fantôme qui est pathologique et nécessite une intervention.

Il est important d'effectuer une évaluation approfondie de la douleur afin de déterminer le principal type de douleur affectant le patient et de garantir ainsi une prise en charge optimale.

## Références

1. Van Loey NEE, Van Son MJM. Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars. American Journal of Clinical Dermatology. 2003;4(4):245–72.  
<https://doi.org/10.2165/00128071-200304040-00004>

# 14.4 Évaluation clinique

## 14.4 Évaluation clinique

La prise en compte de l'ensemble des besoins médicaux, sociaux et émotionnels du patient constitue le fondement des meilleures pratiques de soins dans ces structures. Une évaluation efficace de la douleur du patient est plus susceptible de mener à une stratégie de traitement de la douleur appropriée et donc à une amélioration des résultats en termes de santé mentale (SM). Se reporter aux procédures intersections de MSF pour l'évaluation de la douleur<sup>[1]</sup>.

### Évaluation des patients

Les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux sont associés à plusieurs facteurs, tels que les caractéristiques individuelles de chaque patient, l'expérience traumatique et la sévérité du handicap physique. Lors de l'évaluation d'un patient, prendre en compte tous les aspects décrits à la [Section 14.2](#), en particulier dans les groupes à risque élevé suivants :

- Patients présentant des symptômes de détresse psychologique ou des troubles du comportement (trouble préexistant ou conséquence d'un événement, de blessures et d'une hospitalisation),
- Patients atteints d'un handicap sévère (amputation, défiguration, etc.),
- Patients isolés (pas d'aidants, pas de visiteurs),
- Patients ayant perdu des membres de leur famille dans le même accident,
- Patients ayant vécu des événements terrifiants.

Des outils de dépistage comme les questionnaires SRQ-20, PHQ-9 et GAD-7 peuvent être utilisés à l'admission pour la détection précoce de la détresse psychologique, pour identifier et soutenir ceux qui en ont le plus besoin et pour éviter de passer à côté de patients vulnérables ([Annexe 3](#)). Les patients souffrant de troubles mentaux sévères doivent être traités ou orientés vers des soins spécialisés. Une évaluation des possibilités d'orientation-recours doit être effectuée avant de démarrer les activités.

### Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est essentielle pour une prise en charge optimale. Se reporter à la procédure d'évaluation de la douleur dans le manuel des procédures de soins infirmiers<sup>[1]</sup>.

Bien que l'évaluation de la douleur relève de la responsabilité clinique des médecins et des personnels infirmiers, il est important que les responsables des activités de santé mentale (RASM) et l'équipe de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) sachent effectuer une évaluation de la douleur au cas où ils seraient invités à y participer.

L'intensité de la douleur ressentie par le patient et la façon dont il l'exprime sont liées à plusieurs facteurs :

- Facteurs biomédicaux : type de blessure et état de santé physique du patient,
- Facteurs psychologiques : état d'anxiété et de peur et état psychologique général du patient,
- Facteurs sociaux : représentation culturelle et modalités d'expression de la douleur,
- Facteurs individuels : représentation de la douleur par le patient, mécanisme d'adaptation et compréhension de la situation actuelle,
- Autres facteurs conditionnant la douleur : l'anxiété d'anticipation et les stratégies d'évitement dues à l'hyperesthésie généralisée (augmentation anormale de la sensibilité).

### Références

1. MSF, 2019. Pain assessment, nursing care procedure evidence and rationale.  
<https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/nccg/Manual%20of%20Nursing%20Care/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fmsfintlcommunities%2Fnccg%2FManual%20of%20Nursing%20Care%2F1%2E5%2E%20Pain%20Assessment%2Epdf&parent=%2Fsites%2Fmsfintlcommunities%2Fnccg%2FManual%20of%20Nursing%20Care>

# 14.5 Évaluation SMSPS

## 14.5 Évaluation SMSPS

Pour l'approche générale de l'évaluation en matière de SMSPS, voir le [Chapitre 1](#).

# 14.6 Planification des activités de SMSPS

## 14.6 Planification des activités de SMSPS

Les programmes mis en œuvre dans les centres de traumatologie et les unités de traitement des brûlés visent à aider les patients à mieux gérer leurs réactions au traumatisme physique et aux procédures médicales pendant la phase critique, la phase aiguë et tout au long du processus de rétablissement. Le soutien psychologique et psychosocial est essentiel pour les patients en détresse à tous les stades du traitement.

### 14.6.1 Principes généraux

En raison de la nature complexe des brûlures et/ou des traumatismes, on ne peut s'attendre à ce qu'un seul spécialiste possède l'éventail des compétences et des connaissances et l'énergie nécessaires à une prise en charge exhaustive de ces patients. L'approche pluridisciplinaire est donc la meilleure approche dans ces structures de soins<sup>[1]</sup>.

Une approche pluridisciplinaire intégrée reconnaît l'importance des compétences individuelles dans le traitement et la prise en charge de chaque patient. Dans le cadre de cette approche pluridisciplinaire, les activités de SMSPS doivent veiller à ce que :

- L'état psychologique du patient soit reconnu comme un aspect essentiel dans le cadre de l'amélioration de son état de santé général ;
- L'évaluation psychologique et le conseil soient intégrés aux soins dispensés à tous les patients, tant en milieu hospitalier que dans le cadre communautaire ;
- Le psychologue/conseiller fait partie intégrante de l'équipe médicale (participe aux réunions médicales, confidentialité partagée<sup>a</sup>, contribue aux discussions sur les cas problématiques, etc.).

En raison de leur état physique, les patients blessés sont également plus dépendants de leurs proches (temporairement ou définitivement). C'est pourquoi il est également essentiel d'établir dans toute activité une relation de confiance avec les familles et de leur apporter un soutien afin d'assurer un suivi et une observance appropriés du traitement médical.

On constate très souvent une absence de confidentialité pendant les consultations en milieu hospitalier en raison du manque d'espaces privés (salles communes pour les patients immobilisés). Il s'agit d'un problème auquel l'équipe clinique doit être attentive. Si possible, essayer de trouver une autre pièce ou utiliser des cloisons pour séparer les lits et parler bas.

Le rétablissement physiologique peut être divisé en trois stades principaux (voir [Section 14.3.1](#)) associés à des besoins psychosociaux spécifiques.

#### Stade critique

- Les interventions psychologiques de soutien se concentrent sur les préoccupations immédiates telles que le sommeil, le contrôle de la douleur et la protection des stratégies d'adaptation des patients.
- Des approches non pharmacologiques du contrôle de la douleur, notamment la relaxation, peuvent être efficaces. La prise en charge d'un délire léger peut aussi impliquer des approches non pharmacologiques, par exemple aménager un environnement calme et apaisant, et fournir régulièrement et posément des informations sur le temps, le lieu et les personnes.
- Les membres de la famille peuvent être anxieux et en détresse en observant le patient subir un traitement, ce qui favorise la même réponse chez le patient. Aidez les membres de la famille à comprendre cet effet et à transmettre au patient un sentiment d'espoir et de calme.

#### Stade aigu

- Les salles d'hôpital sont parfois bruyantes et n'offrent aux patients que peu d'intimité ou d'occasions d'être seuls. Il est donc difficile pour eux de se détendre, d'exprimer leur peine, leur colère, leurs frustrations et leurs craintes. Ces facteurs entraînent souvent des troubles du sommeil. La relaxation et d'autres approches apaisantes telles que la méditation peuvent apporter un soulagement. Des solutions pragmatiques telles que les bouchons d'oreille peuvent s'avérer utiles. L'utilisation de courte durée de médicaments favorisant le sommeil peut également être envisagée.
- Il arrive parfois que les patients parviennent à parler de ce qui leur est arrivé, mais ils ne doivent pas être poussés à le faire.
- Consulter un psychologue et un psychiatre si le patient a des pensées suicidaires.
- Effectuer une intervention brève de conseil psychologique en cas de symptômes de dépression, d'anxiété et de traumatisme et pour aider à gérer la douleur.
- Apporter un soutien pendant les procédures médicales, notamment les changements de pansement.

#### Stade de rééducation (moyen/long terme)

- Planifier des visites de suivi dans un service de consultations externes pour dépister les symptômes de détresse et fournir un soutien en continu sous forme de conseil au cours de cette phase très délicate.
- Les ressources auxiliaires comme le counseling par les pairs et les groupes de soutien par les pairs peuvent aussi être des services importants pour les survivants de brûlures et de traumatismes, ainsi que la référence vers des organismes qui offrent de la formation professionnelle, du soutien social, etc.
- Fournir un conseil psychologique à court et moyen terme pour aider à gérer les symptômes de dépression, d'anxiété et de traumatismes ainsi que la douleur.

Lors de la planification de l'intervention, s'assurer de ce qui suit :

- Une approche pluridisciplinaire est mise en œuvre. Les professionnels de la santé mentale font partie de l'équipe médicale ou de l'équipe de soins aux patients (chirurgiens, anesthésistes, personnels infirmiers, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, ergothérapeutes) et participent à des tournées cliniques, des réunions générales et des réunions de gestion de cas spécifiques.

- Les patients souffrant de détresse psychologique peuvent être orientés pour évaluation et suivi par tous les membres de l'équipe. Étant donné que tous contribuent à l'amélioration de l'état de santé du patient, les informations le concernant doivent être partagées entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, et ce, dans l'intérêt du patient.

## 14.6.2 Paquet minimum

Les activités suivantes font partie du paquet minimum et sont menées par les personnels médicaux disposant des compétences adéquates :

- Premiers secours psychologiques,
- Psychoéducation,
- Détection et traitement des patients souffrant de troubles mentaux,
- Orientation vers des soins spécialisés de santé mentale s'ils sont dispensés (ou solutions alternatives, par exemple formation et supervision d'un ou de plusieurs membres de l'équipe médicale en matière d'intervention mhGAP),
- Formation du personnel clinique à la prestation des activités décrites ci-dessus.

Un RASM est recommandé pendant environ trois mois pour assurer le renforcement des capacités, le transfert des compétences et la supervision du personnel médical, infirmier et autre et pour aider à la mise en œuvre de l'activité (voir [Section 2.3.1](#), Chapitre 2).

## 14.6.3 Paquet complet

Outre les activités incluses dans le paquet minimum, le RASM et l'équipe de SMSPS peuvent fournir des soins plus spécialisés au sein du programme pour soutenir les patients et leur famille.

La prestation d'activités de SMSPS dans ce cadre pendant le séjour hospitalier, à la sortie d'hôpital et au cours des soins de suivi peut avoir un impact favorable sur la prise en charge et doit être envisagée lors de la planification initiale du projet.

### Pendant le séjour hospitalier

- Pour la plupart des patients, le psychologue/conseiller a un rôle de soutien (plutôt que « psychothérapeutique »).
- Des activités de soutien psychosocial doivent être incluses : enseignement scolaire pour les enfants (en particulier pour ceux qui sont hospitalisés pendant plusieurs semaines ou plus), activités ergothérapeutiques (artistiques notamment), activités physiquement adaptées, groupes de discussion et autres activités récréatives.

### À la sortie d'hôpital et pendant le suivi

Il est important que l'équipe de SMSPS participe activement à la planification de la sortie d'hôpital. La durée des soins chirurgicaux est généralement plus courte que le temps nécessaire pour répondre pleinement aux besoins de SMSPS. Le suivi après la sortie d'hôpital est essentiel pour les patients sévèrement atteints (psychologiquement et physiquement) qui peuvent rencontrer des difficultés de réadaptation à la vie familiale/sociale. Lors de la planification de la sortie d'hôpital et des soins de suivi, l'équipe de SMSPS doit contribuer à :

- Élaborer un plan de soins individuel, en tenant compte des besoins et des limites du suivi ;
- Faire part de toute préoccupation au sujet de la sortie du patient à l'équipe médicale (nécessité d'être référé, questions sociales à prendre en considération, etc.) ;
- Évaluer les possibilités de suivi ou d'orientation pour des soins de santé mentale (disponibilité d'un service de consultations externes, distance du domicile du patient, services locaux, etc.) ;
- Envisager la prestation de soins de santé mentale ;
- Envisager une orientation vers des groupes de patients (en collaboration avec des kinésithérapeutes : un groupe pour les personnes amputées, p. ex.) ;
- Envisager des groupes de soutien aux aidants et des séances familiales.

### Préparation aux situations d'urgence entraînant un grand nombre de victimes

Dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence, les préoccupations de SMSPS doivent être incluses dans un plan de prise en charge des victimes en grand nombre. Le personnel doit être formé aux PSP adaptés au contexte et à la situation spécifiques, de sorte qu'une intervention de SMSPS puisse être menée auprès des patients et de leur famille en cas d'événement entraînant un grand nombre de victimes.

### Soutien fourni au personnel

Les cliniciens et autres personnels de MSF font très souvent partie des communautés auprès desquelles ils interviennent. Outre les défis habituels de la prise en charge de patients souffrant de traumatismes et de brûlures, ils peuvent parfois être amenés à traiter des auteurs de violence. Compte tenu des conditions de travail difficiles et stressantes auxquelles les personnels sont confrontés, il est important de discuter à l'avance des répercussions sur leur propre santé mentale et de la nécessité de prendre soin d'eux-mêmes en particulier, et il faut veiller à ce que tous les personnels bénéficient d'un soutien.

### Notes

- (a) La confidentialité partagée fait référence à la possibilité de partager des informations sur le patient avec d'autres membres du personnel impliqués dans sa prise en charge, toujours avec le consentement du patient.

### Références

1. Al-Mousawi AM et al. Burn teams and burn centers: the importance of a comprehensive team approach to burn care. Clin Past Surg. 2009 Oct; 36(4):547-554.  
<https://doi.org/10.1016%2Fj.cps.2009.05.015>



# 14.7 Particularités de la prise en charge des patients amputés

## 14.7 Particularités de la prise en charge des patients amputés

Qu'elle soit due à une blessure traumatique ou à une intervention chirurgicale, l'amputation, en particulier d'un membre, a un impact majeur sur la personne touchée et généralement sur sa vie tout entière. Les multiples facteurs énumérés à la [Section 14.2](#) s'appliquent également aux situations d'amputation, bien que l'intensité et l'impact soient souvent beaucoup plus importants.

### 14.7.1 Impact psychologique de l'amputation

Lors du conseil et du soutien psychologique à une personne amputée, il peut être utile de tenir compte des facteurs psychologiques supplémentaires suivants :

- Le choc d'une blessure, associé à de profonds changements au niveau de l'apparence physique et des capacités fonctionnelles, peut intensifier le traumatisme et retarder l'adaptation.
- L'image corporelle est un problème majeur dans l'amputation d'un membre. Les patients peuvent subir une stigmatisation et l'amputation peut entraîner une perte d'estime de soi et une altération de la vision de soi.
- Il est fréquent pour une personne amputée d'un membre d'avoir le sentiment de devoir faire le deuil de cette partie de son corps, de la capacité perdue et de la vie qu'elle aurait menée. Il peut être utile de comprendre les diverses réactions de deuil des individus afin d'apporter un soutien psychologique aux amputés.
- Les patients qui ont été amputés à la suite de complications d'une maladie chronique s'adaptent souvent plus rapidement que ceux qui ont subi une amputation traumatique, car ils ont le temps de se préparer mentalement à ce qui va leur arriver.

### 14.7.2 Adaptation à la prothèse

Selon le membre amputé, l'appareillage prothétique peut être une option dans certains cas. Elle comporte toutefois des avantages et des inconvénients. Bien qu'il y ait des avantages sociaux, professionnels et psychologiques à l'appareillage, l'adaptation à la prothèse comporte des défis uniques.

- Les cliniciens de MSF qui travaillent avec des patients ayant des membres amputés doivent acquérir un certain nombre de notions techniques de base en matière de rééducation et d'appareillage, éventuellement en collaborant avec des kinésithérapeutes spécialisés dans la rééducation de ces patients. Cette formation peut être effectuée au sein de l'équipe clinique, si elle est disponible, ou par l'intermédiaire d'autres organisations. L'amélioration des connaissances peut en effet favoriser l'empathie et aider le clinicien en santé mentale à fournir une psychoéducation et un soutien mieux appropriés et plus opportuns.
- L'appareillage prothétique nécessite une évaluation minutieuse de la situation personnelle, sociale et professionnelle du patient. Une prothèse peut en effet améliorer l'estime de soi et l'adaptation à la nouvelle situation, et aider la personne à retrouver une partie de la fonction perdue.
- Les défis à relever sont notamment d'ordre pratique et incluent les effets physiques du port d'une prothèse (irritation de la peau, infection, ecchymoses, douleur, chaleur, etc.). Les changements de posture, d'équilibre et de démarche ne sont pas rares, en particulier pour les prothèses des membres inférieurs.

### 14.7.3 Traitement de la douleur chez les patients amputés

Comme pour la prise en charge de tout patient ayant subi une blessure traumatique, un traitement approprié de la douleur est essentiel chez les patients amputés. Les soins doivent être fondés sur les principes décrits à la [Section 14.4](#). Certains aspects spécifiques supplémentaires doivent être pris en compte chez les personnes amputées.

- La douleur péri-opératoire doit être traitée de manière proactive. Autrement dit, des mesures spécifiques doivent être prises préalablement à l'intervention pour un contrôle optimal à la fois de la douleur et de l'anxiété en pré- et postopératoire.
- La douleur résiduelle au niveau du membre peut être due à une lésion des tissus résultant de l'intervention chirurgicale ou apparaître longtemps après le rétablissement, en raison d'une prothèse mal ajustée, d'une irritation, d'un frottement ou d'autres facteurs mécaniques.
- La douleur du membre fantôme (décrite à la [Section 14.3.2](#)) est une forme de douleur neuropathique ressentie dans le membre amputé. Elle est extrêmement fréquente et semble être due à des changements neuronaux périphériques et centraux. La réorganisation des neurones dans la région du cortex cérébral du fait du membre manquant est considérée comme étant à l'origine de la douleur du membre fantôme. Bien que l'anxiété et la dépression puissent aggraver la douleur, il n'y a quasiment aucune preuve qu'il s'agit d'une douleur psychogène<sup>[1]</sup>. Les approches thérapeutiques sont centrées sur la kinésithérapie, avec des techniques jugées utiles telles que la thérapie miroir. La douleur du membre fantôme étant d'origine neuropathique, les médicaments peuvent être efficaces, notamment les antidépresseurs tricycliques et la gabapentine.

### 14.7.4 Questions relatives au consentement à l'amputation chirurgicale

L'obtention du consentement pour une amputation chirurgicale est souvent une question cruciale. Dans de nombreuses situations, la nécessité d'une amputation chirurgicale n'est pas immédiatement évidente ou bien celle-ci est retardée afin de stabiliser le patient. Lorsqu'il y a un délai entre la blessure et la chirurgie d'amputation, les patients et leur famille ont souvent de grandes difficultés à accepter l'amputation chirurgicale. C'est même le cas lorsque l'avis d'un expert indique qu'il s'agit du traitement le plus approprié. Le refus de la chirurgie peut parfois avoir des conséquences potentiellement mortelles ou entraîner des hospitalisations encore plus longues et, en fin de compte, une réduction des capacités fonctionnelles.

Le patient et sa famille peuvent être submergés par les émotions et par la peur des répercussions sociales et professionnelles, ce qui peut compliquer la décision de consentement à l'amputation. Le personnel de SMSPS peut apporter une aide en écoutant et en reconnaissant les émotions des patients et en les rassurant. Le rôle du personnel de SMSPS n'est jamais de « convaincre » un patient de consentir à une procédure médicale de quelque nature que ce soit, y compris l'amputation.

Du fait de leur situation particulière, les personnes qui doivent être amputées requièrent des approches cliniques spécifiques. L'expérience de l'amputation peut être associée à un sentiment de solitude et d'isolement. Des pairs, c'est-à-dire des personnes qui ont subi une blessure similaire et ont été traitées pour des pathologies similaires, peuvent apporter un soutien particulier en cas d'amputation. Pour cette même raison, la thérapie de groupe est parfois utile également.

## Références

1. Subedi B, Grossberg GT. Phantom Limb Pain: Mechanisms and Treatment Approaches. Pain Research and Treatment [Internet]. 2011 Aug 14;2011:1–8. <https://doi.org/10.1155/2011/864605>

# 14.8 Particularités de la prise en charge des enfants

## 14.8 Particularités de la prise en charge des enfants

Il importe de traiter adéquatement la douleur<sup>[1]</sup> et de consulter le [Guide clinique et thérapeutique](#) de MSF en la matière. En outre, les enfants requièrent un soutien psychosocial pour faire face aux procédures médicales et poursuivre leur développement. Tous les enfants ont besoin d'activités stimulantes, et certains (de même que leurs parents/tuteurs) pourraient nécessiter un soutien psychologique spécialisé pour se remettre de l'événement traumatique et des blessures qui ont failli leur coûter la vie.

Les parents/tuteurs doivent être évalués (pour déceler la détresse, les sentiments de culpabilité par rapport à l'accident de leur enfant, etc.) et soutenus pendant l'hospitalisation afin de favoriser le rétablissement de l'enfant.

Un conseiller dédié doit être désigné pour préparer l'enfant et la famille au traitement et à la gestion de la douleur. Il suivra l'enfant au cours des premières séances afin de l'aider à affronter la réalité et à contrôler la peur et la douleur.

Les enfants amputés requièrent une attention particulière. L'amputation peut avoir des impacts différents et entraîner diverses réactions, selon le stade de développement de l'enfant au moment de l'amputation. Comme pour les adultes, une approche pluridisciplinaire spécialisée, incluant une composante psychosociale, est essentielle.

L'amputation et les blessures traumatiques sévères peuvent entraîner des séjours hospitaliers de longue durée. L'enfant n'étant plus dans son environnement habituel, son développement peut en être affecté. Il est important d'établir et de maintenir des activités régulières parallèlement à des soins appropriés. Cela comprend une évaluation et un traitement attentifs de la douleur, ainsi qu'une rééducation physique adaptée au stade de développement de l'enfant<sup>[2]</sup>.

Les enfants hospitalisés doivent avoir accès à l'enseignement, que ce soit par l'intermédiaire d'une école ou d'un enseignant rattaché à l'hôpital, ou en liaison avec les autorités scolaires locales. La poursuite de la scolarité est particulièrement importante pour les enfants hospitalisés pour un traitement au long cours.

### Références

1. MSF, 2019. Pain assessment, nursing care procedure evidence and rationale. <https://msfint.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/nccg/Manual%20of%20Nursing%20Care/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fmsfintlcommunities%2Fncg%2FManual%20of%20Nursing%20Care%2F1%2E5%2E%20Pain%20Assessment%2Epdf&parent=%2Fsites%2Fmsfintlcommunities%2Fncg%2FManual%20of%20Nursing%20Care>
2. Khan MA, Javed AA, Rao DJ, Corner JA, Rosenfield P. Pediatric Traumatic Limb Amputation: The Principles of Management and Optimal Residual Limb Lengths. World J Plast Surg. 2016 Jan;5(1):7-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27308235/>

# 14.9 Surveillance

## 14.9 Surveillance

Outre la surveillance de routine des activités décrites à la [Section 2.7](#), Chapitre 2, envisager un suivi des indicateurs suivants :

- Proportion du personnel soignant de l'hôpital qui est formé aux PSP, à l'écoute active et à l'annonce des mauvaises nouvelles.
- Détection précoce des troubles mentaux à l'aide d'outils de dépistage (MHOS, GAD, PHQ, etc.).
- Intégration de la formation aux PSP et de sa mise en œuvre dans l'élaboration des plans de prise en charge des victimes en grand nombre (oui/non et proportion des membres de l'équipe qui ont suivi la formation).
- Intégration dans les réunions d'équipe pluridisciplinaires de la prise en compte de l'état psychologique des patients.

# Chapitre 15 : Personnes atteintes de troubles mentaux sévères

## Chapitre 15 : Personnes atteintes de troubles mentaux sévères

[15.1 Introduction](#)

[15.2 Facteurs de risque de troubles mentaux sévères](#)

[15.3 Caractéristiques cliniques](#)

[15.4 Évaluation clinique](#)

[15.5 Évaluation SMSPS](#)

[15.6 Activités SMSPS](#)

[15.7 Surveillance](#)

# 15.1 Introduction

## 15.1 Introduction

Dans les situations d'urgence humanitaire, la prévalence des troubles mentaux sévères (TMS) passe d'environ 2 à 5 %<sup>[1], [2]</sup> et les patients atteints de TMS sont très vulnérables dans ces contextes. Les TMS constituent une cause majeure d'invalidité, ont un impact considérable sur la vie des patients et représentent un fardeau important pour les familles, les communautés et les services de santé où le nombre de psychiatres est en général nettement inférieur aux besoins<sup>[3]</sup>.

Les personnes atteintes de TMS, notamment celles qui souffrent de troubles invalidants chroniques, sont très exposées à des violations des droits humains et à des soins de qualité médiocre, voire inexistant, en particulier lors des crises humanitaires. Les violations peuvent inclure l'abus, la négligence, l'exclusion sociale et diverses formes de discrimination. Les soins dispensés doivent donc favoriser l'émancipation, garantir l'égalité d'accès, respecter la dignité et l'autonomie de chaque personne et assurer la défense de ces personnes auprès de leur famille, de leur communauté et d'autres intervenants clés<sup>[4]</sup>. L'accès aux soins des personnes atteintes de TMS constitue une priorité pour MSF dans le cadre du développement de programmes de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS)<sup>a</sup>. Il est essentiel de connaître le contexte et la culture afin de comprendre la signification donnée aux troubles mentaux et aux maladies psychiatriques et les croyances traditionnelles associées, afin de proposer des approches adaptées<sup>b</sup> (voir [Chapitre 1](#)).

La pénurie de ressources humaines spécialisées n'est pas un obstacle à l'intégration des soins aux personnes atteintes de TMS et de handicap psychosocial dans les programmes de SMSPS (et, plus largement, dans tous les programmes). Pour remédier au manque de professionnels de SM qualifiés dans de nombreux contextes, MSF suit l'algorithme du Guide d'intervention mhGAP 2.0 de l'OMS et les outils connexes (Guide d'intervention humanitaire mhGAP notamment)<sup>[5]</sup> afin de transférer des tâches de soins de santé mentale. Le Guide d'intervention mhGAP 2.0<sup>[6]</sup> est un outil algorithmique clinique fondé sur des preuves et un module de formation développé par l'OMS et d'autres acteurs. Il est utilisé à l'échelle internationale comme cadre clinique pour l'évaluation et le traitement des TMS. Une formation spécifique sur l'outil mhGAP doit être suivie d'une supervision clinique systématique du personnel médical non spécialisé par un psychiatre (ou tout autre professionnel de la santé mentale tel qu'une infirmière psychiatrique, sur approbation du référent en santé mentale).

Le traitement pharmacologique est l'intervention de première intention dans les TMS, mais il n'est jamais suffisant. Des activités non pharmacologiques complémentaires doivent être mises en œuvre avec les objectifs suivants :

- Établir une relation de confiance avec les patients, fondée sur le respect de leur environnement culturel et sur la connaissance des remèdes traditionnels et des croyances religieuses ;
- Assurer une psychoéducation<sup>[7]</sup>, fournir un soutien à l'observance et former des groupes de conseil/soutien pour les patients et les aidants ;
- Dispenser des soins psychologiques ou une psychothérapie en plus d'autres interventions psychosociales.

Pour les protocoles de traitement, se reporter aux [Guide clinique et thérapeutique](#) de MSF, au Guide d'intervention mhGAP V.2 de l'OMS<sup>[6]</sup> et au protocole de MSF pour le traitement pharmacologique des maladies mentales prioritaires, MSF 2021<sup>[8]</sup>.

### Notes

- (a) Si l'accès n'existe pas déjà dans le cadre des services du ministère de la Santé (MoH) ou d'autres organisations non gouvernementales (internationales). La disponibilité, l'accessibilité et la qualité de ces services, y compris la disponibilité des médicaments, sont évaluées avant de mettre en place un processus d'orientation-recours.
- (b) Le terme de maladie psychiatrique est utilisé comme synonyme de troubles mentaux sévères.

### Références

1. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019 Jul;394(10194):240–8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
2. UNHCR - 2012. Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vade-mecum pour les situations humanitaires. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97944/9789242548532\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97944/9789242548532_fre.pdf)
3. Bruckner, T. A. The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization* 2011; 89:184–194. <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/3/10-082784/en/>
4. WHO - 2012. Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>
5. OMS - 2015. Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548922>
6. OMS - 2016. Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP). Version 2.0. [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhGAP\\_intervention\\_guide\\_02/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
7. MSF - 2018. Basic non-pharmacological interventions for psychiatric disorders.

[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-149](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-149)

8. MSF - 2021. International MH working group. Protocol for Pharmacological management of priority Mental Health Conditions.  
[https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-163](https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=DOCID-1238658340-163)

# 15.2 Facteurs de risque de troubles mentaux sévères

## 15.2 Facteurs de risque de troubles mentaux sévères

Comme pour les troubles mentaux légers et modérés, les facteurs de risque de TMS découlent habituellement d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ainsi que des facteurs liés à la phase de leur vie dans laquelle les patients se trouvent.

Certains patients souffrent de troubles chroniques et invalidants résultant de facteurs de risque biologiques complexes (schizophrénie, trouble bipolaire, etc.). D'autres présentent des réactions aiguës sévères à des événements stressants et sont momentanément incapables de faire face à la situation. D'autres encore souffrent d'une exacerbation de leurs symptômes due à l'arrêt des médicaments pour des raisons personnelles (manque d'observance, effets secondaires, etc.) ou externes (pénurie de médicaments, migration ou déplacement, etc.).



# 15.3 Caractéristiques cliniques

## 15.3 Caractéristiques cliniques

Les patients atteints de TMS présentent des symptômes définis dans les systèmes internationaux de classification diagnostique (CIM-11 ou DSM-V<sup>a</sup>), qui entraînent souvent des altérations majeures du fonctionnement social et professionnel et des difficultés à atteindre des objectifs de vie personnellement identifiés<sup>b</sup>.

Les principaux troubles mentaux sévères sont énumérés ci-après.

- **Psychose (aiguë et chronique)**

Les personnes souffrant de psychose forment l'essentiel des patients traités en psychiatrie. Les patients peuvent présenter une psychose chronique (principalement la schizophrénie) ou des épisodes psychotiques aigus (qui peuvent être liés à un traumatisme ou au stress). Les personnes atteintes de psychose chronique peuvent présenter des épisodes aigus et des rechutes.

Elles peuvent consulter de leur propre chef (ou plus fréquemment à l'initiative de leurs proches) en raison de symptômes et d'expériences qui sont source de grandes souffrances personnelles. Dans certains cas, elles peuvent être amenées en consultation pour un comportement considéré comme perturbateur ou parce qu'elles représentent un danger pour elles-mêmes et/ou autrui.

- **Troubles dépressifs majeurs (et autres troubles de l'humeur tels que le trouble bipolaire)**

Les patients présentant des troubles dépressifs sévères peuvent être un groupe invisible/mal diagnostiqué. Ils peuvent se présenter aux services de soins primaires en se plaignant de symptômes tels que la perte d'énergie, l'épuisement, la perte de poids et divers maux et douleurs. Très souvent, ces symptômes sont mal compris et risquent d'être traités de manière inappropriée.

Certains patients peuvent avoir vécu des événements traumatiques récents ou chroniques, vivre dans des conditions précaires ou avoir perdu leur famille et leur habitation. Avec une prise en charge adéquate (conseil et/ou stabilisation des conditions de vie), ces patients se rétablissent généralement sans recours aux antidépresseurs.

Pour les patients souffrant de dépression sévère, définie par une détérioration significative du fonctionnement et incluant éventuellement des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide, un médicament antidépresseur est prescrit en première intention.

**Remarque :** les patients sous antidépresseur doivent faire l'objet d'un suivi étroit avec une surveillance appropriée et doivent prendre leur traitement quotidiennement pendant au moins 9 mois.

- **Troubles anxieux sévères/trouble de stress post-traumatique (TSPT)**

Pour une description plus détaillée des traumatismes et du TSPT, se reporter à la [Section 5.3](#), Chapitre 5. La détresse psychologique est fréquente chez les personnes ayant survécu à la violence et à des événements potentiellement traumatiques ou subi une grande perte. Certaines personnes développent des symptômes aigus, mais leurs émotions se normalisent habituellement en quelques semaines avec un soutien psychologique approprié<sup>c</sup>. Le TSPT sévère, en revanche, nécessite des soins psychologiques spécialisés. Certains patients ont besoin de médicaments antidépresseurs en association à la psychothérapie.

**Remarque :** le TSPT est souvent associé à une dépression sévère.

- **Diagnostics différentiels neurologiques/médicaux et épilepsie**

L'épilepsie est une maladie neurologique, mais elle est toujours considérée comme faisant partie de la neuropsychiatrie dans de nombreux pays.

L'évaluation et le traitement de l'épilepsie dans le cadre d'une activité de SM de MSF dépendent à la fois du contexte national (si l'épilepsie est considérée comme un trouble mental ou prise en charge par des services de neurologie) et de la disponibilité d'un professionnel ou d'une équipe qualifiée pour la traiter. Pour le protocole de traitement et de prise en charge, se reporter au [Guide clinique et thérapeutique](#), MSF.

Les patients épileptiques sont fréquemment stigmatisés et marginalisés. Ils sont souvent considérés comme possédés par un démon et/ou contagieux. Dans certaines cultures, ces patients sont souvent considérés comme ne pouvant pas être éduqués, occuper un emploi, se marier et avoir des enfants. Les enfants ayant des crises d'épilepsie peuvent ne pas être autorisés à aller à l'école ou à jouer avec d'autres enfants (ils peuvent être cachés).

Dans de nombreux contextes d'intervention de MSF, l'épilepsie est généralement mal diagnostiquée. Il convient de toujours tenir compte des diagnostics différentiels dans le cadre de l'évaluation. En effet, certains patients présentent des convulsions sans pour autant souffrir d'épilepsie. Ces patients doivent être identifiés et traités de manière appropriée. Les convulsions peuvent être liées à des causes organiques majeures (infections cérébrales, hypoglycémie) ou à une détresse psychologique.

**Remarque :** les maladies psychiatriques peuvent être dues à des troubles organiques (parfois associés à un délire). La première étape de l'évaluation d'un patient présentant des symptômes psychiatriques est un examen médical pour écarter toute cause organique.

- **Comorbidité psychiatrique associée à des maladies physiologiques** (VIH<sup>d</sup>, tuberculose, diabète, patients hospitalisés dans des unités de traumatologie, etc.)

Les patients souffrant d'une affection chronique développent fréquemment des troubles mentaux, le plus souvent une dépression (voir [Chapitre 13](#)). L'inverse est également vrai. Les patients atteints de maladies chroniques et de TMS peuvent avoir une mauvaise observance et des taux élevés d'échec thérapeutique. Les patients atteints d'un trouble psychiatrique primaire négligent souvent leur santé physique et présentent des comorbidités. Chez les personnes présentant des symptômes psychiatriques, la première étape consiste donc à exclure un éventuel problème médical qui peut être traité (voir [Chapitre 13](#)).

- **Enfants et adolescents atteints de TMS**

Les enfants et les adolescents peuvent souffrir de troubles chroniques (retards de développement, autisme, retard mental, etc.) qui ne peuvent pas être traités correctement dans les contextes humanitaires. Les séances de soutien avec la famille peuvent toutefois être utiles. Les proches ont en effet besoin d'explications sur ces troubles et d'instructions sur les interventions faciles à mener à domicile (stimulation appropriée, exercices, etc.).

**Pour les enfants de moins de 15 ans, les médicaments ne sont généralement pas l'intervention de choix en première intention** (sauf dans l'épilepsie). Si les troubles sont sévères et ont des répercussions sur les frères et sœurs et/ou les parents, un traitement médicamenteux peut être envisagé. La décision de prescrire un médicament psychotrope doit être validée par un psychiatre (spécialisé en pédopsychiatrie si possible) ou par le référent en santé mentale. L'utilisation de la plateforme de télémédecine pourrait également être envisagée dans ces cas.

**Remarque :** dans certains pays à revenu intermédiaire, on observe une tendance à la surprescription de médicaments aux enfants en raison du manque de formation sur la psychopathologie de l'enfant. De bonnes compétences/capacités thérapeutiques (thérapie de jeu, thérapie de groupe, etc.) doivent être développées pour les enfants sévèrement traumatisés, car le conseil ne suffit pas.

- **Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives**

Les troubles psychiatriques sont surreprésentés chez les consommateurs de drogues. La drogue est souvent utilisée en automédication pour soulager le trouble ou des comorbidités. La consommation de drogue est également un facteur de risque de troubles mentaux tels que des épisodes psychotiques dus à un abus. Généralement, les consommateurs de drogue font partie des groupes les plus socialement marginalisés (voir [Chapitre 11](#)).

La liste des diagnostics ci-dessus illustre la diversité des tableaux cliniques, dont la plupart sont complexes dans les situations d'urgence humanitaire (traumatismes, vie désorganisée/conditions de vie précaires, perturbations au sein de la famille, etc.). Pour des informations détaillées sur les symptômes des troubles psychiatriques et le traitement pharmacologique, consulter le Guide d'intervention mhGAP<sup>[1]</sup> de l'OMS.

## Notes

- (a) Classification Internationale des Maladies, 11<sup>e</sup> révision (norme mondiale pour les informations de diagnostic médical) et Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition.
- (b) Les projets peuvent obtenir une copie du DSM ou de la CIM auprès de leur bibliothèque de terrain.
- (c) Aide au processus de deuil et gestion des symptômes liés au traumatisme.
- (d) VIH : virus de l'immunodéficience humaine

## Références

1. Bruckner, T. A. The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach. Bulletin of the World Health Organization 2011; 89:184-194.  
<https://www.who.int/bulletin/volumes/89/3/10-082784/en/>

# 15.4 Évaluation clinique

## 15.4 Évaluation clinique

Se reporter à l'évaluation des patients décrite au [Chapitre 3](#). En ce qui concerne les TMS, il est essentiel de connaître le contexte socioculturel/les croyances et l'utilisation des services de santé pour ces maladies ainsi que la compréhension du trouble par le patient/la famille. Il importe aussi de déterminer si le patient a consulté un guérisseur traditionnel et quel traitement lui a été fourni.

Une **évaluation médicale** (spécialisée) approfondie est requise lorsque les patients présentent un ou plusieurs des symptômes et signes suivants :

- Comportements étranges ou anormaux,
- Pensées désorganisées,
- Propos incohérents,
- Trouble de l'humeur (exaltée, irritable, triste),
- Pensées suicidaires et automutilation,
- Autonégligence et négligence envers d'autres personnes (y compris les enfants),
- Difficultés importantes à faire face à la vie quotidienne,
- Utilisation de substances psychoactives,
- Symptômes physiques sans explication médicale.

L'évaluation médicale doit permettre d'atteindre les objectifs suivants :

- Exclure une maladie physiologique comme étant à l'origine des symptômes psychiatriques (infection, traumatisme, AVC, trouble endocrinien, utilisation de substances psychoactives, effet secondaire d'autres médicaments pris par le patient, etc.).
- Passer en revue tous les troubles physiologiques et psychiatriques actuels et antérieurs, recueillir les antécédents familiaux et noter les traitements antérieurs (y compris les traitements traditionnels).
- Effectuer un examen de l'état de santé mentale (apparence, orientation, humeur et affect, etc.).
- Établir le diagnostic.
- Élaborer un plan de soins comprenant le soutien social, le conseil, des interventions psychologiques, etc.

En cas de dépression sévère, il est recommandé d'utiliser le questionnaire sur la santé du patient à 9 items (PHQ-9, [Annexe 3](#)). Un score de dépistage aide les cliniciens à évaluer le niveau de sévérité et à envisager (ou non) de prescrire un traitement antidépresseur.

# 15.5 Évaluation SMSPS

## 15.5 Évaluation SMSPS

Pour l'approche générale de l'évaluation en matière de SMSPS, voir [Chapitre 1](#).

# 15.6 Activités SMSPS

## 15.6 Activités SMSPS

### 15.6.1 Principes généraux

**Une prise en charge doit être proposée aux patients atteints de TMS :** des préoccupations concernant la viabilité et la pérennité de la mission peuvent inciter les responsables à envisager de ne pas fournir de traitement pour les TMS. Néanmoins, l'accès aux soins pour les patients atteints de TMS doit être garanti dans tous les programmes MSF. Les modèles d'organisation dépendent de la prévalence des TMS et du contexte (camps de déplacés ou population urbaine, urgence ou post-urgence, ressources disponibles, etc.).

Avant de décider de la mise en œuvre d'un paquet minimum ou complet, évaluer :

- La disponibilité nationale des services et des ressources de santé mentale à l'aide de l'Atlas de l'OMS<sup>[1]</sup> qui comprend des profils de pays spécifiques ;
- Les établissements psychiatriques locaux (hôpitaux psychiatriques, autres services, etc.) ou les acteurs humanitaires fournissant des soins psychiatriques ; évaluer en particulier le respect des droits des patients par les établissements locaux ;
- Les acteurs de SMSPS et les acteurs médicaux (système de sensibilisation et de références) ;
- Les procédures administratives/d'importation pour les psychotropes et les personnes habilitées à les prescrire (uniquement les médecins, personnels infirmiers, etc.).

**Modèle de soins centré sur le rétablissement :** les personnes atteintes de TMS peuvent et vont se rétablir. Le rétablissement est un processus actif et non un résultat final. C'est un cheminement personnel, et sa signification peut être différente pour chaque personne. L'approche centrée sur le rétablissement comprend un certain nombre de principes fondamentaux, élaborés dans le Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits, page 41<sup>[2]</sup>. Le rétablissement signifie notamment garder espoir et être optimiste face à l'avenir, mener une vie ayant du sens et avec des objectifs, être autonome, choisir et être en charge de sa santé et de sa vie, et entretenir des relations avec la famille, les amis et la communauté.

Le rétablissement est défini par les patients eux-mêmes et non par les cliniciens ou d'autres personnes comme les membres de la famille. On peut parler de rétablissement lorsque les personnes peuvent vivre leur vie comme elles l'entendent et se fixent et atteignent des objectifs personnels en présence ou en l'absence de tout trouble mental ou handicap et des nombreuses pertes qui peuvent lui être associées, telles que l'isolement, la pauvreté, le chômage et la discrimination.

Des plans de traitement individualisés (plans de rétablissement) doivent être établis par et avec le concours de toutes les personnes atteintes de TMS et de handicap. Dans le cadre de l'élaboration du plan, il importe d'aider le patient à définir ses propres objectifs et à identifier éventuellement les personnes, les organisations et les approches thérapeutiques qu'il souhaiterait inclure dans le plan<sup>[3]</sup>. À l'aide du guide de formation de l'OMS sur l'évaluation de la qualité et le respect des droits<sup>[4]</sup> et des diapositives de cours associées<sup>[4]</sup>, une approche du rétablissement peut être introduite et intégrée à tout projet assurant la prise en charge des soins de santé mentale.

**Violations des droits humains, stigmatisation, manque d'informations sur les troubles mentaux et le handicap :** les familles et les individus peuvent ne pas faire appel aux services de santé en raison de croyances traditionnelles et du manque de connaissances sur l'efficacité des soins ou même leur disponibilité. Les patients atteints de TMS peuvent être stigmatisés et mal traités (placés sous contention, abandonnés). Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, il n'y a généralement pas d'accès à des services psychiatriques publics. Pour améliorer les connaissances de l'équipe sur les droits des personnes atteintes de troubles mentaux et de handicap psychosocial, l'équipe QualityRights de l'OMS a élaboré une série de formations<sup>[5]</sup>.

**Priorité aux consultations externes :** la prise en charge des personnes atteintes de TMS doit être axée sur le traitement ambulatoire au sein de la communauté<sup>[6]</sup>. Le traitement ambulatoire permet en effet aux patients de rester dans leur foyer/communauté et favorise l'intégration et l'acceptation. Il s'agit notamment des activités suivantes :

- L'identification,
- Le diagnostic,
- Le traitement ou la référence (selon les ressources disponibles),
- L'implication de la famille et de l'aidant dans le plan de traitement.

Les interventions nécessitent une collaboration locale avec un psychiatre ou un « clinicien mhGAP » (médecin/clinicien/personnel infirmier) et le responsable des activités de santé mentale (RASM), s'ils sont présents. Le programme est sous la supervision du référent/coordonnateur médical du projet qui surveille les ordonnances ainsi que la consommation et l'importation de médicaments.

**Suivi à long terme :** les troubles psychiatriques peuvent être aigus, transitoires ou chroniques. Un traitement peut être nécessaire pendant plusieurs semaines, mois ou années. La continuité des soins est difficile et doit être étroitement surveillée (protocoles pour les perdus de vue, équipe de sensibilisation pour la recherche active de cas, visites à domicile pour le soutien communautaire, etc.). La nécessité d'une hospitalisation ne concerne qu'un nombre limité de patients. La qualité des capacités locales (si elles existent) doit être évaluée pour établir un processus d'orientation-recours lorsque cela est possible.

**Relation patient/clinicien :** l'efficacité des soins psychiatriques dépend de la relation interpersonnelle établie entre le patient, sa famille, le clinicien prescripteur et l'équipe de SMSPS. Il est difficile d'agir sans la confiance du patient et de sa famille. L'observance thérapeutique repose souvent sur le soutien familial (les familles non coopératives ou les patients isolés peuvent être difficiles à gérer). L'éducation thérapeutique (efficacité, durée du traitement, effets secondaires, etc.) est d'une importance primordiale. Elle est assurée par le clinicien prescripteur et renforcée par des conseillers formés. Le processus thérapeutique est souvent remis en question notamment par l'ambivalence, les idées délirantes, la détresse sévère associée à un risque suicidaire et le comportement d'opposition des patients.

**Le premier contact/l'accueil** doit être organisé correctement (atmosphère générale de la salle d'attente, membre de l'équipe disponible pour une évaluation immédiate, protocole d'urgence, etc.).

**Les plans de soins sont adaptés à chaque patient**, avec différentes composantes liées au diagnostic, au niveau de sévérité/comportement perturbateur, à la durée prévisible du traitement, à la situation familiale et socioculturelle et à la prise en compte de situations particulières.

**Principes d'une prescription sûre :**

- Exclusion des contre-indications
- Informations sur les effets secondaires et la durée requise du traitement
- Participation d'un membre de la famille
- Suivi étroit pendant les premiers jours/premières semaines
- Les médicaments doivent toujours être associés à des interventions psychosociales

**Suivi régulier et surveillance des éléments suivants :**

- Évolution des symptômes et/ou de l'état général
- Observance au traitement médicamenteux et/ou effets secondaires
- État de santé de l'aidant
- Interventions psychosociales

**Quand ne pas envisager d'instaurer en routine un traitement psychotrope :**

- Enfants de moins de 15 ans.
- Situation de transit sans possibilité de suivi. Exceptionnellement, les patients peuvent recevoir trois mois de traitement dans certains contextes, en particulier ceux qui étaient précédemment sous traitement et souhaitent le poursuivre<sup>a</sup>.
- Défis prévisibles liés à l'observance (c.-à-d. populations en mouvement, vivant dans des régions éloignées des établissements de soins) et/ou à la fourniture de médicaments psychotropes (c.-à-d. garantie de disponibilité de médicaments sûrs, restrictions à l'importation).
- Lorsque la personne refuse le traitement. Instaurer un traitement sans le consentement du patient est une décision grave qui requiert la prise en compte des droits du patient, de son autonomie et de son droit à la santé.

**Pour les femmes enceintes ou allaitantes**

Se reporter aux recommandations spécifiques figurant dans le [Guide clinique et thérapeutique, Chapitre 11](#), MSF.

En **cas d'urgence**, les cinq psychotropes suivants sont disponibles et facilement intégrés dans le kit sanitaire d'urgence inter-institutions de l'OMS<sup>71</sup> :

- Halopéridol : comprimés de 5 mg et solutions injectables en ampoules de 5 mg
- Amitriptyline : comprimés de 25 mg
- Buprénorphine : comprimés de 2 mg
- Diazépam : comprimés de 5 mg et solutions injectables en ampoules de 10 mg
- Phénobarbital : comprimés de 50 mg

## 15.6.2 Paquet minimum

Le traitement des patients atteints de TMS est abordable, rentable et donne de bons résultats en matière de santé à condition que les troubles soient détectés et traités tôt. Les activités sont organisées en fonction des ressources disponibles.

Le paquet minimum de soins aux patients atteints de TMS comprend le dépistage et la prise en charge efficace et sûre des patients. La prise en charge des patients atteints de troubles sévères peut être effectuée par MSF ou par d'autres acteurs. Le principal défi est qu'il n'y a généralement pas d'acteurs capables de fournir des soins de qualité aux personnes atteintes de TMS (c'est particulièrement le cas dans les situations d'urgence). Si les options de références sont inexistantes ou inefficaces, le projet doit alors apporter un traitement. L'évaluation et le traitement doivent être réalisés par un clinicien formé au mhGAP, en veillant à ce qu'il soit en permanence supervisé par un psychiatre, même si cela n'est possible qu'à distance. S'il n'y a pas de cliniciens formés au mhGAP disponibles, MSF doit traiter les urgences psychiatriques et former au moins un clinicien au mhGAP dès que possible (en ligne ou en présentiel selon les disponibilités). Rappel : les médecins formés au mhGAP sont des personnels non spécialisés et ne remplacent pas les psychiatres.

## 15.6.3 Paquet complet

Dans l'idéal, une activité pour les patients psychiatriques fait partie intégrante d'une intervention de SMSPS pour les personnes ayant des troubles mentaux modérés à sévères, avec une équipe pluridisciplinaire fournissant des soins spécialisés (soutien social et psychologique et médicaments si nécessaire).

L'équipe de SMSPS comprend, outre le RASM, les personnels suivants :

**Médecins prescripteurs<sup>b</sup>**

Chaque pays a sa propre législation ou une politique spécifique émanant du ministère de la Santé concernant les types de cliniciens autorisés à prescrire des médicaments psychotropes. Les psychiatres auront toujours cette capacité, mais sont rarement disponibles. Selon le lieu, les médicaments psychotropes peuvent également être prescrits par des médecins de soins primaires (généralistes), des personnels infirmiers en santé mentale ou d'autres cliniciens. L'autorité responsable peut également exiger des cliniciens prescripteurs qu'ils suivent une formation spécifique (par exemple, la formation au guide d'intervention mhGAP) pour être autorisés à prescrire. Il est important que chaque projet vérifie les lois, politiques et pratiques nationales pour s'assurer que MSF les respecte. MSF exige également que les cliniciens soient formés au Guide d'intervention mhGAP, qui inclut les compétences suivantes :

- Première évaluation (voir [Chapitre 3](#)),
- Suivi médical, y compris observance au traitement psychotrope,
- Psychoéducation sur le diagnostic et le traitement,
- Capacités de communication.

Les cliniciens bénéficieront également d'une formation à certaines approches de conseil simples qui peuvent être intégrées à l'évaluation psychiatrique de routine et aux rendez-vous de suivi, notamment les aspects de la résolution méthodique des problèmes, les entretiens motivationnels et le soutien à l'observance.

Le psychiatre doit superviser en permanence le(s) clinicien(s) prescripteur(s). Ce psychiatre peut être constamment sur le terrain, se rendre sur le terrain tous les mois/les trois mois et/ou apporter un soutien à distance.

#### **Psychologue spécialisé/conseiller formé**

- Il identifie les symptômes de troubles sévères et oriente vers une équipe médicale spécialisée pour une évaluation plus approfondie. Dans les activités MSF, les psychologues doivent poser un diagnostic différentiel des troubles mentaux et discuter avec le clinicien mhGAP. Il est demandé aux conseillers d'indiquer le syndrome du patient (c.-à-d. dépressif, anxieux, traumatique, etc.).
- Il incite à l'observance thérapeutique des patients, y compris l'observance au traitement et aux interventions à domicile.
- Il élabore un plan de soins de soutien psychologique qui est discuté lors des réunions d'équipe, sous la supervision du patient et de l'aidant (si nécessaire).
- Il dirige des interventions thérapeutiques, individuelles/familiales ou des groupes de soutien pour les patients.
- Il apporte son renfort aux groupes de soutien aux aidants (éducation sur le traitement et l'observance, partage des difficultés et des solutions, etc.).

#### **Équipe psychosociale (ASC spécialisés en santé mentale ou travailleurs psychosociaux de la communauté/du camp)**

- Ce sont les membres de l'équipe les plus susceptibles d'être les premiers en contact avec le patient. Ils sont chargés (avec tous les membres de l'équipe) de s'assurer que la salle d'attente est calme et accueillante, d'effectuer une évaluation à des fins de triage et d'orienter en interne vers un psychiatre ou un psychologue.
- Soutien communautaire : visites à domicile avec l'approbation du patient et de sa famille, coordination avec d'autres ressources communautaires, identification des problèmes de protection, etc.
- Activités de sensibilisation : coordination avec d'autres acteurs psychosociaux, sensibilisation de la communauté aux services, etc.
- Contribuer à la réduction de la stigmatisation au sein de la communauté.

Les conditions requises pour pouvoir fournir des soins efficaces et de bonne qualité sont énumérées ci-après.

#### **Un lieu de travail adéquat**

- Un endroit calme et accueillant.
- Une grande salle pouvant accueillir de petits groupes (et des réunions d'équipe).
- Un nombre suffisant de salles pour les consultations (séances individuelles/familiales).
- Un espace et du matériel dédiés pour les enfants (grandes pièces, jouets et autre matériel).
- Une pièce pour les patients de jour.

#### **Organisation collective en tant qu'équipe pluridisciplinaire**

- Réunions d'équipe hebdomadaires (cliniques et d'organisations).
- Discussions de cas pluridisciplinaires (pour élaborer un plan thérapeutique conjoint avec les patients).
- Mise à jour des dossiers/données patient, en incluant les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques (un patient, un ou plusieurs troubles mentaux, un dossier médical).
- Implication du référent médical de projet.
- Supervision clinique régulière de tous les membres de l'équipe.
- Si la configuration du projet le permet et si le patient donne son accord, il peut être utile que la consultation initiale avec le psychiatre ou le clinicien mhGAP soit une séance conjointe, avec la participation du psychologue/conseiller. Très souvent, c'est la première consultation pour le clinicien mhGAP, mais peut être la deuxième ou la troisième pour le conseiller/psychologue. Après la séance, les deux professionnels doivent analyser ensemble les motifs de consultation du patient et s'accorder sur un diagnostic différentiel. Ensuite, ils doivent discuter avec le patient de ses objectifs de rétablissement et élaborer un plan de traitement.

#### **Processus internes de références**

- Les agents de santé communautaires doivent recevoir une formation spécifique sur les troubles psychiatriques et les symptômes courants. Tous les membres de l'équipe de SMSPS sont correctement formés et connaissent le processus d'orientation vers un psychiatre, un psychologue ou un autre professionnel de la santé mentale.
- Dans une équipe pluridisciplinaire efficace, les psychologues et les conseillers doivent s'assurer que les patients qu'ils traitent pour des TMS ou des maladies mentales et qui ne répondent pas à la thérapie par la parole soient orientés vers des cliniciens prescripteurs pour évaluation et traitement dans le cadre d'une prise en charge partagée.
- Les médecins prescripteurs doivent également veiller à orienter les patients susceptibles de tirer des bénéfices d'une thérapie par la parole vers des conseillers ou des psychologues. Cette approche, qui nécessite une surveillance étroite, est souvent négligée.
- Une sensibilisation et une formation sur la détection des symptômes doivent être fournies aux membres de l'équipe médicale MSF ou à d'autres acteurs médicaux afin de faciliter la détection et l'orientation des cas. Cette formation doit comprendre les premiers secours psychologiques et les notions à connaître sur les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux. (Remarque : au moins 30 % des plaintes médicales dans les camps de réfugiés, notamment les symptômes somatiques très fréquents comme les maux de tête et autres maux et douleurs, peuvent être étroitement corrélées à des troubles mentaux et à des problèmes psychosociaux<sup>[8]</sup>).

#### **Particularités de la prise en charge dans des situations spécifiques/populations vulnérables**

- **Remarque** : ne jamais oublier que les personnes qui ont le plus de TMS sont les moins visibles et les plus à risque de violations des droits humains.
- Comportement perturbé, à savoir agitation, agression, antécédents de tentatives de suicide, risque suicidaire, etc. : devant ces signes cliniques, il importe de réfléchir à la meilleure façon de comprendre et de communiquer avec la personne, de soulager ses souffrances et de réduire tout risque de violence auto-infligée associée en utilisant des approches de prise en charge efficaces, centrées sur le patient et respectant la dignité de la personne.
- Sans-abris ou patients abandonnés (vivant dans la rue notamment). La prévalence des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux, en particulier des troubles chroniques et invalidants, est significativement accrue dans cette population<sup>[9]</sup>. Les troubles mentaux et le handicap peuvent être à la fois la

cause et la conséquence de l'absence de logement. En raison des fardeaux sociaux et personnels importants auxquels sont confrontés les sans-abris, un soutien supplémentaire spécifique est nécessaire pour améliorer les résultats thérapeutiques. Les soins dispensés par le biais d'activités de sensibilisation proactives et favorisant la participation de la personne sont mieux adaptés et centrés sur le patient que si l'on attend du sans-abri qu'il se présente régulièrement à tous les rendez-vous.

- Mères enceintes/allaitantes (soins aux nouveau-nés). Pour plus d'informations, se reporter au [Chapitre 8](#).
- Enfants et adolescents. Dans le monde entier, 10 à 20 % des enfants et des adolescents souffrent de troubles mentaux. La moitié des maladies mentales se déclarent à l'âge de 14 ans et les trois quarts autour de 25 ans. Les maladies neuropsychiatriques constituent la principale cause de handicap chez les jeunes dans toutes les régions<sup>[10]</sup>. Pour plus d'informations, se reporter à l'ouvrage « Where There is No Child Psychiatrist »<sup>[11]</sup> et au Guide MSF de SMSPS pour les enfants atteints de troubles mentaux<sup>[12]</sup>.

## Notes

- (a) À discuter avec le référent médical du projet, le coordonnateur médical et le conseiller en santé mentale.
- (b) Si les médecins prescripteurs ne sont pas des psychiatres, le personnel médical (selon le pays, il peut s'agir de médecins, de personnels infirmiers ou de cliniciens) est formé à l'algorithme du Guide d'intervention mhGAP et doit bénéficier d'une supervision clinique régulière afin de garantir une qualité de soins adéquate.

## Références

1. WHO - 2019 Mental health atlas 2017.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>
2. WHO - 2012. WHO QualityRights Tool Kit.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>
3. WHO - 2019. Plans individualisés de rétablissement et outil d'auto-support. Outil d'auto-support QualityRights de l'OMS.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363955>
4. WHO - 2019. Rétablissement et droit à la santé : formation de base QualityRights de l'OMS : services sociaux et de santé mentale  
guide de formation : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/363960>  
diapositives : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/363961>
5. WHO - 2019. QualityRights materials for training, guidance and transformation.  
<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
6. WHO - Wonca. (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective.  
[https://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf)
7. van Ommeren M, Barbui C, de Jong K, Dua T, Jones L, Perez-Sales P, et al. If You Could Only Choose Five Psychotropic Medicines: Updating the Interagency Emergency Health Kit. PLoS Medicine. 2011 May 3;8(5):e1001030.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001030>
8. Rohlf HG, Knipscheer JW, Kleber RJ. Somatization in refugees: a review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2014 May 11;49(11):1793-804.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0877-1>
9. Fazel S et al. The health of homeless people in high income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations.  
[https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736(14)61132-6)
10. WHO. Child and Adolescent Mental Health.  
[https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/child\\_adolescent/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/)
11. Eapen, V., Graham, P., & Srinath, S. Where There is No Child Psychiatrist: A Mental Health Manual Cambridge University Press (2012). ISBN: 9781908020482
12. MSF - 2016. MHPSS Guidelines for Children with Mental Disorder.  
[https://msfintls.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/\\_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-105](https://msfintls.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/MHIWG/_layouts/15/DocIdRedirect.aspx?ID=DOCID-1238658340-105)



# 15.7 Surveillance

## 15.7 Surveillance

La surveillance de routine des activités est décrite à la [Section 2.7](#), Chapitre 2. Elle doit inclure certains des indicateurs énumérés dans ce chapitre.

Autres indicateurs :

- Nombre de nouveaux patients par diagnostic et/ou syndrome en proportion du nombre total de nouveaux patients.
- Nombre de patients recevant des médicaments psychotropes prescrits par le personnel MSF en proportion du nombre total de patients traités.
- Pourcentage de patients prenant des médicaments psychotropes qui ont des antécédents psychiatriques/thérapeutiques.
- Proportion de patients dont l'état s'est amélioré.

En ce qui concerne le suivi clinique, les patients doivent être examinés régulièrement et leur plan de traitement doit être adapté au besoin tout au long de la prise en charge. La réduction des symptômes et l'amélioration du fonctionnement quotidien de la personne peuvent également permettre de surveiller le rétablissement.

# Annexes

[Annexe 1. Généralités pédiatriques selon l'âge \(réactions et stades du développement\)](#)

[Annexe 2. Document d'information : les enfants dans les situations d'urgence \(psychoéducation et psycho stimulation\)](#)

[Annexe 3. Outils de dépistage de la santé mentale](#)

[Annexe 4.1. Brochure - Réactions après un traumatisme](#)

[Annexe 4.2. Brochure - Trouble de stress post-traumatique](#)

[Annexe 4.3. Brochure - Comment aider votre enfant](#)

[Annexe 4.4. Brochure - Comment te sens-tu ?](#)

[Annexe 5. Techniques de relaxation pour soulager le stress](#)

[Annexe 6. Techniques thérapeutiques](#)

[Annexe 7. Définitions relatives à la population en déplacement](#)

[Annexe 8. Soins pour le développement de l'enfant](#)

[Annexe 9. Guide MSF sur l'accompagnement de l'avortement médicalisé](#)

[Annexe 10. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance, OMS 2004](#)

[Annexe 11. Stades du changement selon Prochaska et DiClemente](#)

[Annexe 12. Groupes de soutien aux patients pour bien vivre](#)

[Annexe 13. Annonce de mauvaises nouvelles](#)

[Annexe 14. Capacités de communication essentielles](#)

[Annexe 15.1. Deuil](#)

[Annexe 15.2. Aider les personnes endeuillées à affronter la perte d'un être cher](#)

[Annexe 16. Identification des patients/membres de la famille nécessitant une prise en charge SMSPS](#)

[Annexe 17. Entretien motivationnel](#)

[Annexe 18. Indicateurs utilisés dans les activités de SMSPS](#)

## Annexes

[1. Généralités pédiatriques selon l'âge \(réactions et stades du développement\)](#)

[2. Document d'information : les enfants dans les situations d'urgence \(psychoéducation et psycho stimulation\)](#)

[3. Outils de dépistage de la santé mentale](#)

[4.1. Brochure - Réactions après un traumatisme](#)

[4.2. Brochure - Trouble de stress post-traumatique](#)

[4.3. Brochure - Comment aider votre enfant](#)

[4.4. Brochure - Comment te sens-tu ?](#)

[5. Techniques de relaxation pour soulager le stress](#)

[6. Techniques thérapeutiques](#)

[7. Définitions relatives à la population en déplacement](#)

[8. Soins pour le développement de l'enfant](#)

[9. Guide MSF sur l'accompagnement de l'avortement médicalisé](#)

[10. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance, OMS 2004](#)

[11. Stades du changement selon Prochaska et DiClemente](#)

[12. Groupes de soutien aux patients pour bien vivre](#)

[13. Annonce de mauvaises nouvelles](#)

[14. Capacités de communication essentielles](#)

[15.1. Deuil](#)

[15.2. Aider les personnes endeuillées à affronter la perte d'un être cher](#)

[16. Identification des patients/membres de la famille nécessitant une prise en charge SMSPS](#)

[17. Entretien motivationnel](#)

[18. Indicateurs utilisés dans les activités de SMSPS](#)

# Annexe 1. Généralités pédiatriques selon l'âge (réactions et stades du développement)

## Annexe 1. Généralités pédiatriques selon l'âge (réactions et stades du développement)

Tableau 1.1 - Réactions des enfants selon les groupes d'âge<sup>a</sup>

| Groupes d'âge                                   | Réactions des enfants                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nourrissons</b><br>(< 1 an)                  | Agrippement, retards de développement, mauvaise prise pondérale, refus du contact visuel, inconsolable, irritabilité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Enfants d'âge préscolaire</b><br>(1 à 4 ans) | Agression, attachement anxieux (agrippement, peur d'être loin des parents, etc.), diminution de l'appétit, sentiment de responsabilité/culpabilité, irritabilité, mutisme, reconstitutions de l'événement traumatique, régression du développement/comportement, troubles du sommeil, retrait par rapport aux amis/routines/activités                                                                                                          |
| <b>Enfants du primaire</b><br>(5 à 10 ans)      | Agression, troubles de la concentration et de l'apprentissage (hyperactivité et inattention), difficultés de séparation, sentiments de responsabilité/culpabilité, irritabilité, troubles du sommeil (et cauchemars), jeux traumatiques, régression du développement, évitement scolaire, craintes spécifiques (déclenchées par des rappels traumatiques), plaintes somatiques, retrait par rapport aux amis/routines/activités, repli sur soi |
| <b>Adolescents</b><br>(11 à 21 ans)             | Agitation, détachement, flash-backs, culpabilité, irritabilité, faible concentration, augmentation des conflits, manque de plaisir, plaintes physiques, honte, troubles du sommeil et de l'alimentation, comportements à risque (et/ou d'automutilation), repli sur soi                                                                                                                                                                        |

### Stades du développement chez les enfants de 3 mois à 5 ans

*Remarque* : s'ils ne sont pas atteints, tous les stades du développement décrits dans les tableaux ci-dessous peuvent être considérés comme des signes d'alerte et justifier une évaluation approfondie de l'enfant, du parent/tuteur et de la dyade.

Tableau 1.2 - Stades du développement<sup>a</sup>

|                          | 3 mois                                                                                                     | 7 mois                                                                                         | 12 mois                                                                                         |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Moteur</b>            | Lève la tête et la poitrine en position allongée sur le ventre.                                            | Rolls over both ways.<br>Sits without support.<br>Reaches with one hand.<br>Transfers objects. | Rampe.<br>Marche avec une assistance.<br>Commence à marcher sans assistance.                    |
| <b>Langage</b>           | Commence à gazouiller, imite certains sons.<br>Tourne la tête au son de la voix, sourit au son de la voix. | Responds to own name.<br>Can tell emotions by sound of voice, babbles chains of sounds.        | Sait dire papa et maman.                                                                        |
| <b>Social/émotionnel</b> | Établit un contact visuel et sourit.<br>Interagit avec son entourage.                                      | Aime jouer avec d'autres.<br>Rit.                                                              | Manifeste des attachements préférentiels.<br>Peur des personnes étrangères et de la séparation. |
| <b>Cognitif</b>          |                                                                                                            | Cherche les objets partiellement cachés.<br>Attrape des objets hors de sa portée.              | Trouve des objets cachés. Commence à utiliser des objets correctement (p. ex., un gobelet).     |
| <b>Comportemental</b>    | Répond positivement au réconfort.                                                                          | Social, répond par des sourires et un contact visuel.                                          | Initie une interaction en tapant et en mordant.<br>Fait ses nuits.                              |
| <b>SIGNES D'ALERTE</b>   | N'aime pas être dans les bras.                                                                             | Refus du contact visuel ; ne réagit pas au son ; ne cherche pas à interagir avec d'autres.     | Ne rampe pas ou ne se met pas debout avec une assistance, absence de vocalisation.              |

|                          | 2 ans                                                                                            | 3 ans                                                                                             | 4 ans                                                                                       | 5 ans                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Moteur</b>            | Marche sans assistance, court, tape dans un ballon avec le pied.                                 | Escalade, court.                                                                                  | Bondit, saute, lance une balle.                                                             | Bondit, saute, utilise des couverts, sait s'habiller et se déshabiller.                                                                                                                                       |
| <b>Langage</b>           | Sait dire plusieurs mots et faire des phrases de 2 à 4 mots, suit des instructions simples.      | Phrases de 4 à 5 mots. Parle de manière compréhensible.                                           | Parle clairement en faisant des phrases de 5 à 6 mots.                                      | Phrases de plus de 5 mots. Sait raconter une histoire.                                                                                                                                                        |
| <b>Social/émotionnel</b> | Imite le comportement des autres. Intérêts communs. Pointe du doigt pour attirer l'attention.    | Exprime son affection. Imite. Joue avec d'autres enfants.                                         | Attachement aux amis et à la famille.                                                       | Connaît son sexe, importance des amis, veut faire plaisir à ses amis, suit les règles, connaît la différence entre ce qui est bien et ce qui est mal.                                                         |
| <b>Cognitif</b>          | Joue à faire semblant.                                                                           | Comprend les objets culturels.                                                                    | Comprend la routine quotidienne, apprentissage précoce (compter, reconnaître les couleurs). | Apprentissage en fonction de la stimulation disponible, peut comprendre la routine quotidienne.                                                                                                               |
| <b>Comportemental</b>    | Crises de colère quand il n'obtient pas ce qu'il veut. Intérêt pour l'utilisation des toilettes. | Diminution des crises de colère. Utilise le langage pour exprimer ses besoins. Propre la journée. | Veut aider sa famille. Aime jouer à être grand. Peut accepter la justification.             | Propre la journée, éventuellement énurétique la nuit, capable de coopérer avec ses parents et à l'école.                                                                                                      |
| <b>SIGNES D'ALERTE</b>   | Absence d'interaction. Aucun mot.                                                                | Agressif, régression<br>Ne s'intéresse pas à l'interaction sociale.<br>Ne parle pas.              | N'est pas propre. Malheureux.<br>N'apprend pas.                                             | Hyperactif, facilement irrité, absence d'apprentissage, ne comprend pas la routine quotidienne, absence de propreté, absence d'interaction avec autrui, n'atteint pas les différents stades du développement. |

## Notes

(a) Guide pédiatrique MSF OCG-OCP-OCB, 2015.

# Annexe 2. Document d'information : les enfants dans les situations d'urgence (psychoéducation et psycho stimulation)

## Annexe 2. Document d'information : les enfants dans les situations d'urgence (psychoéducation et psycho stimulation)

Les enfants figurent parmi les groupes les plus vulnérables lors d'une catastrophe. Ils ont besoin de parents/tuteurs qui s'occupent d'eux et les stimulent afin de grandir et de développer leur potentiel. Au cours d'une catastrophe, les parents/tuteurs peuvent être stressés au point de ne pas pouvoir réconforter ni s'occuper de leurs enfants. Les routines quotidiennes, qui structurent la vie des enfants et les aident à se sentir en sécurité, sont perturbées. Souvent, les enfants « traînent » sans rien faire, car les écoles sont généralement fermées. Certains enfants peuvent se retrouver seuls. Dans ce cas, ils doivent être mis en relation avec des adultes attentionnés. Les interventions de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) pour les enfants qui doivent être mises en place immédiatement après une catastrophe comprennent les premiers secours psychologiques (PSP), la psychoéducation et les activités stimulantes.

- Des crayons de couleur, des balles, etc. peuvent être utilisés initialement pour jouer avec les enfants.
- Identifier d'autres organismes qui aident les enfants (espaces de jeu sûrs, écoles, mise en relation des enfants non accompagnés avec des personnes qui les prendront en charge) et discuter des possibilités de collaboration.

### Psychoéducation pour les enfants ayant survécu à des catastrophes

L'une des premières interventions essentielles auprès des populations ayant survécu à des catastrophes naturelles ou d'origine humaine (conflits, déplacements, tremblements de terre, etc.) est la psychoéducation pour informer sur les symptômes liés au stress et sur les stratégies d'adaptation permettant de gérer ces symptômes. Pour les adultes, cette activité prend généralement la forme de séances de groupe. Illustrer les symptômes et les stratégies d'adaptation à l'aide d'affiches colorées.

Les enfants ne manifestent pas les mêmes réactions au stress que les adultes. Les symptômes qu'ils peuvent présenter dépendent de leur âge et de leur stade de développement ([Annexe 1](#)). Face à un enfant qui réagit à une situation stressante, les parents/tuteurs ont tendance à penser qu'il n'est pas sage (s'il n'écoute pas ou n'obéit pas) ou qu'il « fait le bébé » en cas de régression développementale (pipi au lit, etc.).

La psychoéducation des adultes consiste à informer sur la réaction des enfants aux situations stressantes et sur la façon dont les parents/tuteurs peuvent intervenir pour les aider à affronter les changements dans leur vie. Les enfants perçoivent en effet les sentiments de leurs parents. Les réactions et les interventions pour les enfants et les familles peuvent être illustrées par des affiches.

La psychoéducation peut être proposée à des groupes d'enfants à partir de 4 à 5 ans (à l'âge où ils parlent). Les enfants apprennent à reconnaître les symptômes de l'anxiété, comme les cauchemars, les battements de cœur rapides, la colère, le fait de ne pas avoir envie de jouer, etc. On peut leur apprendre à se calmer en pratiquant la respiration profonde, en soufflant sur un moulin à vent qu'ils auront fabriqué eux-mêmes, en évoquant des images mentales positives, en dessinant, en parlant à leurs parents, en jouant avec des enfants plus jeunes.

#### Symptômes fréquemment observés chez les enfants

- Régression, notamment énurésie ou succion du pouce
- Irritabilité et pleurs
- Crises de colère
- Comportements agressifs, notamment se battre avec d'autres enfants ou des frères et sœurs
- Cauchemars
- Agrippement et difficultés de séparation (p. ex. l'enfant ne supporte pas d'être loin du parent)
- Troubles de l'appétit
- Plaintes somatiques comme les maux de ventre

#### Interventions

- Créer un lien avec un parent/tuteur attentionné.
- Établir une routine au sein de la famille.
- Calmer en tenant dans ses bras, en réconfortant et en massant doucement.
- Distraire par le jeu.
- Pour les enfants plus âgés, proposer des activités telles que le chant ; pour les plus jeunes, jouer.

#### Suggestions d'images pour les affiches

- **Symptômes** : enfant pleurant, enfant qui s'accroche à un parent, enfant plus âgé qui se réveille après avoir fait un cauchemar, etc.
- **Interventions pour les parents afin d'aider les enfants** : adulte réconfortant un enfant (l'entourant de ses bras), famille prenant son repas assise sur un tapis (routine familiale), enfant effectuant une activité avec un parent/tuteur comme préparer à manger ou marcher ensemble, adulte enseignant ou jouant avec un groupe d'enfants.
- **Stratégies d'adaptation pour les enfants** : respiration profonde, méditation ou prière (selon le cas), enfant chantant avec d'autres, aidant des enfants plus jeunes, pensant à des moments heureux, parlant à ses parents.

Toujours tenir compte de la culture locale et s'appuyer sur la culture locale et sur les mécanismes d'adaptation existants comme point de départ. Dans certaines cultures par exemple, la méditation et la prière sont des activités courantes pour tous les groupes d'âge et peuvent être un moyen de calmer et de rétablir un sentiment de normalité.

## **Stimulation psychosociale pour les enfants ayant survécu à une catastrophe**

La stimulation psychosociale pour les enfants favorise l'apprentissage de la parole et le développement cognitif, moteur et relationnel. Pour les enfants de moins de 5 ans, elle devrait avoir lieu idéalement dans le cadre de la relation parent-enfant. Les enfants plus âgés bénéficient d'une stimulation en milieu scolaire et avec leurs pairs ainsi qu'avec leurs parents/tuteurs. Lors d'une catastrophe, cependant, les activités de la vie quotidienne sont perturbées (fermeture des écoles, etc.). Même dans les pires circonstances, les enfants de tous âges aiment jouer et s'amuser.

Promotion de la stimulation psychosociale pour les enfants après une catastrophe :

- Faire appel à des aidants pour superviser les activités stimulantes (enseignants p. ex.). Les activités à envisager incluent les groupes de jeu pour les petits ; le chant, la danse, le dessin, raconter des histoires pour les enfants du primaire ; le sport, la musique, la danse, la discussion et l'écriture pour les adolescents.
- Favoriser l'entraide : les enfants plus âgés peuvent être encadrés pour apprendre aux plus jeunes et jouer avec eux. Cela est utile aux deux groupes : les plus jeunes s'amuse et les plus âgés se sentent utiles.
- Envisager la confection de jouets artisanaux par des adolescents et des adultes à partir de matériaux disponibles localement. Introduire la musique avec des instruments locaux (le cas échéant).

# Annexe 3. Outils de dépistage de la santé mentale

## Annexe 3. Outils de dépistage de la santé mentale

*Discuter de tout outil de dépistage avec le référent en santé mentale avant de l'utiliser. L'utilisation de certains outils de dépistage nécessite l'autorisation de leurs développeurs (et le paiement d'une licence).*

1. Questionnaire de l'OMS sur la santé du patient (PHQ-9, PHQ-2 ou PHQ-4)  
<http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/depressooverview.pdf>  
<https://www.phgscreeners.com/select-screener>
2. Questionnaire de dépistage des traumatismes et du trouble anxieux généralisé (GAD-7)  
<https://www.phgscreeners.com/select-screener>
3. Questionnaire d'auto-évaluation de l'OMS (SRQ-20)  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/61113>
4. Questionnaire de santé général (GHQ-28, GHQ-12)  
<https://www.gi-assessment.co.uk/products/general-health-questionnaire-ghq/>
5. Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EPDS)  
[http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Resources/HealthPromotion/EPDS/EPDSScoringGuide\\_March2015.pdf](http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Resources/HealthPromotion/EPDS/EPDSScoringGuide_March2015.pdf)
6. Questionnaire de traumatologie de Harvard (HTQ), liste de contrôle des symptômes de Hopkins (HSCL-25)  
<http://hprt-cambridge.org/screening/harvard-trauma-questionnaire/>
7. Échelle d'observance médicamenteuse de Morisky  
<http://psnc.org.uk/greater-manchester-lpc/wp-content/uploads/sites/118/2016/12/Questionnaires.pdf>
8. MSF - Outil de dépistage psychologique chez les jeunes enfants de 6 à 36 mois (PSYCa 6-36)  
MSF - Outil de dépistage psychologique chez les jeunes enfants de 3 à 6 ans (PSYCa 3-6)
9. Questionnaire de dépistage des traumatismes (TSQ)  
[https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0D4F877175666B158D4D43C8A81011B7/S0007125000238270a.pdf/predictive\\_validity\\_of\\_the\\_trauma\\_screening\\_questionnaire\\_in\\_detecting\\_posttraumatic\\_stress\\_disorder\\_in\\_patients\\_with\\_psychotic\\_disorders.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0D4F877175666B158D4D43C8A81011B7/S0007125000238270a.pdf/predictive_validity_of_the_trauma_screening_questionnaire_in_detecting_posttraumatic_stress_disorder_in_patients_with_psychotic_disorders.pdf)
10. Questionnaire de dépistage des traumatismes chez l'enfant (CTSQ)  
<https://www.ementalhealth.ca/index.php?m=survey&ID=31>
11. Outil de dépistage du TSPT en soins primaires pour DSM-5 (PC-PSPT-5)  
<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/pc-ptsd5-screen.pdf>
12. Outil de dépistage médical du réfugié (RHS-15)  
[http://refugeehealthta.org/wp-content/uploads/2012/09/RHS15\\_Packet\\_PathwaysToWellness-1.pdf](http://refugeehealthta.org/wp-content/uploads/2012/09/RHS15_Packet_PathwaysToWellness-1.pdf)
13. Échelle révisée d'impact des événements (IES-R)  
<https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-19.pdf>
14. Échelle révisée d'impact des événements sur les enfants  
<https://www.childrenandwar.org/wp-content/uploads/2019/11/English-CRIES-8.pdf>
15. Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT) de l'OMS  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
16. Outil de dépistage de l'abus de substances psychoactives (CAGE)  
[https://www.hopkinsmedicine.org/johns\\_hopkins\\_healthcare/downloads/all\\_plans/CAGE%20Substance%20Screening%20Tool.pdf](https://www.hopkinsmedicine.org/johns_hopkins_healthcare/downloads/all_plans/CAGE%20Substance%20Screening%20Tool.pdf)

### Outil MSF de dépistage psychologique chez les jeunes enfants de 6 à 36 mois (PSYCa 6-36)

Poser toujours les questions de la même manière, laisser le parent (ou le tuteur) réfléchir et vous poser des questions s'il y a quelque chose qu'il ne comprend pas. Entourer un seul chiffre par question : **0 pour non ou jamais, 1 pour parfois ou quelques fois, 2 pour souvent, fréquemment ou toujours. Il est nécessaire de répondre à toutes les questions.**

Repenser à ce mois-ci et dire si :

|   |   |   |                                |                                                                                                                                                                             |
|---|---|---|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 1.                             | Votre enfant a des difficultés à s'endormir et dort seulement pendant de courtes périodes.                                                                                  |
| 0 | 1 | 2 | 2.                             | Votre enfant semble être effrayé.                                                                                                                                           |
| 0 | 1 | 2 | 3.                             | Votre enfant refuse de manger.                                                                                                                                              |
| 0 | 1 | 2 | 4.                             | Votre enfant a des crises de colère incontrôlables.                                                                                                                         |
| 0 | 1 | 2 | 5.                             | Votre enfant ne sourit pas.                                                                                                                                                 |
| 0 | 1 | 2 | 6.                             | Votre enfant sursaute facilement.                                                                                                                                           |
| 0 | 1 | 2 | 7.                             | Votre enfant refuse de jouer souvent.                                                                                                                                       |
| 0 | 1 | 2 | 8.                             | Votre enfant est collant, il/elle refuse de se séparer de vous.                                                                                                             |
| 0 | 1 | 2 | 9.                             | L'enfant mange beaucoup trop.                                                                                                                                               |
| 0 | 1 | 2 | 10.                            | Votre enfant a du mal à se calmer, à se consoler après être séparé(e) de vous.                                                                                              |
| 0 | 1 | 2 | 11.                            | Votre enfant pleure beaucoup.                                                                                                                                               |
| 0 | 1 | 2 | 12.                            | Votre enfant ne communique pas avec des sons.                                                                                                                               |
| 0 | 1 | 2 | 13.                            | Votre enfant est agité(e), ne tient pas en place.                                                                                                                           |
| 0 | 1 | 2 | 14.                            | Votre enfant réagit de manière inadéquate quand il/elle est blessé(e).                                                                                                      |
| 0 | 1 | 2 | 15.                            | Votre enfant a besoin d'être encouragé(e) pour entrer en contact visuel avec vous.                                                                                          |
| 0 | 1 | 2 | 16.                            | Votre enfant se blesse ou blesse les autres exprès.                                                                                                                         |
| 0 | 1 | 2 | 17.                            | Votre enfant réagit trop émotionnellement à des petites choses.                                                                                                             |
| 0 | 1 | 2 | 18.                            | Votre enfant s'approche d'étrangers pour être réconforté(e).                                                                                                                |
| 0 | 1 | 2 | 19.                            | Votre enfant évite les contacts avec vous.                                                                                                                                  |
| Y |   | N |                                | Depuis sa naissance, votre enfant a été témoin ou a vécu un événement stressant ou violent. (Si oui, la question 20 doit être posée ; si non, la question 20 sera cotée 0.) |
| 0 | 1 | 2 | 20                             | Le comportement de votre enfant a changé depuis cet événement et ce changement est toujours présent.                                                                        |
|   |   |   | Nombre de réponses par colonne |                                                                                                                                                                             |
|   |   |   | Score par colonne              |                                                                                                                                                                             |
|   |   |   | Score total                    |                                                                                                                                                                             |

#### Pour calculer le score total :

Lorsqu'une réponse à toutes les questions a été obtenue, pour éviter les erreurs de calcul :

- Premièrement, l'enquêteur calcule le nombre de 0, 1 et 2 par colonne (nombre de réponses par colonne). La somme de ces trois nombres doit être égale à 20.
- Deuxièmement, il calcule les scores pour chaque colonne.
- Troisièmement, il ajoute les 3 scores obtenus pour avoir le score total (entre 0 et 40).

Si le score total est supérieur ou égal à 8, veiller à ce que l'enfant soit orienté vers un psychologue.

#### Outil MSF de dépistage psychologique chez les jeunes enfants de 3-6 ans (PSYCa 3-6)



Le PSYCa 3-6 est une échelle qui a été conçue pour évaluer les difficultés psychologiques chez les jeunes enfants (âgés de 3 à 6 ans), mais qui peut également être utile pour les enfants jusqu'à 10 ans. C'est un outil de dépistage et d'orientation et non un outil de diagnostic.

Poser toujours les questions de la même manière, laisser le parent (ou le tuteur) réfléchir et vous poser des questions s'il y a quelque chose qu'il ne comprend pas. Entourer un seul chiffre par question : **0 pour non ou jamais, 1 pour parfois ou quelques fois, 2 pour souvent, fréquemment ou toujours. Il est nécessaire de répondre à toutes les questions.**

|   |   |   |                                |                                                                                                                   |
|---|---|---|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 1.                             | L'enfant bafouille/bégaie.                                                                                        |
| 0 | 1 | 2 | 2.                             | L'enfant refuse de s'alimenter, de manière répétée et sur une longue période.                                     |
| 0 | 1 | 2 | 3.                             | L'enfant a des réveils fréquents, des insomnies, se lève la nuit.                                                 |
| 0 | 1 | 2 | 4.                             | L'enfant est absent, il semble ailleurs ou dans son monde, il a des difficultés à entrer en relation avec vous.   |
| 0 | 1 | 2 | 5.                             | L'enfant fait un mauvais rêve ou un cauchemar qui revient souvent.                                                |
| 0 | 1 | 2 | 6.                             | L'enfant est effrayé, inquiet, angoissé.                                                                          |
| 0 | 1 | 2 | 7.                             | L'enfant a des difficultés pour être propre (pipi, caca).                                                         |
| 0 | 1 | 2 | 8.                             | L'enfant refuse de se séparer de l'un de ses parents, frères/sœurs, etc.                                          |
| 0 | 1 | 2 | 9.                             | L'enfant mange beaucoup trop.                                                                                     |
| 0 | 1 | 2 | 10.                            | L'enfant ne parle pas ou très peu, a un langage très différent des enfants de son âge.                            |
| 0 | 1 | 2 | 11.                            | L'enfant refuse de manger certains aliments et choisit ce qu'il veut manger à tous les repas.                     |
| 0 | 1 | 2 | 12.                            | L'enfant a des difficultés pour s'endormir.                                                                       |
| 0 | 1 | 2 | 13.                            | L'enfant a des sursauts, mouvements incontrôlés sans raison apparente.                                            |
| 0 | 1 | 2 | 14.                            | L'enfant a des douleurs ou se plaint au niveau de son corps sans cause médicale évidente.                         |
| 0 | 1 | 2 | 15.                            | L'enfant est incapable de se poser, il bouge sans arrêt.                                                          |
| 0 | 1 | 2 | 16.                            | L'enfant refuse de sortir de la concession ou de la maison.                                                       |
| 0 | 1 | 2 | 17.                            | L'enfant est fatigué, découragé.                                                                                  |
| 0 | 1 | 2 | 18.                            | L'enfant a un comportement vraiment trop agressif ou bagarreur, il est violent (à la maison ou/et à l'extérieur). |
| 0 | 1 | 2 | 19.                            | L'enfant s'isole ou se met souvent à l'écart des autres.                                                          |
| 0 | 1 | 2 | 20.                            | L'enfant se laisse facilement dépasser par ses émotions : colère, tristesse, jalousie fraternelle, etc.           |
| 0 | 1 | 2 | 21.                            | L'enfant a des jeux ou des activités répétitives.                                                                 |
| 0 | 1 | 2 | 22.                            | L'enfant s'enfuit ou évite des bruits, des images ou des situations particulières.                                |
|   |   |   | Nombre de réponses par colonne |                                                                                                                   |
|   |   |   | Score par colonne              |                                                                                                                   |
|   |   |   | Score total                    |                                                                                                                   |

À votre connaissance l'enfant a-t-il été victime, témoin ou directement confronté à des événements violents, des menaces, des blessures, des accidents, la mort subite d'un proche en sa présence, des violences familiales ou conjugales ou d'autres événements pouvant mettre sa vie en danger : catastrophe naturelle, guerre, incendie ou autres ?

Si oui, préciser \_\_\_\_\_

#### Pour calculer le score total :

Lorsqu'une réponse à toutes les questions a été obtenue, pour éviter les erreurs de calcul :

- Premièrement, l'enquêteur calcule le nombre de 0, 1 et 2 par colonne (nombre de réponses par colonne). La somme de ces trois nombres doit être égale à 22.
- Deuxièmement, il calcule les scores pour chaque colonne.
- Troisièmement, il ajoute les 3 scores obtenus pour avoir le score total (entre 0 et 44).

**Si le score est égal ou supérieur à 9, l'enfant doit être orienté vers un psychologue clinique** pour une évaluation plus poussée et une prise en charge.

# Annexe 4.1. Brochure - Réactions après un traumatisme

## Annexe 4.1. Brochure - Réactions après un traumatisme

Il y a certaines choses que vous pouvez faire pour vous sentir mieux :

- Partagez vos émotions.  
(Parler des difficultés rencontrées aide à soulager la souffrance.)
- Dormez et mangez bien.
- Faites de l'exercice physique (marche).
- Passez du temps avec votre famille et vos amis.
- Prenez le temps de penser à ce qui s'est passé, autorisez-vous à vous sentir triste.
- Laissez les enfants parler de ce qui s'est passé et de leurs émotions.
- Faites des projets.

Ce qui ne vous aidera pas à vous sentir mieux :

- N'essayez pas de refouler vos sentiments.
- N'évitez pas de parler de ce qui s'est passé.
- Ne vous attendez pas à oublier ce qui s'est passé.
- Ne vous tournez pas vers le khat ou la drogue pour vous soulager.



En suivant ces recommandations, vous vous sentirez mieux avec le temps, et vous pourrez reprendre le cours de votre vie. Beaucoup de gens sont même plus sages et plus forts après avoir vécu des expériences très douloureuses.

**Cependant, si les symptômes sont si intenses que vous ne pouvez pas faire vos activités habituelles ou s'ils ne disparaissent pas (ils sont toujours aussi intenses) après quelques jours/semaines, le conseil peut vous être bénéfique.**

MSF propose des séances de conseil gratuites à l'hôpital de Degahbur (notre bureau est situé dans le bâtiment de nutrition).



MSF (médecins sans frontières) est une organisation médicale et humanitaire internationale. MSF intervient actuellement à Degahbur pour apporter une aide médicale et humanitaire.



Les informations contenues dans ce dépliant ont pour but de vous aider à vous sentir mieux après l'expérience violente que vous avez vécue.

5/6

6/6

1/6

4/6

2/6

3/6

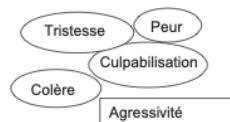
Vivre ou être témoin d'une expérience difficile est très préjudiciable.

**Si vous avez vécu un événement violent (en rapport avec un conflit armé ou une violence domestique ou sexuelle), vous trouverez des informations utiles dans cette brochure.**

Bien que vous ayez survécu à ces épreuves, elles peuvent avoir eu un impact néfaste sur votre santé. Il est normal que vous ayez certaines réactions après avoir été dans cette situation difficile. D'autres personnes confrontées à des situations similaires ont les mêmes réactions.

Si vous développez ces réactions, cela ne signifie pas que vous êtes malade ou fou/folle. C'est tout à fait normal après ce que vous avez vécu. Votre corps et votre esprit ont besoin de récupérer et ce processus de rétablissement prendra un certain temps.

### Réactions normales après des événements violents :



Ces symptômes sont gênants, mais normaux après l'événement violent que vous avez vécu et leur intensité diminuera avec le temps.

### Réactions chez l'enfant :

Il est important pour les parents d'être attentifs à la manière dont l'événement a affecté leur(s) enfant(s).

- Nervosité
- Sursauts
- Peurs
- Facilement perturbé(e)
- Rapidement en colère/se bagarre souvent
- Troubles du sommeil
- Énurésie nocturne



# Annexe 4.2. Brochure - Trouble de stress post-traumatique

## Annexe 4.2. Brochure - Trouble de stress post-traumatique

**Écrire un journal.** Le fait de noter ce qui se passe avant un flashback peut t'aider à identifier ce qui déclenche le flashback. Il peut également t'aider à noter les signes précurseurs de l'apparition d'un flashback.

### Les mesures pour prendre soin de soi-même qui peuvent t'aider

- Fais de l'exercice (même si ce n'est que marcher tous les jours)
- Pratique les activités qui te rendaient heureux/se, même si tu n'en as pas envie
- Passe du temps avec la famille et les amis
- Essaie de respecter un horaire régulier pour te coucher et te lever
- Évite l'alcool et les drogues



### Quels sont les traitements disponibles ?

#### Psychothérapie pour le TSPT

La consultation d'un psychologue est l'un des meilleurs traitements du TSPT. Il peut t'aider à apprendre à faire face aux symptômes du TSPT et à les réduire. Parfois, le thérapeute peut t'aider à retravailler le souvenir douloureux, afin qu'il soit stocké dans ton cerveau comme d'autres souvenirs et ne revienne pas sans cesse, te donnant l'impression de revivre l'événement.

#### Médicaments

Les personnes souffrant de TSPT ne se voient généralement pas prescrire de médicaments. Toutefois, des médicaments peuvent t'être proposés si tu as de graves problèmes de sommeil ou si tu souffres d'une dépression sévère associée à un TSPT.

#### Comment les autres peuvent-ils aider une personne souffrant de TSPT ?

##### Écoute et ne juge pas :

- Donne-lui le temps de parler à son propre rythme : il est important de ne pas lui mettre la pression.
- Accepte que la personne soit affectée par ce qui s'est passé.
- Ne fais pas d'hypothèses sur ce que il/elle ressent maintenant ou sur ce que il/elle a ressenti dans le passé.
- Ne disqualifie pas son expérience en disant «cela aurait pu être pire» ou en demandant pourquoi elle n'a pas dit ou fait quelque chose de différent.

##### Planifie à l'avance la façon de réagir dans les moments difficiles.

- Lorsque la personne va bien, il peut être utile de lui parler de la manière dont tu peux l'aider si une crise survient.

##### Prends soin de ta propre santé mentale

- Un événement traumatique peut avoir un impact important non seulement sur les personnes qui l'ont vécu, mais aussi sur les membres de la famille proche, les amis et les collègues de la personne concernée.



## Trouble de stress post-traumatique

### Qu'est-ce que c'est le TSPT ?



« Comme une blessure qui prend du temps à guérir »



### Qu'est-ce que c'est le TSPT ?

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un problème de santé mentale qui peut se développer après avoir vécu un événement extrêmement stressant, comme un viol ou d'autres violences, une catastrophe naturelle ou un accident grave.

#### Quand est-il diagnostiqué ?

Lorsqu'on traverse un événement très stressant, il est normal de ressentir certains symptômes pendant un certain temps, comme des troubles du sommeil, une sensation d'angoisse, des pleurs faciles.

Chez la plupart des personnes, ces symptômes disparaissent au bout de quelques semaines, mais si les symptômes durent plus d'un mois, il peut s'agir d'un TSPT.

#### Symptômes du TSPT

Certains symptômes sont fréquents dans le TSPT. L'expérience de chacun est différente, tu peux donc ressentir certains ou tous ces symptômes.

##### Revivre des aspects de ce qui s'est passé :

- Pensées, sensations ou images liées à l'événement traumatique qui surgissent à tout moment et te donnent l'impression que l'événement se produit en ce moment même ("flashbacks")
- Cauchemars liés à l'événement

##### Sentiment d'être toujours "sur le qui-vive" :

- Tu t'énerves facilement, tu te mets en colère ou tu es nerveux
- Problèmes de sommeil
- Difficulté à se concentrer, même dans les activités quotidiennes simples (par exemple, la lecture, une conversation)

#### Éviter les sentiments ou les souvenirs

- Tu évites tout ce qui te rappelle l'événement
- Incapacité à se souvenir des détails de ce qui s'est passé
- Sentiment d'anesthésie émotionnelle ou de détachement de tes sentiments
- La consommation d'alcool ou de drogues pour éviter les souvenirs

#### Des croyances ou des sentiments douloureux, par exemple :

- Sentiment que tu ne peux faire confiance à personne
- Sentiment que nulle part n'est sûr
- Tu te reproches ce qui s'est passé ou ce que tu ressentes après l'événement

#### Qu'est-ce qui peut causer le TSPT ?

Le TSPT se produit lorsqu'un souvenir d'un événement très stressant n'est pas bien traité et stocké dans le cerveau, mais ressort soudainement à tout moment, et donne à la personne l'impression de revivre le danger dans le présent. C'est un peu comme un tiroir rempli d'un tas de choses qui ne peut pas être bien fermé - de temps en temps, il s'ouvre et des choses (des souvenirs) en sortent.



### Qu'est-ce que je peux faire pour aller mieux ?

#### Conseils pour faire face aux flashbacks

Les flashbacks peuvent être très pénibles, mais il y a des choses que tu peux faire et qui peuvent t'aider. Par exemple :

##### Concentre-toi sur ta respiration.

Lorsque nous sommes bouleversés ou effrayés, nous avons tendance à respirer rapidement, ce qui accroît le sentiment de peur et de panique. Il peut être utile de se concentrer sur l'inspiration et l'expiration lentes tout en comptant jusqu'à cinq. Ton psychologue peut t'enseigner cette technique.



**Dites-toi que tu es en sécurité.** Il peut être utile de te dire que l'événement stressant est terminé et que tu es maintenant en sécurité. Il peut être difficile de penser de cette manière pendant un flashback ; il peut donc être utile de noter certaines phrases utiles à un moment où tu te sens mieux.

**Trouve quelque chose qui te réconforte,** par exemple, sentir une odeur que tu aimes (de l'huile essentielle), te blottir dans une couverture, écouter de la musique relaxante ou regarder un film que tu aimes.

## **Annexe 4.3. Brochure - Comment aider votre enfant**

**Annexe 4.3. Brochure - Comment aider votre enfant**

## **Annexe 4.4. Brochure - Comment te sens-tu ?**

**Annexe 4.4. Brochure - Comment te sens-tu ?**

# Annexe 5. Techniques de relaxation pour soulager le stress

## Annexe 5. Techniques de relaxation pour soulager le stress

Pour beaucoup de personnes menant une vie stressante, la relaxation signifie se déconnecter de la réalité en regardant la télévision à la fin de la journée ou dormir un peu plus longtemps le week-end. Malheureusement, cela ne réduit pas les effets néfastes du stress sur l'esprit et le corps.

Les techniques de relaxation comprennent la respiration profonde, la visualisation, la méditation, le yoga, l'exercice physique répétitif (course à pied, cyclisme, etc.) ou la marche consciente. Ces activités contribuent à réduire le stress quotidien, à stimuler l'énergie et à améliorer l'humeur. Elles aident à rester calme face aux événements inattendus de la vie.

### La réponse de relaxation : rétablir l'équilibre du système nerveux

Le stress est nécessaire à la vie, à la créativité, à l'apprentissage et à la survie. Le stress est nocif uniquement lorsqu'il submerge la personne et rompt l'équilibre nécessaire à un système nerveux sain. Le stress intense est devenu une caractéristique de plus en plus fréquente de la vie contemporaine. Lorsque les facteurs de stress déséquilibrent le système nerveux, les techniques de relaxation peuvent le ramener à un état d'équilibre en produisant la réponse de relaxation, c'est-à-dire un état de calme profond qui est à l'opposé de la réponse de stress.

Lorsque le stress submerge le système nerveux, le corps est inondé de substances chimiques qui le préparent « au combat ou à la fuite ». Si cette réponse peut sauver la vie en situation d'urgence, elle épuise toutefois le corps lorsqu'elle est constamment activée par le stress de la vie quotidienne. La réponse de relaxation freine cet état de vigilance accrue pour ramener le corps et l'esprit à un état d'équilibre.

### Produire la réponse de relaxation et trouver une technique de relaxation

Diverses techniques peuvent produire une réponse de relaxation. C'est en effet un processus mentalement actif, à l'issue duquel le corps est détendu, calme et concentré.

L'apprentissage des rudiments de cette technique n'est pas difficile, mais elle nécessite de la pratique. Mettre de côté au moins 10 à 20 minutes par jour pour la pratique de la relaxation (pour un stress important, prévoyez plutôt 30 à 60 minutes). Bon nombre de ces techniques peuvent être incorporées à la routine quotidienne et pratiquées au bureau, pendant la pause-déjeuner ou lors d'un trajet en bus.

Il n'existe pas de technique de relaxation unique qui soit idéale pour tous. Lorsqu'une technique est choisie, tenir compte de vos besoins, de vos préférences, de votre forme physique et de vos réactions personnelles au stress. La bonne technique de relaxation est celle qui trouve un écho chez vous, s'adapte à votre mode de vie et mobilise votre esprit, en interrompant les pensées quotidiennes et en suscitant la réponse de relaxation. Pour des bénéfices optimaux, il peut être utile d'alterner ou de combiner différentes techniques.

Tableau 5.1 - Réactions personnelles au stress et techniques de relaxation

| Réponse de stress                                                                                                                                         | Symptômes                                                                                      | Technique de relaxation                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Surexcitation</b>                                                                                                                                      | Tendance à la colère, à l'agitation ou à être « sur les dents » sous l'effet du stress         | Techniques apaisantes, comme la méditation, la respiration profonde ou l'imagerie mentale dirigée                                                         |
| <b>Sous-excitation</b>                                                                                                                                    | Tendance à déprimer, se replier sur soi ou se déconnecter de la réalité sous l'effet du stress | Techniques qui stimulent le système nerveux, comme l'exercice physique répétitif                                                                          |
| <b>Attitude figée</b> (surexcitation et sous-excitation concomitantes, comme si l'on appuyait simultanément sur la pédale de frein et sur l'accélérateur) | Tendance à faire du surplace : accélérer parfois et ralentir d'autres fois                     | Techniques apportant à la fois la sécurité et la stimulation pour aider à « redémarrer », notamment la pleine conscience, la marche ou le yoga athlétique |

### Technique de relaxation n°1 : respiration

Se concentrer sur des inspirations et des expirations profondes et purifiantes pour une technique de relaxation simple et puissante qui peut être pratiquée presque n'importe où. Elle permet de réduire rapidement le stress et constitue la pierre angulaire de nombreuses autres pratiques de relaxation. Elle peut être combinée à d'autres éléments relaxants, tels que l'aromathérapie et la musique.

Inspirer profondément en gonflant l'abdomen pour remplir les poumons d'air frais au maximum. Plus on inhale d'oxygène, moins on aura de tension, d'essoufflement et d'anxiété.

- S'asseoir confortablement, le dos droit. Poser une main sur la poitrine et l'autre sur l'abdomen.
- Respirer par le nez. La main sur l'abdomen se soulève tandis que la main sur la poitrine est presque immobile.

- Expirer par la bouche, en expulsant l'air au maximum, tout en contractant vos muscles abdominaux. La main sur l'abdomen devrait s'enfoncer légèrement en même temps que vos poumons se vident, tandis que l'autre main est toujours presque immobile.
- Poursuivre l'exercice. Essayer d'inspirer suffisamment pour que le bas de votre abdomen se soulève et retombe. Compter lentement pendant l'expiration.

Si la respiration abdominale est difficile en position assise, essayer en position allongée sur le sol. Placer un livre sur votre abdomen et respirer de sorte que le livre se soulève à l'inspiration et retombe à l'expiration.

## Technique de relaxation n°2 : relaxation musculaire progressive

La relaxation musculaire progressive implique une tension et une relaxation systématiques de différents groupes musculaires dans le corps. Avec une pratique régulière, on développe une connaissance intime de ce à quoi ressemblent la tension et la relaxation complète de différentes parties du corps. Cette prise de conscience aide à identifier et à contrer les premiers signes de tension musculaire accompagnant le stress. Or, lorsque le corps se détend, l'esprit se détend aussi. Pour réduire encore davantage le stress, il faut la combiner avec la technique de respiration profonde.

Avant de commencer cette pratique, il faut consulter un médecin en cas d'antécédents de spasmes musculaires, de problèmes de dos ou d'autres blessures graves qui peuvent être aggravées par la tension des muscles. La plupart des praticiens commencent par les pieds, puis remontent jusqu'au visage.

- Desserrer vos vêtements, retirer vos chaussures et se mettre à l'aise.
- Prendre quelques minutes pour inspirer et expirer lentement et profondément.
- Ensuite, porter son attention sur le pied droit. Prendre un instant pour se concentrer sur ce que l'on ressent dans le pied.
- Tendre lentement les muscles de votre pied en les contractant le plus possible. Maintenir la tension le temps de compter jusqu'à 10.
- Détendre le pied droit. Se concentrer sur le relâchement de la tension dans le pied et sur la sensation lorsqu'il devient flasque et détendu.
- Rester dans cet état détendu pendant un moment, en respirant profondément et lentement.
- Ensuite, porter l'attention sur le pied gauche. Suivre la même séquence de tension et de relâchement musculaire.
- Remonter lentement le long du corps, en contractant et en relâchant les différents groupes musculaires.
- Essayer de ne pas tendre d'autres muscles que ceux sur lesquels on se concentre.

Séquence la plus populaire :

1. Pied droit
2. Pied gauche
3. Mollet droit
4. Mollet gauche
5. Cuisse droite
6. Cuisse gauche
7. Hanches et fesses
8. Abdomen
9. Poitrine
10. Dos
11. Bras et main droits
12. Bras et main gauches
13. Cou et épaules
14. Visage

## Technique de relaxation n°3 : méditation par balayage corporel

Le balayage corporel est similaire à la relaxation musculaire progressive à une exception près : au lieu de tendre et de détendre les muscles, l'accent est mis sur les sensations dans chaque partie du corps.

- S'allonger sur le dos, jambes écartées, bras détendus le long du corps, yeux ouverts ou fermés. Se concentrer sur la respiration, en laissant l'abdomen se soulever lors de l'inspiration et retomber lors de l'expiration. Respirer profondément pendant environ deux minutes.
- Reporter l'attention sur les orteils du pied droit. Observer les sensations éventuelles tout en continuant de se concentrer sur la respiration. Imaginer l'air atteignant les orteils à chaque respiration profonde. Rester concentré(e) sur cette partie du corps pendant 1 à 2 minutes.
- Reporter l'attention vers la plante du pied droit. Observer les sensations dans cette partie du corps. Imaginer l'air affluant vers la plante du pied à chaque respiration. Après 1 à 2 minutes, reporter l'attention vers la cheville droite et répéter l'opération. Remonter vers le mollet, le genou, la cuisse et la hanche, puis répéter la séquence pour la jambe gauche. Ensuite, remonter jusqu'au torse, en passant par le bas du dos, l'abdomen, le haut du dos, la poitrine, et les épaules. Être attentif(ve) à toute partie du corps dans laquelle une douleur ou une gêne est ressentie.
- Porter ensuite l'attention sur les doigts de votre main droite. Remonter jusqu'au poignet, à l'avant-bras, au coude, au bras et à l'épaule. Répéter l'opération pour le bras gauche. Ensuite, passer au cou et à la gorge, puis balayer toutes les zones du visage, le dos et le haut de la tête. Être attentif(ve) à la mâchoire, au menton, aux lèvres, à la langue, au nez, aux joues, aux yeux, au front, aux tempes et au cuir chevelu. Lorsque le haut de la tête est atteint, laisser le souffle se prolonger au-delà de votre corps et s'imaginer planant au-dessus du corps.
- Après avoir terminé le balayage corporel, se détendre dans le silence et la tranquillité, en observant les sensations dans le corps. Ouvrir lentement les yeux et prendre un instant pour s'étirer, si nécessaire.

## Technique de relaxation n°4 : pleine conscience

La pleine conscience est le fait d'avoir conscience de ce que l'on ressent en ce moment même, « instant après instant », en soi comme en dehors de soi. Penser au passé (reproche, jugement, etc.) ou s'inquiéter de l'avenir conduit souvent à être submergé(e) par le stress. En restant calme et concentré(e) sur le moment présent, le système nerveux retrouve son équilibre. La pleine conscience peut être appliquée à des activités telles que la marche, l'exercice physique, l'alimentation ou la méditation.



Certaines techniques de pleine conscience nous plongent dans le présent en concentrant notre attention sur une seule action répétitive, telle que la respiration, quelques mots répétés ou la lumière scintillante d'une bougie. D'autres invitent à suivre, puis à laisser s'éloigner les pensées ou les sensations internes.

- **Un environnement calme.** Choisir un endroit isolé dans la maison, le bureau, le jardin, le lieu de culte ou à l'extérieur pour vous détendre sans distractions ni interruptions.
- **Une position confortable.** Se mettre à l'aise, mais éviter de s'allonger, car on peut s'endormir. S'asseoir le dos droit, sur une chaise ou sur le sol (essayer la position en tailleur ou la position du lotus).
- **Un point focal.** Garder l'attention sur un point précis qui peut être interne (un sentiment ou une scène imaginaire) ou externe (une flamme ou un mot significatif ou une phrase répétée) tout au long de la séance. Méditer avec les yeux ouverts (observer un objet de l'environnement pour améliorer la concentration) ou fermés.
- **Une attitude d'observation, sans jugement.** Ne pas s'inquiéter des pensées qui distraient ou de la façon dont se déroule la séance. Si des pensées s'immiscent, ne pas lutter. Au lieu de cela, reporter doucement l'attention sur le point focal.

## Technique de relaxation n°5 : méditation avec visualisation

La visualisation, ou l'imagerie mentale dirigée, est une variation de la méditation traditionnelle qui fait appel aux cinq sens (vue, goût, toucher, odorat et audition). Lorsqu'elle est utilisée comme technique de relaxation, la visualisation consiste à imaginer une scène paisible, où l'on est libre de lâcher prise pour éliminer toute la tension et l'anxiété.

Faire cet exercice seul(e) et en silence, en écoutant de la musique apaisante ou avec un thérapeute (ou un enregistrement audio d'un thérapeute) qui guidera à travers les images. Des sons peuvent être incorporés pour stimuler le sens de l'audition (le son des vagues de l'océan, par exemple).

S'installer dans un endroit calme et relaxant. Éviter de s'allonger, car on peut s'endormir (cela arrive aux débutants). Fermer les yeux et lâcher prise sur les soucis. Imaginer un cadre apaisant, tel qu'une plage tropicale, un lieu préféré de votre enfance ou une vallée boisée paisible. Visualiser cet endroit aussi nettement que possible. Incorporer un maximum de détails sensoriels en utilisant au moins trois sens. Pensez à des images qui vous plaisent. Ne pas choisir des scènes suggérées par une autre personne ou parce que l'on pense qu'elles devraient plaire. Si le cadre est un ponton sur un lac tranquille, par exemple :

- Se promener lentement sur le ponton en remarquant les couleurs et les textures.
- Passer du temps à explorer chacun des sens (regardez le coucher du soleil au-dessus de l'eau, écoutez les oiseaux chanter, humez l'odeur des pins, sentez l'eau fraîche, goûtez l'air frais, etc.).

Lorsque on est prêt(e), ouvrir lentement les yeux et revenir au moment présent. Ne pas s'inquiéter si votre esprit vagabonde ou si on se perd pendant une séance d'imagerie mentale dirigée. Une raideur ou une lourdeur dans les membres, d'imperceptibles mouvements musculaires involontaires, une toux et des bâillements sont des réponses normales.

## Incorporer les techniques de relaxation dans votre routine quotidienne

La meilleure façon d'entamer et de poursuivre une pratique de relaxation est de l'intégrer dans votre routine quotidienne. Il peut être difficile de trouver le temps. Heureusement, un grand nombre de ces techniques peuvent être pratiquées tout en faisant autre chose.

### Exercice physique répétitif comme technique de relaxation en pleine conscience

L'exercice physique répétitif, comme la course à pied, la marche, l'aviron ou le vélo, sont les plus efficaces pour soulager le stress lorsqu'ils sont effectués dans une optique de relaxation. Comme pour la méditation, la pleine conscience requiert d'être entièrement dans le moment présent, de se concentrer sur les sensations corporelles à l'instant même. Se concentrer sur l'aspect physique du mouvement et sur la manière dont la respiration accompagne ce mouvement. Si d'autres pensées viennent à l'esprit, ramener doucement l'attention sur la respiration et le mouvement. Si on marche ou coure, par exemple, se concentrer sur chaque pas : la sensation du pied touchant le sol, le rythme de la respiration en mouvement et la sensation du vent.

### Conseils pour incorporer les techniques de relaxation dans votre vie quotidienne

- **Si possible, programmer une plage horaire pour pratiquer chaque jour.** Effectuer 1-2 séances par jour. Il peut être plus facile de pratiquer tôt le matin, avant d'être occupé(e) par d'autres tâches et responsabilités.
- **Pratiquer des techniques de relaxation tout en faisant autre chose.** Méditer quand on se rend au travail, dans le bus ou le train, ou en attendant un rendez-vous chez le dentiste. Essayer la respiration profonde lors des travaux ménagers ou de la tonte de la pelouse. La marche en pleine conscience peut être pratiquée lors des sorties avec le chien, en rejoignant la voiture ou en montant les escaliers au travail au lieu d'utiliser l'ascenseur. Des techniques telles que le tai-chi peuvent être pratiquées au bureau ou dans un parc à l'heure du déjeuner.
- **Pratiquer la pleine conscience tout en faisant de l'exercice physique pour accroître les bénéfices de la relaxation.** Au lieu de pratiquer l'activité machinalement ou en regardant la télévision, porter l'attention sur son corps. Se concentrer par exemple sur la coordination de la respiration avec les mouvements. Être attentif(ve) aux sensations du corps lorsque on soulève, puis repose des haltères par exemple.
- **Éviter de pratiquer lorsque l'on a envie de dormir.** Ces techniques peuvent favoriser la somnolence, particulièrement à l'heure du coucher. La pratique qui présente un maximum de bénéfices est celle qui vous permet de rester complètement éveillé(e) et alerte. Ne pas pratiquer après avoir mangé un repas copieux ou en consommant de la drogue, du tabac ou de l'alcool.
- **S'attendre à des hauts et des bas.** Ne pas se décourager si on ne pratique pas pendant quelques jours ou même quelques semaines. Reprendre la pratique et revenir progressivement aux habitudes prises antérieurement.

# Annexe 6. Techniques thérapeutiques

## Annexe 6. Techniques thérapeutiques

Les traitements suivants ont été validés dans le cadre de directives intersections pour une utilisation conformément à des critères spécifiques énoncés après chaque description. Si un projet MSF souhaite utiliser un type de traitement spécifique, s'il ne figure pas sur cette liste ou s'il n'est pas mentionné dans le guide, une demande doit être faite au référent en santé mentale de la section pour une validation technique préalable.

Pour plus d'informations, voir [Annexe 1](#) et la boîte à outils des lectures de référence en santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) pour obtenir des documents conceptuels relatifs aux traitements suivants.

### Thérapie cognitive (TC)

La TC est une thérapie menée sur 12 séances qui est efficace pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et d'autres symptômes corollaires, secondaires à des événements traumatiques (y compris la dépression comorbide). La TC peut être dispensée individuellement et en groupe.

L'objectif principal du traitement est d'aider le patient à comprendre et à reconceptualiser l'événement traumatique qu'il a vécu de manière à réduire ses effets négatifs persistants sur sa vie actuelle. La diminution de l'évitement du traumatisme est nécessaire pour que le patient examine/évalue ses méta-émotions et ses croyances engendrées par le traumatisme.

La TC intègre des techniques cognitives spécifiques du traumatisme pour aider les personnes atteintes de TSPT à évaluer plus précisément les « blocages » et à progresser vers le rétablissement. Le processus thérapeutique se fonde sur les cinq dimensions majeures susceptibles d'être perturbées par des événements traumatiques, à savoir la sécurité, la confiance, le pouvoir et le contrôle, l'estime et l'intimité.

#### Bénéfices :

- Elle a démontré son efficacité dans le traitement de certains symptômes et troubles mentaux liés à un traumatisme (y compris la comorbidité avec une dépression).
- Elle peut être pratiquée avec des patients qui subissent encore un certain degré de stress (soldats redéployés dans une zone de combat, etc.).
- Elle réduit le risque de développer un ou plusieurs traumatismes supplémentaires.
- Elle peut être pratiquée avec des personnes de différentes cultures et ayant des niveaux intellectuels divers.

#### Pour pratiquer la TC, les critères suivants doivent être remplis :

- Présence d'un responsable des activités de santé mentale (RASM) de MSF, qui est également formateur certifié en TC, c'est-à-dire qu'il a été formé à la TC pendant plus d'un an et possède en plus un an d'expérience de la supervision. Le RASM supervise et surveille les résultats de l'intervention pour les patients.
- Les psychologues locaux pratiquant la TC sont formés au traitement psychothérapeutique des patients (avec des connaissances spécialisées en psychologie clinique et une formation aux pratiques de psychothérapie).
- Réservée aux bénéficiaires qui n'ont pas été exposés à des traumatismes multiples.
- Douze rendez-vous de suivi doivent pouvoir être assurés (par téléphone, visite à domicile ou à la clinique).
- L'adaptation culturelle doit être évaluée pour s'assurer que ce modèle peut être mis en place dans un contexte spécifique donné.

### Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR)

L'EMDR est un type de psychothérapie conçu pour le TSPT et d'autres troubles psychiatriques, les problèmes de santé mentale et les symptômes somatiques. Elle peut être dispensée individuellement et en groupe. L'EMDR est une thérapie de traitement de l'information qui postule que la psychopathologie est due en grande partie à l'encodage inadapté et/ou au traitement incomplet d'expériences de vie négatives, qu'elles soient traumatiques ou perturbantes. Cela nuit à la capacité du client à digérer ces expériences de manière appropriée.

Le processus d'EMDR en huit phases et trois volets facilite la normalisation du traitement et de la digestion de l'information. Cette approche thérapeutique consiste à maintenir un état de double d'attention en alternant entre la stimulation bilatérale visuelle, auditive et/ou tactile ciblant l'expérience vécue, les déclencheurs actuels et les éventuels défis à venir. Cela se traduit par l'atténuation des symptômes, une diminution, voire une élimination de la détresse liée au souvenir perturbant, une meilleure estime de soi, un soulagement des troubles physiques et la résolution des déclencheurs actuels et futurs.

#### Pour pratiquer l'EMDR, les critères suivants doivent être remplis :

- Des contextes stables (pas de conflit/crise en cours).
- Présence d'un RASM de MSF, qui est également formateur certifié en EMDR, c'est-à-dire qu'il a été formé à l'EMDR pendant plus d'un an et possède en plus un an d'expérience de la supervision. Le RASM supervise et surveille les résultats de l'intervention pour les patients.
- Des psychologues locaux formés au traitement psychothérapeutique (avec des connaissances spécialisées en psychologie clinique et une formation aux pratiques de psychothérapie).
- Des bénéficiaires qui n'ont pas été exposés à des traumatismes multiples.
- La garantie d'un suivi des patients (par téléphone, visite à domicile ou à la clinique).
- Le référent en santé mentale examine la pertinence de la technique dans le contexte préalablement à sa mise en œuvre.

## Psychothérapie interpersonnelle (TIP)

La TIP cible un éventail de troubles psychiatriques, notamment les troubles principalement liés aux traumatismes, les troubles affectifs, les troubles anxieux, le TSPT et les troubles alimentaires. Il s'agit d'une psychothérapie psychodynamique, axée sur les relations interpersonnelles, à durée limitée (4 à 16 séances), qui a pour objectifs le soulagement des symptômes ainsi que l'amélioration du fonctionnement interpersonnel et du réseau de soutien social. Elle est divisée en cinq phases (séances d'évaluation, initiale, intermédiaire, finale et d'entretien) et se déroule individuellement ou en groupe. Elle peut être dispensée par des professionnels de la santé mentale ainsi que des personnels infirmiers et des conseillers non spécialisés en santé mentale.

Les contraintes incluent des difficultés à déterminer si le patient est un candidat approprié pour la TIP.

### Pour pratiquer la TIP, les critères suivants doivent être remplis :

- Les conflits interpersonnels sont clairement identifiés.
- Les conseillers sont formés aux rudiments du conseil de soutien avant de commencer la formation à la psychothérapie interpersonnelle.
- La TIP n'est pas une intervention de SM autonome. Elle est associée à d'autres modèles, principalement le conseil de soutien.
- Un nombre minimal de séances de suivi est prévu.
- Le référent en santé mentale examine la pertinence de la technique dans le contexte préalablement à sa mise en œuvre.

## Pleine conscience

La pleine conscience est une approche intégrée, basée sur la connexion entre le corps et l'esprit, et qui aide la personne à changer sa façon de penser et son ressenti par rapport aux expériences vécues. C'est une façon de se concentrer sur l'instant présent en utilisant la méditation, les techniques de respiration et le yoga. La pleine conscience consiste à prêter attention à ses pensées et à ses émotions, sans porter de jugement, ce qui permet de moins se laisser envahir par celles-ci et de mieux les gérer.

La pleine conscience se réfère à un état de conscience qui se caractérise par l'autorégulation de l'attention portée sur les expériences du moment présent, couplée à une attitude d'acceptation et d'absence de jugement envers ces expériences. Les interventions basées sur la pleine conscience consistent habituellement en huit séances de groupe, intégrant la pratique et les principes de la méditation de pleine conscience.

- La réduction du stress fondée sur la pleine conscience (MBSR) aide à gérer le stress associé à des problèmes de santé physique tels que la douleur chronique, les troubles anxieux et la dépression (comorbidités fréquentes du TSPT).
- La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience (MBCT) cible les personnes ayant des antécédents de dépression et de troubles dépressifs ou anxieux actuels.
- La prévention de la rechute fondée sur la pleine conscience aide à gérer les symptômes de sevrage de la consommation de substances psychoactives après le traitement d'une toxicomanie (et d'autres comportements d'évitement des expériences liées aux traumatismes).

### Pour effectuer des interventions de pleine conscience, les critères suivants doivent être remplis :

- Le référent en santé mentale examine la pertinence de ces techniques dans le contexte préalablement à sa mise en œuvre.

## Thérapie narrative (NET)

La thérapie narrative est un traitement pour les troubles du spectre traumatique chez les survivants de traumatismes multiples et complexes et les personnes souffrant de TSPT. La thérapie narrative contextualise les éléments associatifs spécifiques du réseau de la peur ainsi que les souvenirs sensoriels, affectifs et cognitifs du traumatisme pour comprendre et traiter le souvenir d'un événement traumatique dans le cadre des circonstances particulières de la vie d'un client. Le patient construit un récit chronologique de l'histoire de sa vie en mettant l'accent sur les expériences traumatiques. Les souvenirs fragmentés des expériences traumatiques se transforment alors en un récit cohérent. Il s'agit d'une approche de courte durée (4 à 6 séances), réalisée en quatre phases (entretien diagnostique/psychoéducation ; mise en place de la ligne de vie ; séances de thérapie narrative/fleurs et pierres ; rituels de la séance finale).

### Bénéfices :

- Elle peut être pratiquée avec des patients qui subissent encore un certain degré de stress.
- Elle peut être pratiquée individuellement.
- Elle peut être pratiquée avec des personnes de différentes cultures et ayant des niveaux intellectuels divers.

### Pour pratiquer la thérapie narrative, les critères suivants doivent être remplis :

- Disponibilité d'un psychologue formé à la pratique clinique de la thérapie narrative et possédant une expérience de cette pratique et au moins six mois d'expérience de la supervision.
- Le référent en santé mentale examine la pertinence de ces techniques dans le contexte préalablement à sa mise en œuvre.
- La formation et l'utilisation des techniques de thérapie narrative ne sont destinées qu'aux psychologues ou aux conseillers.
- La thérapie narrative n'est pas utilisée dans des contextes de conflit/violences en cours ou actifs.
- Garantie de retour pour les séances de suivi.

# **Annexe 7. Définitions relatives à la population en déplacement**

## **Annexe 7. Définitions relatives à la population en déplacement**

« Aperçu des définitions des migrations internationales (révisé en février 2020). Équipe Migration Forcée, Département d'analyse, OCB »

| Terminologie                                                    | Définition                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Comments                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Statut juridique et catégories</b>                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Migrant</b>                                                  | « Toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un État, quels que soient : 1) le statut juridique de la personne ; 2) le caractère, volontaire ou involontaire, du déplacement ; 3) les causes du déplacement ; ou 4) la durée du séjour. » (OIM)                                                                                                                                          | <p>Terme non défini dans le droit international. Il englobe diverses catégories de personnes se déplaçant pour diverses raisons, à l'intérieur d'un même pays et dans un autre pays, pendant des durées variables. Les personnes peuvent également passer d'une catégorie à l'autre. L'attention se porte de plus en plus sur les « migrations dangereuses » et les « migrants en situation de vulnérabilité », car certains mouvements migratoires font face à davantage de restrictions et exposent à des difficultés et à des voyages dangereux.</p> <p>Les réfugiés sont également des migrants, mais ils bénéficient de droits spécifiques liés au régime de protection des réfugiés (voir la définition des réfugiés ci-dessous).</p>                                                                                         |
| <b>Migrant en situation irrégulière</b>                         | « Personne qui ne possède pas l'autorisation ou le titre nécessaire pour entrer ou séjourner légalement dans un pays. Les migrants en situation irrégulière franchissent les frontières internationales en contrevenant aux réglementations des pays d'origine, de transit et de destination. Cela comprend les personnes qui, du fait d'une entrée non autorisée, d'une violation d'une condition d'entrée ou de l'expiration de leur visa, n'ont pas de statut légal dans un pays de transit ou hôte. » (OIM) | <p>Les personnels de MSF ne doivent JAMAIS utiliser le terme « migrants illégaux » ou « migration illégale », car il est juridiquement incorrect et contribue à la criminalisation et à la stigmatisation. Une personne ne peut jamais être illégale. La migration n'est pas un crime. Les migrants qui ne disposent pas des autorisations ou titres nécessaires pour entrer ou rester dans un pays donné peuvent être appelés « migrants sans papiers » ou « migrants en situation irrégulière ».</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Migrant interne/ domestique</b>                              | Personne qui se déplace d'une région (province, district ou municipalité) à une autre à l'intérieur du pays dont elle est originaire.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Personne déplacée à l'intérieur de son propre pays (IDP)</b> | « Personnes ou groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints de fuir ou de quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituelle, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État. » (OIM)                                                                     | <p>Les personnes déplacées dans leur propre pays sont protégées par le droit international des droits de l'homme et la législation nationale. Dans les situations de conflit armé, elles sont protégées par le droit international humanitaire (DIH). Les Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays édictés par les Nations Unies réaffirment et rappellent également les droits de l'homme et le droit humanitaire applicable aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. De nombreux États les ont intégrés dans leur législation nationale.</p> <p>La Convention de l'Union africaine sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique (Convention de Kampala) est le premier instrument juridiquement contraignant concernant les IDP.</p> |
| <b>Demandeur d'asile</b>                                        | « Personne qui sollicite une protection contre la persécution ou un préjudice grave dans un pays autre que le sien et                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | attend une décision sur la demande de statut de réfugié au titre des instruments internationaux et nationaux applicables. En cas de décision négative, la personne doit quitter le pays et peut être expulsée, comme tout non-ressortissant en situation irrégulière ou illégale, à moins que l'autorisation de séjour ne soit accordée pour des motifs humanitaires ou autres motifs connexes. » (OIM)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Réfugié</b>               | <p>La définition la plus universellement appliquée est la suivante : « personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». (Art. 1, A 2), Convention relative au statut des réfugiés, art. 1, A 2), de 1951, telle que modifiée par le Protocole de 1967.)</p> <p>D'autres définitions, plus complètes, existent au niveau régional, par exemple la Déclaration de Carthagène, adoptée en 1984, et la Convention de l'OUA de 1969 régissant les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique.</p> | Il est important de noter que le statut de réfugié est déclaratoire, ce qui signifie qu'un individu est considéré comme un réfugié parce qu'il remplit les critères de la définition, indépendamment du fait qu'il a été reconnu comme tel par un État. La détermination du statut de réfugié (DSR) et les procédures d'asile ne font que confirmer ce statut et fournissent au réfugié le cadre juridique lui permettant d'accéder à des droits spécifiques dans le pays où il s'est réfugié et d'être protégé contre le refoulement. |
| <b>Migrant de retour</b>     | Personne qui retourne dans son pays d'origine après avoir séjourné dans un autre pays.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Contextes migratoires</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Migration forcée</b>      | « Mouvement migratoire dans lequel un élément de coercition prédomine, notamment les menaces pour la vie et les moyens de subsistance, qu'elles proviennent de causes naturelles ou d'origine humaine (p. ex. mouvements de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, ainsi que des personnes déplacées par des catastrophes naturelles ou environnementales, des catastrophes chimiques ou nucléaires, la famine ou des projets de développement). » (OIM)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Il ne s'agit pas d'une définition juridique, mais le concept reflète bien le contexte des interventions de MSF.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Migration mixte</b>       | « La migration mixte désigne les mouvements transfrontaliers de personnes, y compris les réfugiés fuyant les persécutions et les conflits, les victimes de la traite et les personnes à la recherche d'une vie meilleure ou de perspectives nouvelles. Motivées par de multiples facteurs, les personnes composant les flux migratoires mixtes ont des statuts juridiques différents et présentent diverses vulnérabilités. Bien qu'elles aient droit à une protection en                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                               | <p>vertu du droit international des droits de l'homme, elles peuvent souvent être exposées à de multiples violations des droits tout au long de leur voyage. En outre, réfugiés et migrants empruntent des itinéraires similaires, utilisent des moyens de transport similaires – et voyagent souvent de manière irrégulière, assistés partiellement ou pendant l'entièreté du voyage par des passeurs. » (MMC)</p>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Rapatriement des réfugiés</b>                              | <p>Retour dans le pays d'origine sur la base de la volonté librement exprimée des réfugiés (HCR). Les retours doivent avoir lieu dans des conditions de protection, de dignité et de sécurité. Parmi les trois solutions durables aux situations des réfugiés (rapatriement, intégration et réinstallation), le rapatriement est considéré par le HCR et par de nombreux États comme la « solution la plus souhaitable ».</p> | <p>Il est important de comprendre qu'il existe certaines conditions pour qu'un processus de retour ou de rapatriement soit véritablement volontaire. Le principe du « caractère volontaire » doit être considéré à la fois par rapport aux conditions dans le pays d'origine (décision éclairée) et à la situation dans le pays d'asile (libre choix). Le HCR a élaboré des directives pour l'évaluation du caractère volontaire des processus de rapatriement des réfugiés.</p> <p>Handbook on voluntary repatriation (1996) : <a href="http://www.unhcr.org/afr/3bfe68d32.pdf">http://www.unhcr.org/afr/3bfe68d32.pdf</a><br/> Manuel pour les activités de rapatriement et de réintégration (2004) : <a href="http://www.refworld.org/docid/416bd1194.html">http://www.refworld.org/docid/416bd1194.html</a></p> |
| <b>Aide au retour volontaire et à la réintégration (AVRR)</b> | <p>Soutien administratif, logistique et financier, y compris à des fins de réintégration, apporté aux demandeurs d'asile déboutés, aux victimes de la traite des êtres humains, aux migrants en détresse, aux migrants qualifiés et aux autres migrants qui ne peuvent ou ne veulent pas rester dans le pays hôte et qui se portent volontaires pour retourner dans leur pays d'origine (OIM).</p>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Migration de travail</b>                                   | <p>« Mouvement de personnes d'un État vers un autre, ou dans leur propre pays de résidence, à des fins d'emploi. La majorité des États ont institué une réglementation spécifique de l'immigration à des fins d'emploi. En outre, certains États jouent un rôle actif en réglementant l'émigration de travail et en cherchant des opportunités d'emploi à l'étranger pour leurs ressortissants. » (OIM)</p>                   | <p>La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (ICRMW) est le seul instrument international établissant un cadre pour la protection des droits des travailleurs migrants. Elle n'a été ratifiée que par 54 États. Cette Convention n'a été signée par aucun pays industriel accueillant des immigrants dans le monde occidental.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Centres d'accueil</b>                                      | <p>« Toutes les formes de locaux utilisés pour l'hébergement des demandeurs d'asile et d'autres catégories de migrants et de réfugiés » (Commission européenne).</p>                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Ces centres peuvent être des centres d'accueil ouverts, semi-ouverts ou fermés, ce qui détermine la liberté de circulation des migrants.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Migration de transit</b>                                   | <p>« La migration de transit est un terme générique qui englobe le transit, la migration de transit, l'immigration temporaire ou le séjour forcé, la poursuite de la migration ou même les trajectoires continues, ainsi qu'une</p>                                                                                                                                                                                           | <p>Il n'existe pas de définition officielle et la période considérée comme une « transition » varie largement de quelques mois à plus de dix ans.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | <p>certainne instabilité mentale » (Oxford, COMPAS).</p> <p>Voir la définition du pays de transit ci-dessous.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Pour les opérations de MSF, il s'agit d'une situation de migration dans laquelle un migrant se trouve temporairement tout en cherchant à migrer définitivement vers une autre destination. Ce terme recouvre toutes les catégories juridiques, et les migrants peuvent entrer dans des catégories, puis en ressortir pendant leur transit. Elle peut être divisée en deux types :</p> <p>a) Transit de courte durée : période allant de quelques heures à quelques jours.</p> <p>b) Transit de longue durée : période allant de plus de quelques jours à des mois ou des années.</p> |
| <b>Pays de destination</b>               | <p>« Pays vers lequel se dirigent des flux migratoires, réguliers ou irréguliers. » (Glossaire de la migration de l'OIM)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Autre appellation du pays de réception : « Pays de destination ou pays d'accueil. Dans l'hypothèse d'un retour ou d'un rapatriement, les notions de pays de réception et de pays d'origine se confondent. » (Glossaire de la migration de l'OIM)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Pays de transit</b>                   | <p>« État que traversent des migrants, réguliers ou irréguliers. » (Glossaire de la migration de l'OIM)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Bien que la définition d'un pays de transit soit bien acceptée, le terme de « migration de transit » n'est pas clairement défini. Exemple : l'Assemblée de l'Union interparlementaire à Genève (2005 : 4) stipule que « les migrants de transit sont ...[ceux] qui séjournent dans le pays pendant un certain temps tout en cherchant à migrer définitivement vers un autre pays ».</p>                                                                                                                                                                                              |
| <b>Pays d'origine</b>                    | <p>Pays qui est une source de flux migratoires, réguliers ou irréguliers. (Glossaire de la migration de l'OIM)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Toutefois, il est important de noter que les migrants et les réfugiés en transit depuis longtemps peuvent avoir séjourné dans de nombreux pays pendant des périodes variables, entre leur départ de leur pays d'origine et leur arrivée dans leur pays de destination.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Lieux d'installation des migrants</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Campements sauvages</b>               | <p>« Les campements sauvages sont des zones résidentielles où 1) les habitants n'ont aucune garantie de ne pouvoir être expulsés des lieux ou de leurs habitations, qu'ils s'agissent d'une occupation sauvage ou de logements locatifs informels, 2) les quartiers manquent généralement ou sont coupés des services de base et des infrastructures urbaines, et 3) le logement n'est pas nécessairement conforme à la réglementation actuelle en matière de planification et de construction et est généralement situé dans des zones dangereuses au plan géographique et environnemental. » (ONU Habitat)</p> | <p>Il n'existe pas de définitions internationales reconnues pour les campements sauvages/ établissements urbains informels, et aucune ne fait directement référence aux campements abritant de migrants en situation irrégulière.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Lieu fermé/ centre de rétention</b>   | <p>Les lieux fermés peuvent être définis comme n'importe quel lieu qu'une personne ne peut pas quitter, c'est-à-dire un centre de rétention. Ils peuvent être formels ou informels, ce qui signifie</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>La rétention administrative ne doit jamais être arbitraire ; elle doit avoir une durée limitée, être une mesure de dernier recours, avoir un but légitime, être proportionnelle à l'objectif visé et fonction de la situation des individus. Les</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



que les lieux fermés peuvent également être coordonnés par un État ou un acteur non étatique tel qu'une milice, des passeurs ou des réseaux criminels.

« La rétention administrative fait référence à une pratique des autorités administratives consistant à détenir des demandeurs d'asile et d'autres migrants à des fins administratives, généralement pour établir leur identité ou faciliter la régularisation de leur situation et/ou leur renvoi. C'est un processus administratif plutôt qu'une procédure pénale. » (The Migration Observatory, Oxford University)

mesures non privatives de liberté doivent toujours être envisagées en premier. Il est également nécessaire d'évaluer préalablement l'effet de la rétention sur la santé physique et mentale de la personne. En outre, la rétention administrative doit avoir lieu dans des lieux adéquats et non dans des prisons. Les conditions de vie doivent être conformes aux normes internationales.

# Annexe 8. Soins pour le développement de l'enfant

## Annexe 8. Soins pour le développement de l'enfant

Fiches de conseil, kit Soins pour le développement de l'enfant. UNICEF et OMS, 2012.

<https://www.unicef.org/media/96051/file/4-CCD-Counseling-Cards-fr.pdf>



### Recommandations sur les soins pour le développement de l'enfant

| NOUVEAU-NÉ,<br>DE LA NAISSANCE<br>À 1 SEMAINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 SEMAINE<br>À 6 MOIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 6 MOIS<br>À 9 MOIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 9 MOIS<br>À 12 MOIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 12 MOIS<br>À 2 ANS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2 ANS<br>ET PLUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Votre enfant commence à apprendre dès la naissance.</b></p>  <p><b>JOUER</b> Donnez à votre bébé les moyens de vous voir, vous entendre, bouger librement les bras et les jambes et vous toucher. Délicatement, apaisez, secouez et prenez votre bébé. Le contact de peau à peau est bien.</p>  <p><b>COMMUNIQUER</b> Regardez votre bébé dans les yeux et parlez-lui. L'allaitement constitue un moment propice. Même le nouveau-né arrive à voir votre visage et entendre votre voix.</p> |  <p><b>JOUER</b> Donnez à votre bébé les moyens de vous voir, vous entendre, bouger librement et vous toucher. Très délicatement, remuez des objets colorés que votre enfant peut voir et atteindre. Exemples de jouets : shaker, hochet, anneau.</p>  <p><b>COMMUNIQUER</b> Souriez et riez avec votre enfant. Parlez-lui. Démarrez une conversation en copiant les sons et les gestes de votre enfant.</p> |  <p><b>JOUER</b> Donnez à votre enfant des objets ménagers propres, sans danger à manipuler, à agiter et à jeter. Exemples de jouets : contenants avec couvercle, pot métallique et cuillères.</p>  <p><b>COMMUNIQUER</b> Répondre aux sons et aux intérêts de votre enfant. Appelez l'enfant par son nom et essayez de voir s'il répond.</p> |  <p><b>JOUER</b> Cachez le jouet favori de l'enfant dans vos habits ou dans une boîte. Essayez de voir si l'enfant peut le trouver. Jouez à cache-cache.</p>  <p><b>COMMUNIQUER</b> Dites à l'enfant le nom des objets et des personnes. Montrez à l'enfant comment dire des choses avec les mains, comme « bye bye ». Exemple de jouet : poupée.</p> |  <p><b>JOUER</b> Donnez à votre enfant des objets à empiler, à mettre dans des récipients et à en sortir. Exemples de jouets : Objets à empiler et encastrer, récipients et pinces à linge.</p>  <p><b>COMMUNIQUER</b> Posez à votre enfant des questions simples. Répondez à ce que l'enfant essaie de dire. Montrez et parlez de la nature, des images et des objets.</p> |  <p><b>JOUER</b> Aidez votre enfant à compter, nommer et comparer les objets. Confectionnez des jouets simples pour votre enfant. Exemples de jouets : Objets de couleurs et formes différentes à trier, bâtonnet ou craie, puzzles.</p>  <p><b>COMMUNIQUER</b> Encouragez votre enfant à parler et répondre à ses questions. Apprenez-lui des histoires, des chansons et des jeux. Parlez-lui d'images ou de livres. Exemple de jouet : livre avec des images.</p> |

- Donnez de l'affection à votre enfant et montrez-lui votre amour.
- Sachez reconnaître ce qui intéresse votre enfant et y répondre.
- Félicitez votre enfant pour ce qu'il a appris.



### Conseils à la famille sur les problèmes en matière de soins pour le développement de l'enfant

#### Si la mère n'allait pas, conseillez-lui de :

Tenir l'enfant très près d'elle en le nourrissant, de regarder l'enfant, de lui parler et de chanter pour lui.

#### Si le dispensateur de soins ne sait pas comment l'enfant joue ou communique :

- Rappeler au dispensateur de soins que l'enfant joue et communique dès la naissance.
- Montrer comment l'enfant réagit à ses activités.

#### Si le dispensateur de soins pense qu'il est trop accablé ou stressé pour jouer et communiquer avec l'enfant :

- Soyez attentif à ce qu'il ressent et l'aider à identifier une personne clé pouvant partager ses émotions et l'assister pour les soins de l'enfant.
- Donner-lui confiance en lui démontrant sa capacité de mener à bien une activité.
- Orientez-le vers un service local si nécessaire.

#### Si le dispensateur de soins pense qu'il n'a pas de temps pour jouer et communiquer avec l'enfant :

- Encouragez-le à combiner le jeu et d'autres activités de communication avec les autres soins pour l'enfant.
- Demandez aux autres membres de la famille de l'assister dans les soins et autres tâches auprès de l'enfant.

#### Si le dispensateur de soins ne dispose pas de jouets pour l'enfant, conseillez-lui de :

- Utiliser des objets ménagers propres et sans danger.
- Confectionner des jouets simples.
- Jouer avec son enfant. L'enfant apprendra en jouant avec lui ou d'autres personnes.



#### Si l'enfant ne répond pas, ou semble être « lent » :

- Encouragez la famille à faire des activités supplémentaires de jeu et de communication avec l'enfant.
- Vérifiez si l'enfant peut entendre et voir.
- Orientez l'enfant présentant des difficultés vers les services spécialisés.
- Encouragez la famille à jouer et à communiquer avec l'enfant à travers le toucher et le mouvement.

#### Si la mère doit laisser l'enfant avec quelqu'un pour une période de temps déterminée :

- Identifiez au moins une personne qui se chargera de prendre soin de l'enfant régulièrement, et de lui donner l'amour et l'attention dont il a besoin.
- Habituez progressivement l'enfant au contact d'une nouvelle personne.
- Encouragez la mère et le père à passer du temps avec l'enfant autant que possible.

#### Si l'enfant semble être traité sévèrement :

Recommandez de meilleures façons de traiter l'enfant.

- Encouragez la famille à trouver des occasions de complimenter l'enfant pour sa bonne conduite.
- Respectez les émotions de l'enfant. Essayez de comprendre pourquoi l'enfant est en colère ou triste.
- Donnez à l'enfant le choix entre des choses qu'il peut faire au lieu de lui dire « ne fais pas ! »



**LISTE DE VÉRIFICATION** (pour l'enfant de la naissance à l'âge de 5 ans)  
**Relative aux conseils en matière de soins pour le développement de l'enfant**

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Remplie par : \_\_\_\_\_  
(Jour / Mois / Année)

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_ ans / \_\_\_\_ mois Garçon / Fille

Nom de l'adulte responsable : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : Mère / Père / Autre : \_\_\_\_\_

Adresse, Communauté : \_\_\_\_\_

**1. Identifier des pratiques visant à favoriser le développement de l'enfant et conseiller l'adulte responsable**

| Observer                      |                                                                                           | Féliciter l'adulte responsable lorsqu'il :                                                                                                                                         | Conseiller l'adulte responsable et résoudre les problèmes lorsque celui-ci :                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tous les enfants              | Comment l'adulte responsable montre-t-il qu'il est conscient des mouvements de l'enfant ? | <input type="checkbox"/> Se déplace vers l'enfant et avec lui, parle avec lui ou émet des sons avec lui.                                                                           | <input type="checkbox"/> Ne suit pas les déplacements de l'enfant ou contrôle les mouvements de l'enfant : Demander à l'adulte responsable d'imiter les mouvements de l'enfant, de suivre les signes émis par l'enfant.                                                         |
|                               | Comment l'adulte responsable réconforte-t-il l'enfant et lui manifeste-t-il son amour ?   | <input type="checkbox"/> Regarde l'enfant dans les yeux et lui parle avec douceur, le touche avec douceur et le serre dans ses bras.                                               | <input type="checkbox"/> N'est pas capable de consoler l'enfant et l'enfant ne regarde pas l'aidant pour trouver du réconfort auprès de lui : Aider l'adulte à regarder l'enfant dans les yeux, à lui parler avec douceur et à le tenir                                         |
|                               | Comment l'adulte responsable corrige-t-il l'enfant ?                                      | <input type="checkbox"/> Distrait l'enfant des occupations déconseillées en lui proposant une activité ou un jouet recommandé.                                                     | <input type="checkbox"/> Réprimande l'enfant : Aider l'adulte responsable à distraire l'enfant des occupations déconseillées en lui proposant une activité ou un jouet recommandé.                                                                                              |
| Poser une question et écouter |                                                                                           | Féliciter l'adulte responsable lorsqu'il :                                                                                                                                         | Conseiller l'adulte responsable et résoudre les difficultés lorsque celui-ci :                                                                                                                                                                                                  |
| Enfants de moins de six mois  | Comment jouez-vous avec votre bébé ?                                                      | <input type="checkbox"/> Bouge les bras et les jambes du bébé ou le caresse avec douceur.<br><input type="checkbox"/> Retient l'attention du bébé avec un hochet ou un autre objet | <input type="checkbox"/> Ne joue pas avec le bébé : Discuter des moyens d'aider le bébé à voir, entendre, toucher et bouger, de manière adaptée à son âge.                                                                                                                      |
|                               | Comment parlez-vous avec votre bébé ?                                                     | <input type="checkbox"/> Regarde le bébé dans les yeux et lui parle avec douceur.                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ne parle pas au bébé : demander à l'adulte responsable de regarder le bébé dans les yeux et de lui parler.                                                                                                                                             |
|                               | Comment faites-vous pour faire sourire votre bébé ?                                       | <input type="checkbox"/> Réagit aux sons émis par le bébé et à ses gestes pour le faire sourire                                                                                    | <input type="checkbox"/> Tente de lui arracher un sourire par la contrainte ou n'est pas réceptif vis-à-vis du bébé : demander à l'adulte responsable de faire des gestes amples et des gazouillis, d'imiter les sons émis par le bébé et ses gestes, d'observer ses réactions. |
| Enfant de 6 mois et plus      | Comment jouez-vous avec votre enfant ?                                                    | <input type="checkbox"/> Joue à des jeux de vocabulaire ou avec des jouets adaptés à son âge.                                                                                      | <input type="checkbox"/> Ne joue pas avec l'enfant : Demander à l'adulte responsable de faire une activité de jeu ou de communication adaptée à son âge.                                                                                                                        |
|                               | Comment parlez-vous à votre enfant ?                                                      | <input type="checkbox"/> Regarde l'enfant dans les yeux et lui parle avec douceur, lui pose des questions.                                                                         | <input type="checkbox"/> Ne parle pas à l'enfant ou lui parle avec rudesse : Donner à l'adulte responsable et à l'enfant une activité à faire ensemble. Aider l'adulte à interpréter ce que l'enfant fait et pense et à constater que l'enfant réagit et sourit.                |
|                               | Comment arrivez-vous à faire sourire votre enfant ?                                       | <input type="checkbox"/> Réussit à faire sourire l'enfant.                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                               | À votre avis, est-ce que votre enfant apprend bien ?                                      | <input type="checkbox"/> Affirme que l'apprentissage de l'enfant se déroule bien.                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Affirme que l'enfant est « lent » : Encourager de nouvelles activités avec l'enfant, vérifier l'audition et la vue. Amener en consultation l'enfant ayant des difficultés.                                                                             |

**2. Si nécessaire, demander à revoir l'enfant dans une semaine (encercler le jour) :**

Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Week-end

# Annexe 9. Guide MSF sur l'accompagnement de l'avortement médicalisé

## Annexe 9. Guide MSF sur l'accompagnement de l'avortement médicalisé

### Guide MSF sur l'accompagnement de l'avortement médicalisé

Ce guide est un complément du livret MSF sur l'avortement médicalisé. Il fournit aux soignants des recommandations sur la conduite d'une consultation pour avortement et des suggestions sur l'emploi d'un langage simple et centré sur la patiente.

Les femmes avortent pour de nombreuses et diverses raisons. La plupart des femmes ont déjà réfléchi aux options qu'elles peuvent avoir et ont pris la décision d'avorter avant de solliciter une aide médicale. Certaines femmes peuvent demander plus d'informations avant de décider. Notre rôle est d'écouter et de fournir le niveau approprié de soutien et d'information, en respectant la décision de la patiente sans la juger ni l'influencer. La consultation d'un conseiller en santé mentale n'est pas requise en routine.



#### Accueillir la patiente

- L'amener dans un lieu privé et discret.
- Poser des questions ouvertes telles que : « Comment puis-je vous aider aujourd'hui ? ».
- Si elle est seule, lui demander si elle souhaite qu'une personne de confiance l'accompagne.
- Si elle est accompagnée, lui parler en tête à tête et lui demander si elle est d'accord pour que cette personne reste ou non.



#### Demander, écouter et soutenir

- Demander à la patiente ce qu'elle pense de sa grossesse et de sa situation :  
« Que pensez-vous de cette grossesse ? » « Que pensez-vous de votre situation ? »
- Écouter et soutenir : Rassurer, valider et normaliser.  
« Il est normal de ressentir plusieurs émotions à la fois, comme la peur, la nervosité, la tristesse ou le soulagement. »  
« Beaucoup de femmes décident de mettre fin à leur grossesse. Vous n'êtes pas la seule. »  
« Il semble que vous ayez pris une décision mûrement réfléchie en fonction de ce qui est le mieux pour vous et votre famille en ce moment. »
- Si possible, orienter les patientes qui peuvent avoir besoin d'un soutien psychologique supplémentaire vers un conseiller (notamment en cas de violences sexuelles ou domestiques, de traumatisme, de détresse extrême, etc.).



#### Déterminer l'éligibilité

- Antécédents médicaux : « Avez-vous d'autres problèmes de santé ? ».
- Test de grossesse si nécessaire.
- Déterminer l'âge gestationnel : « Quel était le premier jour de vos dernières règles ? ».



#### Consentement éclairé

- Passer en revue les deux options pour un avortement sans risque : la pilule abortive et l'aspiration manuelle intra-utérine.
- Expliquer les risques et les bénéfices :
  - ✓ « Les pilules abortives sont très sûres et très efficaces. Elles mettent fin à la grossesse sans problème dans quasiment 100 % des cas. »
  - ✓ « Il existe une probabilité très faible que les pilules n'agissent pas immédiatement et que des pilules supplémentaires ou une aspiration soient nécessaires pour achever l'avortement. »
  - ✓ « Les complications sévères sont extrêmement rares. »
  - ✓ « L'avortement n'entraîne pas une stérilité et n'affecte pas les grossesses futures. »
- S'assurer que le consentement de la patiente est clairement exprimé et volontaire.



#### Expliquer comment prendre les comprimés

- Aujourd'hui, avaler 1 comprimé de mifépristone avec de l'eau.  
→ Cela stoppe la grossesse et déclenche le processus d'avortement.
- Demain ou le jour suivant, chez vous, mettre 4 comprimés de misoprostol sous la langue et laisser les fondre. Après 30 minutes, avaler les petits morceaux de comprimés qui restent.  
→ Cela entraînera la contraction de l'utérus. Les saignements débiteront dans les 3 heures qui suivent.
- Après 3 heures, s'il n'y a pas de saignements, mettre 2 autres comprimés de misoprostol sous la langue et les garder pendant 30 minutes.



### Décrire ce qu'elle va ressentir

- L'intensité de la douleur et des saignements varie d'une femme à l'autre :  
*La plupart des femmes ont des saignements et des crampes pendant quelques heures, semblables à des règles très abondantes. Certaines femmes peuvent avoir plus ou moins de saignements et de crampes, ce qui est également normal.*
- Vous verrez éventuellement de gros caillots de sang ou de tissu.
- Le saignement diminue 1 à 2 heures après l'expulsion du fœtus.
- La plupart des femmes se sentent mieux en moins de 24 heures.
- Pour soulager la douleur, avalez les comprimés d'ibuprofène juste après avoir pris le misoprostol.
- Autre conseil pour la douleur : s'installer dans un endroit confortable, avoir une personne de confiance à ses côtés et placer une bouteille d'eau chaude enveloppée dans une serviette sur le ventre.



### Effets indésirables possibles

- La fièvre, les frissons, les nausées, les vomissements, la diarrhée et les maux de tête sont des effets secondaires normaux du misoprostol et ne nécessitent pas de traitement.
- Boire de l'eau et manger léger contribuent à réduire ces effets.
- Ils durent généralement 1 jour ou moins et disparaissent spontanément.
- S'ils durent plus de 1 jour, revenez consulter.



### Ce qui va se passer ensuite

- En principe, les saignements et les symptômes de grossesse diminuent peu à peu au cours des 1 à 2 semaines qui suivent.
- Certaines femmes ont des saignements légers ou intermittents pendant une période allant qu'à 1 mois.
- Revenir consulter ou appeler la clinique (et non les urgences) si :
  - Très peu ou pas de saignements du tout après avoir pris toutes les pilules abortives ;
  - Des saignements modérés +/- une douleur abdominale qui ne diminuent pas après quelques jours ;
  - Des symptômes de grossesse qui ne disparaissent pas (vous vous sentez encore enceinte).



### Signes indiquant une urgence

- Venir immédiatement à l'hôpital si :
  - **Des saignements extrêmement abondants**, c'est-à-dire 2 tampons complètement imprégnés par heure pendant 2 heures consécutives  
ou des saignements accompagnés de vertiges et/ou d'étourdissements ;
  - **Des douleurs sévères ou se sentir très mal** pendant plus de 1 jour ;
  - **Des pertes vaginales inhabituelles ou qui sentent mauvais.**
- Discuter des modalités de transport de la patiente pour se rendre à l'hôpital en cas d'urgence et de ce qu'elle dira au médecin une fois là-bas.  
*Il n'est pas nécessaire de dire qu'elle a pris les comprimés. Elle peut simplement dire : « Je saigne beaucoup par le vagin ».*



### Contraception

- Proposer de discuter des options contraceptives de la patiente post-avortement :  
*« Souhaiter-vous que nous parlions de la manière dont vous pouvez prévenir une grossesse non désirée à l'avenir ? »*
- Certaines femmes peuvent souhaiter parler de la contraception, choisir une méthode de contraception et la débiter au cours de la même visite.  
Dans ce cas, discuter des options de la patiente et fournir la méthode qu'elle choisit ce jour-là.  
*Exception : les DIU ne peuvent être mis en place qu'après 1 à 2 semaines.*
- D'autres femmes peuvent souhaiter y réfléchir encore et revenir plus tard ou ne souhaitent pas discuter de la contraception ce jour-là, ce qui est également acceptable.  
Dire à la patiente qu'elle peut revenir à la clinique à tout moment pour discuter et/ou commencer la contraception.



### Questions et préoccupations

- Lui demander si elle a des questions ou des préoccupations au sujet de l'avortement.
- Lui demander éventuellement de répéter ce qu'elle fera chez elle pour vérifier ce qu'elle a compris.
- Lui rappeler qu'elle peut appeler ou revenir à tout moment si elle a des questions, des préoccupations ou des problèmes.

Images fournies avec l'aimable autorisation d'Ipas

# **Annexe 10. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance, OMS 2004**

## **Annexe 10. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance, OMS 2004**

OMS, 2004. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance.

<https://www.who.int/publications/i/item/neuroscience-of-psychoactive-substance-use-and-dependence>

| Substance                                                                                     | Effets sur le comportement                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sevrage                                                                                                                                                                                                                                 | Effets d'une utilisation prolongée                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Éthanol</b><br>(alcool)                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sédation</li> <li>Troubles de la mémoire</li> <li>Manque de coordination motrice</li> <li>Anxiolytique</li> </ul>                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tremblements</li> <li>Faiblesse</li> <li>Agitation</li> <li>Maux de tête</li> <li>Nausées</li> <li>Vomissements</li> <li>Convulsions</li> <li>Delirium tremens</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Altération de la fonction et de la structure cérébrales</li> <li>Déficit cognitif</li> <li>Diminution du volume cérébral</li> </ul>                                                                                                                  |
| <b>Hypnotiques et sédatifs</b><br>(benzodiazépines, barbituriques)                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sédation</li> <li>Anesthésie</li> <li>Manque de coordination motrice</li> <li>Trouble cognitif</li> <li>Troubles de la mémoire</li> </ul>                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Anxiété</li> <li>Excitation</li> <li>Agitation</li> <li>Insomnie</li> <li>Nervosité</li> <li>Convulsions</li> </ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles de la mémoire</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Opioides</b><br>(héroïne, opium, codéine, morphine, antalgiques sur ordonnance, méthadone) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Euphorie</li> <li>Antalgie</li> <li>Sédation</li> <li>Dépression respiratoire</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Larmolement</li> <li>Rhinorrhée</li> <li>Bâillements</li> <li>Sudation</li> <li>Agitation</li> <li>Frissons</li> <li>Crampes</li> <li>Myalgies</li> </ul>                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Modifications à long terme des récepteurs aux opioïdes</li> <li>Adaptation des systèmes de récompense, d'apprentissage et de réponse au stress</li> </ul>                                                                                            |
| <b>Cannabinoïdes</b><br>(haschisch, cannabis)                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Détente</li> <li>Perception sensorielle accrue</li> <li>Diminution de la mémoire à court terme</li> <li>Manque de coordination motrice</li> <li>Antalgie</li> <li>Effets antiémétiques et antiépileptiques</li> <li>Appétit accru</li> </ul>                                                           | Symptômes rares, peut-être en raison de la longue demi-vie des cannabinoïdes                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles cognitifs</li> <li>Risque de rechute et d'exacerbation des maladies mentales</li> </ul>                                                                                                                                                     |
| <b>Cocaïne</b>                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilance, énergie et activité motrice accrues</li> <li>Sentiments de toute-puissance</li> <li>Euphorie</li> <li>Anxiété</li> <li>Agitation</li> <li>Paranoïa</li> </ul>                                                                                                                               | Peu de symptômes, à l'exception de la déprime post-prise                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Déficit cognitif, anomalies du cortex orbito-frontal visibles à la TEP</li> <li>Altération de la fonction motrice</li> <li>Diminution du temps de réaction</li> <li>Anomalies à l'EEG</li> <li>Ischémie cérébrale, infarctus, hémorragies</li> </ul> |
| <b>Amphétamines</b>                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation de la vigilance, de l'excitation, de l'énergie, de l'activité motrice, de la parole, de la confiance en soi, de la concentration et du sentiment de bien-être</li> <li>Diminution de la faim, augmentation de la fréquence cardiaque, augmentation de la respiration, euphorie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fatigue</li> <li>Appétit accru</li> <li>Irritabilité</li> <li>Dépression émotionnelle</li> <li>Anxiété</li> </ul>                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles du sommeil</li> <li>Anxiété</li> <li>Diminution de l'appétit</li> <li>Augmentation de la pression artérielle</li> <li>Diminution des récepteurs cérébraux dopaminergiques et des précurseurs et des métabolites de la dopamine</li> </ul>   |
| <b>Ecstasy</b>                                                                                | Augmentation de la confiance en soi, de l'empathie, de la compréhension, de la sensation d'intimité, de la communication, de l'euphorie, de l'énergie                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nausées</li> <li>Raideur musculaire</li> <li>Maux de tête</li> <li>Perte d'appétit</li> <li>Vision floue</li> <li>Bouche sèche</li> <li>Insomnie</li> <li>Dépression</li> <li>Anxiété</li> </ul> | Neurotoxique pour les systèmes cérébraux sérotoninergiques, effets comportementaux et physiologiques                                                                                                                                                                                        |

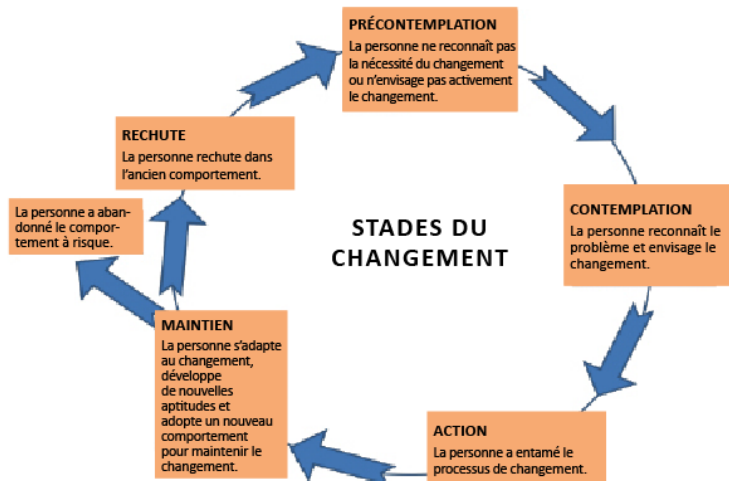
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue</li> <li>• Difficulté de concentration</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Solvants volatils</b>                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertiges</li> <li>• Désorientation</li> <li>• Euphorie</li> <li>• Léger étourdissement</li> <li>• Amélioration de l'humeur</li> <li>• Hallucinations</li> <li>• Délires</li> <li>• Manque de coordination</li> <li>• Troubles visuels</li> <li>• Anxiolytique</li> <li>• Sédation</li> </ul> | Sensibilité accrue aux convulsions                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifications de la liaison aux récepteurs dopaminergiques et de leur fonction</li> <li>• Diminution de la fonction cognitive</li> <li>• Séquelles psychiatriques et neurologiques</li> </ul> |
| <b>Hallucinogènes</b><br>(LSD, mescaline et psilocybine [« champignons magiques »], phencyclidine ou PCP [« poussière d'ange »]) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et de la température corporelle</li> <li>• Diminution de l'appétit, nausées, vomissements</li> <li>• Manque de coordination motrice</li> <li>• Mydriase</li> <li>• Hallucinations</li> </ul>                               | Aucune indication de symptômes de sevrage                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Épisodes psychotiques aigus ou chroniques</li> <li>• Flash-backs ou réapparition des effets de la substance longtemps après la consommation</li> </ul>                                        |



# Annexe 11. Stades du changement selon Prochaska et DiClemente

## Annexe 11. Stades du changement selon Prochaska et DiClemente

Le changement est considéré comme un processus qui consiste à traverser une série de stades :



| Stade du changement      | Caractéristiques                                                                                                                     | Techniques appropriées                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pré-contemplation</b> | Aucun changement n'est actuellement envisagé : « le bonheur est dans l'ignorance ».                                                  | Valider le fait que la personne n'est pas prête.<br>Clarifier : la décision lui appartient.<br>Encourager la réévaluation du comportement actuel.<br>Encourager l'exploration de soi et non l'action. Expliquer et personnaliser le risque.                                |
| <b>Contemplation</b>     | Ambivalence par rapport au changement : le patient hésite.<br>Il n'envisage pas le changement au cours du mois prochain.             | Valider le fait que la personne n'est pas prête.<br>Clarifier : la décision lui appartient.<br>Encourager l'évaluation des avantages et des inconvénients du changement de comportement.<br>Identifier et promouvoir de nouvelles attentes concernant une issue favorable. |
| <b>Préparation</b>       | Quelques expérimentations et tentative de changement : le patient « tâte le terrain ».<br>Il prévoit un changement au cours du mois. | Identifier les obstacles et aider à les résoudre.<br>Aider le patient à identifier la ou les personnes qui peuvent le soutenir.<br>Vérifier que le patient a les capacités de changer de comportement.<br>Encourager à procéder par petits pas initialement.               |
| <b>Action</b>            | Adopte le nouveau comportement pendant 3 à 6 mois.                                                                                   | Se concentrer sur la restructuration des signaux et le soutien social. Renforcer l'auto-efficacité pour gérer les obstacles.<br>Combattre les sentiments de perte et réitérer les avantages à long terme.                                                                  |
| <b>Maintenance</b>       | Engagement continu à maintenir le nouveau comportement.<br>À partir de 6 mois et jusqu'à 5 ans.                                      | Planifier un suivi.<br>Renforcer les récompenses internes.<br>Discuter de la prévention des rechutes.                                                                                                                                                                      |

# Annexe 12. Groupes de soutien aux patients pour bien vivre

## Annexe 12. Groupes de soutien aux patients pour bien vivre

Les groupes « bien vivre » sont conçus pour aborder les principaux sujets relatifs à la gestion des situations de menace vitale.

Ces groupes sont généralement des groupes fermés, réunissant 8 à 10 participants et des séances sont organisées chaque semaine (pendant 6 à 8 semaines), en fonction du contexte. Les participants sont des patients nouvellement diagnostiqués et/ou qui ont des difficultés à gérer leur maladie. Les participants peuvent présenter diverses maladies non transmissibles (MNT) (problèmes communs associés à toutes les MNT) ou la même MNT (informations spécifiques sur la prise en charge de la maladie, etc.). Respecter les spécificités culturelles pour les interventions de groupe. Ainsi, les groupes peuvent être mixtes ou non selon ce qui est approprié. Les groupes peuvent être d'âge mixte ou regrouper des personnes de la même tranche d'âge (adolescents, etc.). Le conseiller et l'équipe de promotion de la santé animent les séances.

L'objectif des séances est d'aider les participants à :

- Identifier leurs aspirations en termes de bien-être personnel ;
- Définir chaque semaine un certain nombre de petites étapes en direction de leurs objectifs.

Le programme est adapté aux besoins de chaque participant. Chaque personne apprend à définir des objectifs, à élaborer des plans d'action et à résoudre certains de ses problèmes. Les groupes de soutien aux patients permettent de rencontrer d'autres personnes, d'apprendre les uns des autres et de partager des informations/expériences.

Une quantité limitée d'informations est fournie au cours de chaque séance, car les patients se souviendront uniquement de quelques points importants. L'essentiel est d'impliquer les patients et de susciter le débat sur le sujet.

Exemple de contenu et de structure pour un programme de séances de groupe « bien vivre » de six semaines :

- **Vivre avec une MNT** : comment vit-on avec une MNT ? Se concentrer sur les répercussions physiques, sociales, psychologiques et pratiques de la maladie. Encourager les patients à identifier les changements qui leur posent le plus problème et à s'attaquer à ces changements pendant la séance. Identifier les symptômes en fonction de la maladie (douleur, problèmes de sommeil, difficultés respiratoires, etc.). Inclure l'autogestion de ces symptômes. Distribuer des imprimés sur la définition de la MNT : répercussions physiques, sociales, psychologiques et pratiques de la maladie ; stratégies/mécanismes d'adaptation, etc.
- **Motivation** : expliquer les étapes du changement de comportement et les stratégies pour éviter le retour au comportement antérieur et non souhaitable. Encourager les patients à développer leur propre stratégie pour éviter les rechutes. Distribuer des imprimés décrivant les stades du changement, les stratégies de motivation, etc.
- **Bien vivre avec une maladie chronique** : expliquer ce qu'est une alimentation saine et comment modifier son alimentation ; indiquer les bénéfices d'une activité physique régulière (renforcement musculaire, souplesse et endurance en particulier). Discuter de l'application des recommandations au quotidien. Distribuer des imprimés sur une alimentation saine et des exemples de mode de vie sain.
- **Observance** thérapeutique/comportement responsable : inviter des médecins à parler de l'importance de l'observance thérapeutique. Préciser les obstacles à l'observance et les stratégies permettant de les surmonter. L'observance fait référence au changement de comportement, aux modifications du mode de vie et au bon usage des médicaments. Les médicaments ne sont pas la seule solution aux problèmes. Distribuer des imprimés sur l'importance de l'observance thérapeutique.
- **Améliorer les capacités de communication** : comment communiquer efficacement avec le médecin pour bien comprendre le tout et être un patient informé ? Comment communiquer efficacement avec la famille, les amis et les autres professionnels de santé ? Effectuer des exercices et des jeux de rôle. Distribuer des imprimés montrant des exemples de bonnes capacités de communication.
- **Gérer les émotions** liées à la MNT. Distribuer des imprimés répertoriant les émotions et les stratégies d'adaptation possibles.

# Annexe 13. Annonce de mauvaises nouvelles

## Annexe 13. Annonce de mauvaises nouvelles

Une mission MSF va généralement de pair avec l'annonce de mauvaises nouvelles (résultats de tests, décès, etc.). Annoncer une mauvaise nouvelle suscite des craintes pour de nombreuses raisons, mais il est important de garantir la confiance, le soutien et la flexibilité. Il s'agit d'annoncer la nouvelle avec clarté, honnêteté et empathie, en s'assurant que le patient comprend ce qui est dit et se sent soutenu.

### Principes généraux

- Annoncer la nouvelle sur la base d'informations fiables le plus tôt possible, en tenant compte du fait qu'il peut y avoir des moments où le patient n'est pas prêt à entendre des nouvelles sensibles à annoncer.
- Si on pense que le patient ou la famille a des difficultés à comprendre ou est en état de choc, répéter l'information autant de fois que nécessaire.
- Adopter un ton et une gestuelle pleins d'empathie et chaleureux.
- Se tenir en face du patient/des membres de sa famille, les regarder dans les yeux, acquiescer et accorder toute votre attention.
- Même si la maladie est trop avancée, rassurer le patient/la famille sur le fait que vous apporterez les soins médicaux et le soutien psychologique nécessaires pour assurer un confort maximum au patient. Expliquer que le traitement a une visée palliative et non curative.
- En cas de décès, préparer la famille aux funérailles et expliquer pourquoi des procédures spéciales sont nécessaires.
- Il est normal que le patient/la famille soient bouleversés, en colère, dans le déni à l'annonce de la mauvaise nouvelle.
- Veiller à la confidentialité et au respect de la vie privée du patient et/ou de la famille.
- Rester à l'écoute de vos propres sentiments. Si vous prenez en charge plusieurs patients l'un après l'autre, traiter le patient suivant avec délicatesse, car il peut avoir été négligé.

**Équipe responsable :** médecin traitant du patient/responsable de l'équipe médicale ; si nécessaire, ils peuvent être accompagnés d'un conseiller psychosocial.

### Procédure/technique : les cinq étapes

#### Préparation

- Prévoir assez de temps et un lieu discret.
- Examiner les données pertinentes et vérifier les faits médicaux.
- Se préparer émotionnellement à l'entrevue.
- Travailler en binôme (personnel médical/conseiller).

#### Établir une relation thérapeutique

- Identifier les préférences du patient/de la famille et les spécificités culturelles concernant l'annonce de mauvaises nouvelles. Dans certaines cultures, par exemple, seuls les hommes sont habilités à recevoir l'information ; les femmes n'y sont pas autorisées.
- Préparer des phrases d'introduction pour entamer la conversation.
- S'assurer que le patient/la famille connaît vos noms, rôles et affectations.
- Déterminer si le patient/la famille est prêt(e) à entendre la nouvelle.

#### Communiquer efficacement

- Être direct. Utiliser des mots clairs et précis et faire des phrases courtes. Éviter les termes techniques.
- Déterminer ce que le patient/la famille sait et comprend de la situation.
- Suivre le rythme du patient, respecter le silence et les pleurs, répondre aux questions.
- Éviter le jargon médical.

#### Gérer les réactions du patient et de la famille

- Évaluer les réactions émotionnelles et y répondre.
- Faire preuve d'empathie envers le patient/la famille.

#### Encourager et valider les émotions

- Offrir un espoir réaliste en fonction des objectifs du patient.
- Écouter et clarifier ce que le patient exprime, puis répondre avec empathie.
- Lorsqu'une personne éprouve des émotions fortes, il est difficile de continuer à discuter de quoi que ce soit, car elle aura du mal à entendre autre chose.
- Respecter le silence : l'empathie permet au patient d'exprimer ses sentiments et ses inquiétudes et lui apporte un soutien.
- Ne pas argumenter : permettre l'expression des émotions sans critiquer.
- Gérer ses propres émotions.

**Après l'annonce d'une mauvaise nouvelle**

- Expliquer au patient/à la famille l'organisation de l'unité de traitement.
- Déterminer leurs besoins et répondre à leurs questions et à leurs préoccupations du moment.
- Expliquer le type de soins et de soutien dont il/elle bénéficiera.
- Faire régulièrement le point sur la situation.
- Expliquer la procédure après la sortie d'hôpital.
- Le cas échéant, fournir des informations sur les services de soutien disponibles localement.
- Insister sur le fait que toute l'équipe sera toujours à sa disposition.
- Expliquer le rôle d'un conseiller et quand faire appel à lui.

# Annexe 14. Capacités de communication essentielles

## Annexe 14. Capacités de communication essentielles

Il est essentiel de faire preuve d'humanité et de compassion dans la relation patient/soignant, plus précisément de se laisser guider par l'empathie, la tolérance et le respect de la dignité. Une bonne communication consiste à « jeter des ponts » entre le patient et lui-même, sa famille, ses besoins et l'humanité (c'est-à-dire vous). Une bonne communication nécessite du temps et un lieu approprié.

### Poser des questions ouvertes

Poser des questions d'une manière qui encourage la personne à parler ouvertement. Cela permet d'identifier, de clarifier et de décomposer les problèmes de manière à ce qu'ils soient plus faciles à gérer.

- En général, il est préférable de poser des questions ouvertes (commençant par « *comment* », « *quel(les)* », « *quand* », « *où* » ou « *pourquoi* ») pour alimenter la discussion. Cela permet au patient d'explorer ses pensées et ses émotions entre autres et lui donne l'occasion de mieux exprimer ses besoins.
- Les questions fermées, en revanche, indiquent à une personne la réponse attendue ; elle y répondra par oui ou par non. Ces questions commencent généralement par des mots comme « *Êtes-vous ?* », « *A-t-il ?* », « *Fait-il ?* », « *Est-ce qu'elle ?* ». Des questions fermées peuvent parfois être utilisées pour obtenir des informations spécifiques, par exemple : « *Avez-vous assisté aux funérailles ?* ». Il est possible ensuite de poser une question ouverte, telle que « *Comment vous sentez-vous en ce moment ?* ».

### Faire des gestes et donner des réponses qui témoignent de votre intérêt

Les soignants doivent montrer qu'ils écoutent et s'intéressent à ce que dit le patient. Cela l'incite à continuer de parler et de se confier.

- Les « **compétences d'écoute** » montrent que le professionnel de santé écoute attentivement le patient. Elles incluent des gestes tels que hocher la tête et sourire et des réponses telles que « *ah bon* », « *oh* » ou « *Ah oui* ». Elles permettent de clarifier et de résumer. Ces comportements invitent le patient à se détendre et à parler de lui et de ses problèmes.
- La **clarification** empêche le malentendu et permet d'éclaircir ce qui a été dit. Par exemple, si un patient dit « *Je ne peux pas sortir du lit le matin* », le professionnel de santé peut demander « *Pourquoi est-ce difficile de vous lever le matin ?* » ou dire « *Si je comprends bien, vous avez beaucoup de mal à vous lever le matin. Racontez-moi* ».
- Le **résumé** consiste à récapituler les différents sujets abordés lors d'une discussion de conseil afin que le patient puisse avoir une vue d'ensemble de la situation. Il permet de s'assurer que le patient et le professionnel de santé se comprennent. Passer en revue les points importants de la discussion et souligner les décisions prises. Résumer les points essentiels à tout moment au cours de la discussion, et pas uniquement à la fin. Le résumé peut être l'occasion d'apporter un soutien et des encouragements au patient pour l'aider à mettre en œuvre les décisions qu'il a prises.

### Rappeler les propos du patient

Rappeler ce qu'un patient a dit pour l'encourager à en dire plus. Cela montre que le professionnel de santé comprend et cela incite le patient à dire ce qui est important pour lui.

- En rappelant les propos du patient, essayer de les formuler d'une manière légèrement différente. Si, par exemple, un patient dit « *Je n'arrive pas à dire à ma famille que je ne me sens pas bien* », le professionnel de santé peut paraphraser en disant « *Autrement dit, vous n'êtes pas à l'aise pour dire à votre famille comment vous vous sentez* ». Puis ajouter « *Parlons un peu de cela* ».
- Le rappel des propos du patient montre que le professionnel de santé écoute attentivement, favorise le dialogue et lui permet de mieux comprendre les sentiments du patient.
- Bien qu'elle soit importante pour montrer que l'on écoute le patient et pour en apprendre davantage, la technique du rappel ne doit pas être utilisée systématiquement. Alterner le rappel avec d'autres réponses, telles que « *Ah, vraiment ?* » ou une question ouverte.

| Si le patient dit...                                                        | Le professionnel de santé peut répondre...                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Je me suis mis à boire ce mois-ci pour faire face à la mort de ma femme.    | Il semble que vous ayez des difficultés, donc vous buvez pour faire face à la situation. |
| Mon mari ne sait pas que je viens au centre de santé pour me faire tester.  | Il semble que vous ayez peur que votre mari apprenne que vous venez au centre de santé.  |
| Ma fille pleure tout le temps.                                              | Alors, il semble que quelque chose contrarie votre fille ?                               |
| Ma famille est si triste depuis la mort de notre père le mois dernier.      | Il semble que cet événement vous affecte tous beaucoup.                                  |
| Ma sœur dit que les Blancs ont amené Ebola au village.                      | Votre sœur croit que les Blancs ont amené la maladie. Et vous, qu'en pensez-vous ?       |
| Je ne peux pas dormir la nuit depuis mon admission au centre de traitement. | Il semble que quelque chose vous angoisse ou vous rend nerveux(se).                      |

## Faire preuve d'empathie : montrer de la compréhension pour les sentiments du patient

- L'empathie est une compétence utilisée en réponse à un énoncé émotionnel.
- L'empathie consiste à manifester de la compréhension pour les sentiments du patient et à l'encourager à approfondir la question.
- L'empathie est différente de la compassion. Lorsque vous avez de la compassion pour une personne, vous êtes désolé(e) pour elle et vous considérez sa situation de votre propre point de vue. L'empathie est au contraire la capacité à se mettre à la place de l'autre.
- Si, par exemple, une patiente dit « *Mon bébé pleure tout le temps et ça me fatigue tellement* », le professionnel de santé pourrait répondre en disant « *Alors, vous vous sentez très fatiguée en permanence ?* ». Si le professionnel de santé répond en disant « *Je sais ce que vous ressentez. Mon bébé pleurerait aussi beaucoup, c'était épuisant !* », c'est de la compassion, parce que l'attention est portée sur le conseiller et non sur le patient.

| Si le patient dit...                                                                                                        | Le professionnel de santé peut répondre...                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| J'ai beaucoup de vertiges et je me sens si faible depuis que j'ai commencé à prendre ces comprimés. Je vais devoir arrêter. | Alors ces vertiges et cette sensation de faiblesse vous dérangent vraiment au point de vouloir arrêter le médicament ?  |
| Je suis inquiète, parce que mon fils manque d'appétit depuis la mort de son père il y a deux semaines.                      | Vous vous inquiétez pour votre fils ?                                                                                   |
| J'ai vraiment peur de dire à ma famille que je viens au centre de santé.                                                    | Vous vous inquiétez de ce qui va se passer si vous dites à votre famille que vous venez pour le conseil ?               |
| J'ai beaucoup de mal à me lever le matin, parce que je me sens si fatiguée et triste.                                       | Vous avez du mal à vous lever le matin à cause de votre fatigue et de votre tristesse depuis la perte de votre proche ? |

## Éviter les mots qui peuvent passer pour un jugement

- Les mots utilisés pour juger sont notamment : *juste, mauvais, bien, mal, bon, assez, correctement*.
- Si un professionnel de santé utilise ces mots lorsqu'il pose des questions, le patient peut avoir l'impression qu'il a tort ou que quelque chose ne va pas dans ses actions/sentiments.

## Erreurs courantes lors de la communication avec les patients

S'il est facile de se souvenir des principes d'écoute et d'apprentissage, il est difficile de les appliquer. Voici quelques erreurs courantes :

- Contrôler la discussion, au lieu d'encourager le patient à exprimer ouvertement ses sentiments et ses besoins.
- Juger le patient : tenir des propos qui montrent que le patient ne répond pas aux attentes du conseiller.
- Sermonner le patient : lui dire comment il doit se comporter ou mener sa vie, par exemple : « *Eh bien, il semble maintenant que vous vous soyez attiré de gros ennuis.* »
- Cataloguer un patient au lieu de découvrir ses motivations, ses craintes ou ses angoisses.
- Rassurer un patient sans même connaître son état de santé, par exemple en lui disant : « *Vous n'avez aucune raison de vous inquiéter.* ».
- Ne pas accepter les sentiments du patient : dire par exemple « *Vous ne devriez pas vous en faire pour ça.* ».
- Donner des conseils avant que le patient n'ait eu le temps de recueillir suffisamment d'informations ou de trouver lui-même une solution.
- Interroger en posant des questions accusatrices ou trop de questions. Les questions commençant par « *Pourquoi... ?* » peuvent paraître accusatrices.
- Favoriser la dépendance : faire en sorte que le patient ait davantage besoin de la présence et des conseils du professionnel de santé.
- Persuader ou amadouer : essayer d'amener le patient à accepter un nouveau comportement par la flatterie ou la feinte. « *Je sais que tu es forte et que tu t'en sortiras ; je te l'ai déjà dit.* »

# Annexe 15.1. Deuil

## Annexe 15.1. Deuil

**Le deuil est un processus normal en réaction à une perte.** Le deuil peut se manifester par des réactions mentales, physiques, sociales ou émotionnelles. Le deuil n'est pas uniquement vécu au décès d'un être cher.

Il peut être ressenti intensément à la fin d'une relation, lors de la perte d'identité, d'emploi, de domicile, de liberté, de santé ou lors de la perte d'un membre, autant d'éléments considérés comme précieux et importants. Cette annexe porte principalement sur le deuil lié au décès d'une personne, mais elle s'applique également à tous les autres types de perte.

Le **deuil** fait aussi référence à la période qui suit la perte d'un être cher au cours de laquelle se manifeste le chagrin et s'organisent les rituels de deuil. La durée de la période de deuil dépend de l'attachement à la personne décédée et du temps pendant lequel la perte était anticipée.

Enfin, le **deuil** renvoie également au processus par lequel les gens s'adaptent à la perte d'un être cher. Ce travail de deuil est également influencé par les pratiques culturelles, les rituels et les règles sociales pour faire face à la perte. Dans ce document, nous utiliserons le terme « deuil » essentiellement dans son premier sens.

### Principes généraux :

- L'expérience du deuil est propre à chacun. L'impact du deuil dépend des expériences vécues par un individu, des pertes qu'il a subies, de sa culture, de ses capacités d'adaptation, de son système de valeurs et de ses croyances. Il est également influencé par d'éventuels problèmes de santé mentale préexistants, l'accumulation de facteurs de stress, les circonstances du décès, etc.
- Habituellement, l'intensité des réactions de deuil diminue progressivement au cours des semaines/mois qui suivent la perte. Chez certaines personnes, toutefois, le deuil peut devenir compliqué ou chronique et entraîner une dépression sévère. Il peut y avoir des récidives au moment de la date anniversaire de la perte.
- Il est important de comprendre les coutumes locales concernant le deuil et ses manifestations sociales.

### Modèles explicatifs du deuil

Il existe plusieurs modèles explicatifs pour le deuil. Nous nous concentrerons sur deux modèles principaux : Worden et Kübler Ross.

#### Tâches du deuil selon Worden (sans ordre particulier) :

Tâche 1 : Accepter la réalité de la perte.

Tâche 2 : Gérer la douleur liée au deuil.

Tâche 3 : S'adapter à un environnement dans lequel la personne décédée est absente.

Tâche 4 : Trouver un lien durable avec la personne décédée et entamer une nouvelle vie.

#### Modèle de Kübler-Ross (décrit initialement pour les patients mourants) :

- Anxiété : en raison de l'incertitude
- Dénî, refus, isolement (« *non, pas moi !* »)
- Colère et agressivité (« *Pourquoi moi ?* »)
- Marchandage et négociation (« *Si je me conduis bien, est-ce que je peux vivre ?* »)
- Dépression et tristesse : réalisation de toutes les pertes associées (« *À quoi ça sert ?* »)
- Acceptation

L'encadré suivant montre un exemple des 4 tâches du deuil lors du décès d'un être cher<sup>a</sup>:

### Tâche 1. Acceptez la réalité de la perte

Lorsqu'une personne décède naît parfois un sentiment que cela n'est pas arrivé. La première tâche du deuil consiste donc à affronter la réalité de la mort : la personne n'est plus là et ne reviendra pas, et la réunion dans cette vie est impossible. Le déni de la réalité, de la signification ou de l'irréversibilité de la perte ne fait que prolonger le processus de deuil. Bien que le déni ou l'espoir de réunion soit normal immédiatement après la perte, cette illusion est habituellement de courte durée.

### Tâche 2. Ressentir la douleur du deuil

De nombreuses personnes essaient d'éviter les sentiments douloureux de diverses manières, par exemple en « étant fort », en déménageant, en évitant les pensées douloureuses, en « s'occupant », etc. Or, il n'y a aucun moyen d'éviter la douleur. Vous devez vous autoriser à éprouver et à exprimer vos émotions. La colère, le sentiment de culpabilité, la solitude, l'anxiété et la dépression figurent parmi les émotions et les expériences normales pendant cette période. Remémorez-vous et racontez des souvenirs agréables et désagréables de la personne décédée. Sollicitez le soutien de vos amis. Dites-leur ce dont vous avez besoin, car il arrive souvent que les besoins de la personne endeuillée soient mal compris. Soyez certain(e) que le souvenir de l'être cher perdurera, mais que la douleur diminuera avec le temps et disparaîtra enfin.

### Tâche 3. S'adapter à un environnement dans lequel la personne décédée est absente

Cela revêt différentes significations pour différentes personnes, selon la nature de la relation. Beaucoup de survivants, en particulier les personnes veuves, ont des difficultés à accepter ou ont peur de devoir apprendre à effectuer certaines tâches et assumer des responsabilités qui étaient auparavant prises en charge par la personne décédée. Vous aurez peut-être besoin d'aide et de conseils concrets pour gérer le quotidien, mais vous développerez un grand sentiment de fierté à être capable de relever ces défis. Les émotions impliquées dans le lâcher-prise sont douloureuses, mais nécessaires. Si vous ne lâchez pas prise, vous resterez coincé(e) dans le processus de deuil et incapable de vous adapter à la vie sans l'être cher.

### Tâche 4. Trouver un lien durable avec la personne décédée et entamer une nouvelle vie

La dernière tâche consiste à trouver un lien approprié et continu dans votre vie émotionnelle avec la personne décédée tout en continuant à vivre. Cela signifie s'autoriser à penser et à se souvenir, tout en commençant à entreprendre de manière pertinente des activités qui procurent du plaisir et sont propices aux découvertes ou aux nouvelles relations. Effectuez un retrait émotionnel par rapport à la personne décédée afin que cette énergie émotionnelle puisse être utilisée pour continuer de mener une vie productive. Cela ne signifie pas nécessairement trouver un nouveau conjoint, une mère de substitution, etc. Cela ne déshonore pas la mémoire de la personne décédée et ne signifie pas que vous l'aimez moins. Il s'agit simplement de reconnaître qu'il y a d'autres personnes et choses à aimer et que vous êtes capable d'aimer.

## Comprendre le deuil dans un contexte culturel

Un grand nombre de personnes éprouvent **du chagrin et un sentiment de perte** après le décès d'un être cher. La façon dont elles ressentent et expriment ces émotions peut différer selon les cultures. La culture est l'ensemble des croyances, des valeurs, des comportements, des traditions et des rituels que partagent les membres d'un groupe culturel. Chaque culture a ses propres rituels qui influencent les manifestations du deuil.

Ces rituels et le processus de deuil peuvent être perturbés, par exemple en situation d'urgence.

### Aspects à prendre en considération :

| Rituels culturels | À prendre en considération                                                                                                                                                        |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Soins             | Quels soins doivent être apportés à la personne avant/lors du décès ?<br>Qui doit être présent ?<br>Quelles cérémonies doivent être organisées avant, pendant et après le décès ? |
| Corps             | Comment le corps doit-il être manipulé, lavé, habillé, inhumé, incinéré ?                                                                                                         |
| Deuil             | Comment le deuil se manifeste-t-il socialement ? Discrètement, publiquement, pleurs, lamentations ?                                                                               |
| Sexe/âge          | Comment les hommes/femmes/enfants/personnes âgées font-ils leur deuil ?<br>Quelles sont les différences ?                                                                         |
| Cérémonies        | Quels cérémonies/rituels sont réalisés à l'échelle individuelle/familiale/communautaire ?<br>Qui doit participer ?                                                                |
| Temps             | Combien de temps le deuil doit-il durer ?<br>Comment doit-on s'habiller au fil du temps ?                                                                                         |
| Souvenirs         | Comment doit-on se souvenir de la personne décédée ?<br>Y a-t-il des rituels continus, une communication ?                                                                        |
| Rôles             | Quels sont les nouveaux rôles assumés par les membres de la famille ?<br>Les veuves se remarient-elles ?<br>Le fils aîné devient-il chef de famille ?                             |



## Réactions à la perte

Le deuil est propre à la personne endeuillée et il n'y a pas de délai pour l'achever. C'est un processus et non un événement. De plus, il peut comprendre différents types de réactions.

Réactions à la perte :

| Comportementales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Physiques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Agitation, tension, incapacité à tenir en place</li><li>• Fatigue</li><li>• Hyperactivité</li><li>• Recherche</li><li>• Larmoiement, sanglots, pleurs</li><li>• Repli sur soi</li><li>• Comportement agressif</li></ul>                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Perte d'appétit</li><li>• Troubles du sommeil</li><li>• Perte d'énergie, épuisement</li><li>• Plaintes somatiques</li><li>• Plaintes physiques semblables à celles de la personne décédée</li></ul>                                                                                                                                                                                                              |
| Psychologiques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cognitives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Tristesse, désespoir, déni, détresse</li><li>• Inquiétude, anxiété</li><li>• Culpabilisation, reproches à soi-même, auto-accusation</li><li>• Colère, hostilité, irritabilité</li><li>• Anhédonie (perte de plaisir)</li><li>• Solitude</li><li>• Nostalgie, envie</li><li>• Choc, sidération</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pensées récurrentes concernant la personne décédée, ruminations intrusives</li><li>• Sentiment de présence de la personne décédée</li><li>• Refoulement, déni</li><li>• Faible estime de soi</li><li>• Reproches à soi-même</li><li>• Sentiment d'impuissance, désespoir</li><li>• Pensées suicidaires</li><li>• Impression d'irréalité</li><li>• Troubles de la mémoire, difficultés de concentration</li></ul> |

Les personnes endeuillées peuvent avoir des souffrances émotionnelles intenses ou des capacités fonctionnelles considérablement altérées et peuvent avoir besoin d'aide. Pour les interventions de deuil, la meilleure option est le conseil ou la psychothérapie à court terme.

## Deuil compliqué : reconnaître les symptômes

Au cours des premiers mois suivant une perte, un grand nombre des signes et symptômes du deuil compliqué sont identiques à ceux du deuil normal, à la différence qu'ils persistent et s'aggravent. Le deuil compliqué fait référence à un état clinique de douleur intense, prolongée et invalidante (voir ci-dessous). Il comprend à la fois le trouble de deuil prolongé de la CIM-11 (6B42) et le trouble de deuil complexe et persistant du DSM-V (309.89). Le deuil compliqué se distingue du deuil normal par sa complexité en termes d'intensité, de durée et d'impact fonctionnel des symptômes. Il nécessite en outre une prise en charge psychologique plus spécialisée.

L'augmentation des troubles mentaux à la suite de catastrophes naturelles et de pandémies est un phénomène avéré. En revanche, il existe peu d'études axées sur le deuil normal et le deuil compliqué.

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deuil compliqué après une maladie nécessitant un traitement en unité de soins intensifs (USI)</b> | <p>Les membres de la famille des patients admis en unité de soins intensifs présentent un risque de développer une psychopathologie pendant et après le séjour à l'hôpital de leur proche.</p> <p>L'environnement de l'USI peut être une expérience relativement traumatique pour les patients comme pour leurs proches. Les personnes hospitalisées sont souvent incapables de communiquer, reliées à des machines, ventilées ou intubées. Des restrictions sont imposées sur les visites et les contacts avec l'entourage, ce qui prive le patient du soutien dont il a besoin.</p> <p>Au cours de la pandémie COVID-19, la plupart des décès des suites du syndrome de détresse respiratoire aiguë sont survenus dans les USI : cette mortalité en USI est associée à une incidence particulièrement élevée de réactions de deuil incluant le trouble de stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression et le deuil compliqué.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Principales caractéristiques du deuil compliqué :

- Il fait suite au décès d'un conjoint, d'un parent, d'un enfant ou d'une autre personne proche de la personne endeuillée.
- Nostalgie (la personne endeuillée se languit du proche qu'il a perdu) ou préoccupation persistante concernant la personne décédée.
- Douleur émotionnelle intense, p. ex. tristesse, sentiment de culpabilité, colère, déni, reproches, difficulté à accepter la mort, impression d'avoir perdu une partie de soi-même, incapacité à adopter une attitude positive, engourdissement émotionnel, difficulté à participer à des activités sociales ou autres.
- Il dure **plus de 6 mois** et dépasse clairement les normes sociales, culturelles ou religieuses attendues dans la culture et le contexte de l'individu. Les réactions de deuil qui persistent pendant plus de 6 mois, mais dont la durée correspond à la période de deuil habituelle dans le contexte culturel et religieux de la personne sont considérées comme des réponses de deuil normales et ne sont pas diagnostiquées. La période de 6 mois est en réalité variable, car chaque personne accomplit le travail de deuil à sa manière et en fonction de sa culture.
- Il entraîne une **altération importante du fonctionnement** sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre.

### Approche recommandée :

- Encourager les membres de la famille à parler et à partager leurs sentiments, si cela est culturellement approprié.
- Écouter au lieu de parler, et conseiller à une personne endeuillée de ne pas prendre de décisions importantes.

- Le deuil compliqué nécessite une intervention psychologique spécialisée.

**Rappel important : le patient doit être évalué par un psychiatre ou un clinicien mhGAP si les symptômes persistent 6 mois après la perte et chez les personnes ayant des antécédents d'épisodes dépressifs, des pensées suicidaires ou la ferme conviction d'être inutiles, ou présentant des symptômes psychotiques ou un ralentissement de la parole ou des gestes. Dans ces situations, le trouble dépressif doit être considéré comme un autre diagnostic possible.**

## Deuil anticipé

Le deuil anticipé est un processus normal associé à la perte d'un être cher avant son décès inévitable, comme en cas de maladie en phase terminale. Le deuil anticipé est de plus en plus reconnu comme étant susceptible d'accroître la détresse des patients et de leurs proches.

Ce processus peut s'appliquer aussi bien aux familles qu'aux personnes mourantes elles-mêmes. Le deuil anticipé se manifeste par de nombreux symptômes similaires à ceux observés après la perte d'un être cher. Le deuil anticipé est défini comme « l'ensemble de réactions cognitives, affectives, culturelles et sociales du patient et de sa famille face à la mort attendue ».

Dans de nombreux cas, ces réactions surviennent lorsqu'un patient est atteint d'une maladie incurable ou impossible à traiter adéquatement et qui entraînera selon toute probabilité son décès. **Ce terme est couramment utilisé dans les situations de progression de la maladie, comme le cancer ou les maladies cardiaques à un stade avancé, le VIH, Ebola ou la fièvre hémorragique virale (FHV) et éventuellement la COVID-19.**

**Les symptômes du deuil anticipé peuvent apparaître même lorsqu'aucune personne** de l'entourage n'a été affectée. Ils peuvent être dus à un sentiment permanent de perte(s) imminente(s). Cette clarification permet de comprendre les symptômes/réactions ci-après :

### Principales caractéristiques du deuil anticipé :

- **Tristesse et larmes** : la tristesse et les larmes ont tendance à s'installer rapidement et souvent lorsque l'on s'y attend le moins.
- **Peur** : les sentiments de peur sont fréquents et comprennent non seulement la peur de la mort, mais aussi la peur de tous les changements associés à la perte d'un être cher.
- **Irritabilité et colère** : elles peuvent se manifester par une difficulté à surmonter la colère ressentie envers la personne mourante. Malgré l'amour qu'elle lui porte, la personne peut en vouloir à l'être cher (parce qu'il va la laisser seule, parce qu'elle se sent obligée de s'occuper de lui, etc.).
- **Solitude** : les proches/membres de la famille qui s'occupent de la personne mourante ressentent fréquemment un sentiment de solitude intense. Contrairement au deuil qui suit la perte de l'être cher, le sentiment qu'il n'est pas socialement acceptable d'exprimer le chagrin du deuil anticipé peut s'ajouter à un sentiment d'isolement.
- **Désir de parler** : la solitude peut entraîner un fort désir de parler à quelqu'un, à n'importe qui, pourvu qu'il puisse comprendre le sentiment exprimé et écouter sans jugement. En l'absence de personne à qui confier son chagrin, ces émotions peuvent conduire à un repli sur soi ou à un engourdissement émotionnel pour se protéger de la douleur.
- **Anxiété** : prendre soin d'un être cher mourant engendre un état d'anxiété accrue et constante. L'anxiété, à son tour, peut entraîner des symptômes physiques tels que des trémulations nerveuses, des palpitations et des tremblements.
- **Sentiment de culpabilité** : la période qui précède le décès d'un être cher peut éveiller une grande culpabilité chez certaines personnes, surtout si l'être cher souffre. La personne peut également se sentir coupable de poursuivre sa vie alors que l'être cher ne le pourra pas.
- **Intense préoccupation pour la personne mourante** : une préoccupation extrême pour l'être cher, en rapport avec des questions émotionnelles, physiques ou spirituelles.
- **Préparation au décès** : il est possible que le patient (bénéficiaire des services de SMSPS) s'imagine ce que sera sa vie lorsque l'être cher ne sera plus là. À l'inverse, si le patient est la personne mourante, il peut s'imaginer comment ses proches continueront de vivre après son décès. Un grand nombre de personnes se sentent coupables de ces pensées, mais elles sont tout à fait normales et font partie de l'acceptation de l'inéluctabilité de la mort.
- **Troubles physiques** : symptômes physiques tels que des difficultés à dormir et des problèmes de mémoire.

## Notes

- (a) <https://www.alzwa.org/files/2015/01/06-The-Four-Tasks-of-Mourning.pdf>

# Annexe 15.2. Aider les personnes endeuillées à affronter la perte d'un être cher

## Annexe 15.2. Aider les personnes endeuillées à affronter la perte d'un être cher

### 1. Comment la famille/les amis peuvent-ils soutenir une personne endeuillée ?

- Inviter la personne endeuillée à parler et à partager ses sentiments, si cela est approprié sur le plan culturel.
- **Écouter au lieu de parler.**
- **Déconseiller à une personne endeuillée de prendre des décisions importantes.**
- **Communication/expression** : être présent, parler avec elle (même si vous ne savez pas quoi dire, faites en sorte que cela vienne du cœur, montrez que vous vous préoccupez d'elle), écouter, essayer de ne pas éviter les fortes réactions émotionnelles/y répondre, les exprimer).
- **Soutien** : proposer un soutien, aider aux tâches ménagères (prenez l'initiative d'aider, mais faites attention de ne pas prendre trop le contrôle). Essayer d'aider la personne à organiser les activités quotidiennes/hebdomadaires. Après la période de deuil initiale, continuer de prêter attention à la personne, notamment à certaines occasions telles que les anniversaires, les fêtes et les événements spéciaux.
- **Autres conseils**
  - Ne pas minimiser ou exagérer la perte de l'être cher et les réactions de la personne à cette perte.
  - Ne pas juger, respecter les émotions (sentiment de culpabilité, agressivité, honte).
  - Encourager et reconforter la personne (« tu es déjà passé(e) par là, et tu t'en es sortie(e) ; « tu es fort(e)/courageux(se) dans cette épreuve » ; « tu peux compter sur moi »). Éviter de « prescrire » des émotions telles que « tu dois te sentir déprimé(e) maintenant ».
  - Accepter le fait que le deuil soit une expérience personnelle : il existe différentes façons de faire le deuil. L'absence d'émotion visible (pas de pleurs, tristesse moindre, etc.) ne signifie pas nécessairement qu'une personne souffre moins. Il convient d'autoriser et d'accepter ces particularités sans jugement, et les personnes endeuillées ne doivent pas se reprocher de faire le deuil différemment (en cas de perte au sein d'une famille, chaque membre peut avoir une façon différente d'exprimer son chagrin).

### 2. Comment les professionnels de la santé mentale peuvent-ils aider les personnes endeuillées à affronter la perte d'un être cher ?

Quelles sont les interventions qui facilitent le bon déroulement du processus de deuil, en tenant compte des différences entre les personnes et des différentes façons de s'adapter à une perte ? La liste de recommandations ci-après vise à aider les personnes qui ont perdu un être cher à faire leur deuil. Ces recommandations doivent prendre en considération les pratiques culturelles et être adaptées au besoin.

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Poursuivre les activités quotidiennes</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Éviter les comportements nocifs (consommation d'alcool, p. ex.).</li><li>• Essayer de planifier chaque journée/semaine.</li><li>• Les activités de routine peuvent donner le sentiment de mieux maîtriser la situation.</li><li>• Prendre bien soin de soi (p. ex., bien se nourrir, dormir suffisamment, se détendre, demander de l'aide, se confier à quelqu'un).</li></ul>                                                                 |
| <b>Effectuer des rituels de deuil</b>        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Visiter la tombe.</li><li>• Conserver/garder sur soi des photos de la personne décédée.</li><li>• Allumer une bougie à certains moments (p. ex., lorsque la personne décédée manque).</li><li>• Faire un album de souvenirs (avec des photos, des lettres, des cartes postales, des mots ou d'autres souvenirs mémorables en commun).</li></ul>                                                                                               |
| <b>Rester en contact avec les proches</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Rester en contact avec la famille et les amis ; essayer de ne pas s'isoler (mais aussi d'avoir quelques moments d'intimité).</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Communication</b>                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• S'autoriser à poser des questions sur la personne décédée, à entendre des histoires sur elle et à en parler (si cela est acceptable ou approprié).</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Expression des sentiments</b>             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Par la communication verbale ou autre, notamment par écrit.</li><li>• Sentiments de tristesse, de détresse, de colère, d'anxiété, de culpabilité.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Éviter le déni des sentiments</b>         | <p>Exemples de refus pouvant bloquer le processus de deuil :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hyperactivité, se réfugier dans le travail pour éviter de ressentir la douleur.</li><li>• Minimiser la perte (« c'est la vie »).</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Quelques conseils particuliers</b>        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Faire particulièrement attention lors de la conduite ou lors d'activités à risque (perte de concentration et d'attention).</li><li>• Éviter de prendre des décisions importantes qui ne sont pas directement liées à la situation stressante. Si possible, les remettre à plus tard, lorsque le calme sera revenu.</li><li>• Éviter de consommer de la drogue/de l'alcool/des médicaments (sans examen médical et sans ordonnance).</li></ul> |

**Les points les plus importants sont les suivants :**

1. Essayer de trouver un équilibre entre ressentir/exprimer la douleur de la perte et s'investir dans sa vie (relations sociales, lâcher-prise).
2. Prendre le temps de faire le deuil.
3. Ne pas oublier que le deuil est nécessaire pour parvenir à l'acceptation.

### 3. Intervention de deuil pour les conseillers en santé mentale

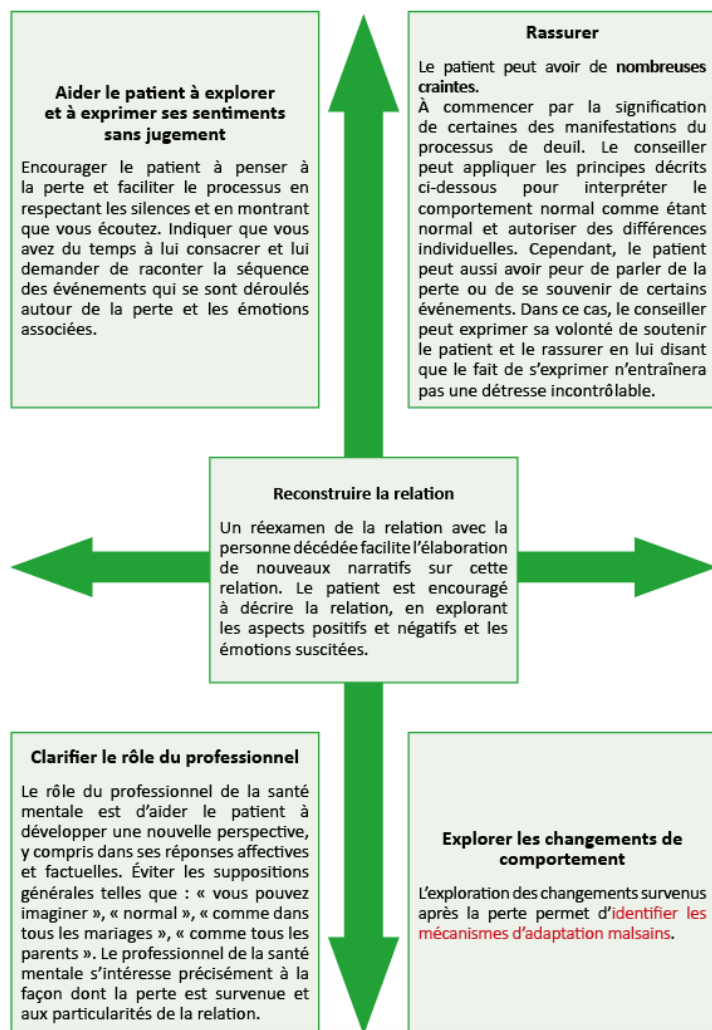
#### 1. Niveau d'intervention

De nombreux auteurs font une distinction entre l'**accompagnement du deuil** et la **thérapie de deuil**. Le conseil ou l'accompagnement du deuil est une intervention que les non-spécialistes de la santé mentale (y compris les conseillers en santé mentale) en contact fréquent avec des personnes confrontées à des processus de deuil (infirmières, médecins, travailleurs sociaux, travailleurs humanitaires, etc.) doivent être en mesure d'effectuer et de mettre en œuvre auprès des personnes traversant un processus de deuil normal. Ce type de soutien doit être proposé aux personnes à risque (solitude, absence de soutien social, manque de ressources, circonstances particulières du décès, à savoir disparition, massacre, torture, suicide, etc.) ou lorsque la personne ou sa famille en fait la demande.

La deuxième modalité d'intervention, la **thérapie de deuil**, est indiquée dans les cas de deuil compliqué et réalisée par des professionnels de la santé mentale (psychologue/psychiatre/conseiller professionnel), dans un cadre aussi similaire que possible à celui d'autres psychothérapies.

Ce niveau de soutien est recommandé **(1)** lorsque les **difficultés du processus de deuil** ont d'ores et déjà évoluées en troubles mentaux modérés à sévères qui mettent le bénéficiaire des services de SMSPS/son environnement en danger (réactions psychotiques, réactions dépressives avec pensées suicidaires, comportement agressif, etc.), **(2)** lorsque l'**accompagnement du deuil** n'a pas résolu le problème ou a déclenché des réactions inattendues.

#### 2. Objectifs de l'intervention de deuil



### 3. Principes de l'intervention de deuil

**Principe 1 :** aider le patient à accepter la réalité de la perte

- Dans les premiers moments, le sentiment que tout est surréaliste est normal. Parler de la perte aide le patient à exprimer ses sentiments. Le professionnel de la santé mentale peut demander au patient comment il a appris le décès, comment il a réagi, et ce qu'il a pensé et ressenti.
- Explorer les comportements rituels qui facilitent la réalisation de cette tâche, comme la contemplation de la dépouille lors des rituels funéraires, les visites de la tombe. Si le patient dit qu'il n'a pas pu/ne peut pas le faire, explorer des pistes autour de ces rituels.

**Principe 2 :** aider le patient à identifier et à exprimer ses sentiments

- La perte peut susciter des sentiments très douloureux dont le patient peut tenter de se protéger inconsciemment. Le professionnel de la santé mentale peut faciliter l'expression de ces sentiments. Parfois, cette tâche peut être entravée par le fait que la personne peut demander précisément le contraire, c'est-à-dire un remède contre la douleur (p. ex. médicament, religion).
- Expliquer au patient qu'il est très difficile de perdre un être cher, surtout lorsque l'on était très proche de cette personne. Beaucoup de choses lui manqueront énormément, mais cela peut aider de se souvenir de tous les bons moments.
- Les sentiments peuvent être très divers. Il y a bien sûr le sentiment de tristesse face à la perte. Les sentiments de rage, de culpabilité et d'impuissance sont également fréquents et souvent associés à des problèmes dans le processus de deuil.
- Souvent, le patient aura des sentiments ambivalents. Commencer par l'encourager à exprimer ses sentiments positifs vis-à-vis de la personne décédée et l'écouter avec empathie, puis s'enquérir des sentiments négatifs. Le conseiller peut par exemple demander : « Qu'est-ce qui vous manquera le plus chez la personne décédée ? ». Puis, après avoir écouté avec empathie, le conseiller peut demander : « Peut-être y a-t-il aussi des choses qui ne vous manqueront pas, quelles sont-elles ? ».
- Le survivant ressent habituellement une anxiété à la réactivation de la conscience de sa propre mort, mais elle est habituellement transitoire. Si ce n'est pas le cas, il peut être utile pour lui d'en parler et de partager ses peurs.

**Principe 3 :** aider le patient à résoudre ses problèmes quotidiens sans la personne décédée

- Aider le patient à gérer les problèmes pratiques et à prendre des décisions sans la personne décédée. La difficulté de cette tâche dépend beaucoup du type de relation qui existait entre la personne décédée et le patient.

**Principe 4 :** faciliter la relocalisation émotionnelle après la perte

- La relocalisation est souvent perçue par le patient comme le fait de remplacer ou d'oublier la personne décédée, de la trahir. Dans ce cas, le patient peut stopper le processus de deuil.
- Or, la relocalisation ne signifie pas le remplacement (le remplacement est impossible). Elle consiste à ménager une place pour la personne décédée dans ses souvenirs afin de ne pas bloquer la possibilité d'éprouver de l'intérêt et de l'affection pour d'autres choses ou personnes. Les personnes endeuillées disent souvent qu'au fur et à mesure du processus de deuil, elles gardent un souvenir plus net et plus apaisé de l'être cher.

**Principe 5 :** laisser au patient le temps de faire son deuil

- Comme expliqué précédemment, le deuil prend du temps.

**Principe 6 :** éviter les commentaires habituels

- Les phrases du style « vous devez être fort(e) » ou « la vie continue » ne sont pas utiles. Le patient les a déjà entendues. Si son problème persiste, cela signifie que ces phrases ne l'ont pas aidé.
- Si le conseiller ne sait pas quoi dire, il est préférable de l'admettre en disant : « J'avoue que je ne sais pas quoi vous dire ».

**Principe 7 :** interpréter le comportement normal comme étant normal

- Les phénomènes de présence (sentiment que la personne décédée est encore en vie), les pensées suicidaires et l'impression d'irréalité sont parmi ceux qui provoquent le plus souvent des réactions de peur et des sentiments d'accablement. Dans ces situations, le professionnel peut rassurer le patient en expliquant que ses réactions sont normales et fréquentes à ce stade du processus de deuil.

**Principe 8 :** autoriser les différences individuelles

- Discuter avec le patient et anticiper les différentes possibilités.

**Principe 9 :** proposer un soutien continu**Principe 10 :** identifier les mécanismes d'adaptation néfastes pour prévenir les complications

- Certaines personnes consomment de l'alcool ou de la drogue.

**Principe 11 :** identifier les patients souffrant d'une forme de deuil compliquée ou sévère et les orienter vers des soins spécialisés

- Il s'agit des personnes qui ne fonctionnent pas du tout, qui se sentent submergées et ne pensent pas qu'elles peuvent s'en sortir seules. Ce sont aussi les personnes qui ne font aucun progrès dans le processus de deuil.

# Annexe 16. Identification des patients/membres de la famille nécessitant une prise en charge SMSPS

## Annexe 16. Identification des patients/membres de la famille nécessitant une prise en charge SMSPS

### Signes observés :

- Une personne isolée
- Une personne qui semble effrayée (toujours en alerte regardant autour d'elle)
- Une personne qui reste silencieuse (ne parle pas du tout), anormalement calme (absence d'interaction avec d'autres personnes)
- Une personne qui pleure pendant de longues périodes au cours de la journée ou est très émotive
- Une personne qui présente des plaintes somatiques extrêmes ou anormales et inexpliquées après l'examen médical, comme une faiblesse ou une douleur extrême, des difficultés à respirer ou des palpitations
- Victimes de violences intentionnelles : contusions, ecchymoses, brûlures, mutilations physiques intentionnelles, violences sexuelles, etc.
- Élocution difficile/propos confus
- Langage corporel : signes d'anxiété, d'apathie, de dépression
- Irritabilité et agressivité

**Antécédents connus de troubles mentaux** : comme indiqué au début de ce sous-module, certaines personnes affectées par une catastrophe peuvent avoir des antécédents de troubles mentaux antérieurs à la catastrophe. Les patients atteints de maladies mentales connues peuvent présenter une exacerbation des symptômes ou une rechute. De même, les patients souffrant d'épilepsie peuvent rechuter en raison de l'arrêt du médicament antiépileptique pendant cette période. Demander à toutes les familles de la région s'il y a des cas connus d'épilepsie ou de psychose et assurer la poursuite/la reprise du traitement de ces cas en orientant ces personnes de manière appropriée.

**Les individus présentant de graves dysfonctionnements** au quotidien, sur la base des observations suivantes :

- Isolement et inactivité
- Très mauvaise hygiène
- Perte du sens des responsabilités envers soi-même et les autres
- Problèmes fonctionnels au quotidien, notamment pour manger, dormir, apprendre, travailler

### Pensées/intentions suicidaires

Les personnes qui parlent de se suicider ou qui ont tenté de se suicider doivent être immédiatement identifiées et orientées vers un professionnel qualifié. Les membres de la communauté devraient être en mesure d'identifier ces personnes. Celles-ci ne doivent jamais être laissées seules.

**Symptômes de sevrage ou augmentation de la consommation d'alcool et de substances psychoactives** : chaque fois qu'un patient se plaint de courbatures sévères, d'agitation, d'insomnie, de crampes musculaires, d'un écoulement nasal, et d'un larmolement excessif ou de tremblements, d'agitation, d'irritabilité, d'insomnie, d'anxiété et d'une envie irrépressible d'alcool ou de drogue, lui demander s'il consomme régulièrement de l'alcool ou de la drogue. Si c'est le cas, orienter le patient vers un médecin et, si possible, vers le spécialiste.

Si un patient présente une somnolence excessive, des difficultés d'élocution, une démarche instable ou une désorientation, lui demander s'il a augmenté sa consommation d'alcool ou de drogue. Si c'est le cas, demander au patient de consulter un professionnel et l'orienter vers un spécialiste si possible.

# Annexe 17. Entretien motivationnel

## Annexe 17. Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une méthode de conseil qui est à la fois un concept et un large éventail de techniques employées pour aider les personnes à explorer et à résoudre l'ambivalence au sujet du changement de comportement. En bref, l'entretien motivationnel repose sur l'idée que les personnes abordent le changement avec des niveaux de préparation variables. Le rôle des professionnels est donc d'aider les patients à prendre conscience des implications du changement et/ou de l'absence de changement dans le cadre d'un entretien sans jugement, au cours duquel la parole est donnée principalement aux patients<sup>a</sup>.

Cette approche permet de discuter de la consommation de substances psychoactives sans porter de jugement. Elle encourage la personne à réfléchir à ses propres choix en matière de consommation de substances psychoactives<sup>b</sup>. Elle peut être utilisée dans le cadre d'une rencontre très brève pour aborder les risques ou l'utilisation nocive de substances psychoactives. Elle peut également être utilisée dans le cadre d'une discussion plus longue s'étendant sur plusieurs séances afin d'examiner les schémas de dépendance aux substances psychoactives. C'est ce qu'on appelle la thérapie motivationnelle.

Tout au long de la discussion, il est important d'inclure tous les aspects du processus, à savoir faire preuve d'empathie et créer une atmosphère de confiance tout en soulignant les contradictions dans le narratif de la personne et en remettant en question les fausses croyances. Éviter d'argumenter avec la personne. Elle doit avoir le sentiment que le praticien est là pour la soutenir et non pour la critiquer. Si la personne n'est pas capable pour le moment de s'engager à arrêter sa consommation nocive de substances psychoactives, demander quelles en sont les raisons plutôt que de forcer la personne à dire ce qu'elle pense que l'on attend d'elle.

### Techniques pour des discussions plus approfondies

1. Fournir des **informations** personnalisées à la personne concernant les risques associés à sa consommation de substances psychoactives, qu'elle soit ou non dans un schéma de CONSOMMATION NOCIVE ou de DÉPENDANCE, et sur les
2. Encourager la personne à **assumer la responsabilité** de ses choix de consommation de substances psychoactives et du choix de chercher ou non à se faire aider. Pour ce faire, lui demander quelles sont SES PROPRES inquiétudes par rapport à son utilisation de substances psychoactives.
3. Demander à la personne les **raisons de sa consommation de substances psychoactives**, y compris en réponse à d'autres problèmes tels que des troubles mentaux ou des facteurs de stress spécifiques, et les avantages perçus de cette consommation, même à court terme.
4. Interroger la personne sur sa perception des **effets positifs et négatifs de sa consommation de substances psychoactives** et, si nécessaire, contester toute exagération des avantages et sous-estimation des risques/préjudices associés.
5. Lui demander quels sont ses **objectifs personnels** et si sa consommation de substances psychoactives l'aide ou au contraire l'empêche d'atteindre ces objectifs.
6. Mener la **discussion** en vous appuyant sur ses déclarations relatives à sa consommation de substances psychoactives, aux causes et aux effets et à ses objectifs personnels. Il s'agit d'explorer les incohérences apparentes entre les effets de la consommation de substances psychoactives et les objectifs énoncés par la personne.
7. **Discuter des options** de changement en fonction du choix d'objectifs réalistes et essayer de convenir ensemble d'un plan d'action.
8. **Soutenir la personne dans l'adoption de ces changements** en lui exprimant votre confiance en sa capacité à introduire des changements positifs dans sa vie, en fournissant des informations sur les prochaines étapes, si nécessaire (entretien plus poussé, désintoxication, soutien psychosocial) et en remettant à la personne de la documentation à emporter, le cas échéant.

### Exemples de questions à poser

Demander à la personne (sans la juger) quel est son propre point de vue sur sa consommation de substances psychoactives en posant les questions suivantes :

- Raison de son utilisation de substances psychoactives (demander : « *Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi vous utiliser [substance psychoactive] ?* »).
- Ce qu'elle perçoit comme étant les avantages de cette utilisation (demander : « *Qu'est-ce que [substance psychoactive] vous apporte ? Cela vous cause-t-il des problèmes ?* »).
- Ce qu'elle perçoit comme étant les préjudices réels et potentiels associés à l'utilisation de substances psychoactives (demander : « *L'utilisation de [substance psychoactive] vous a-t-elle causé du tort ? Pensez-vous que cela vous causera du tort à l'avenir ?* »).
- Ce qui est le plus important pour la personne (demander : « *Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans votre vie ?* »).

### Notes

- (a) Brad W. Lundahl, Chelsea Kunz, Cynthia Brownell, Derrik Tollefson and Brian L. Burke. *Research on Social Work Practice*, 2010, 20: 137. <https://doi.org/10.1177/1049731509347850>
- (b) OMS - 2016. Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) - version 2.0.

# Annexe 18. Indicateurs utilisés dans les activités de SMSPS

## Annexe 18. Indicateurs utilisés dans les activités de SMSPS

### Qualité du service

- Proportion de patients dont l'état s'est amélioré, avec dossier clos et/ou sortis de l'hôpital, qui présentent une amélioration du score de 25 % sur les échelles d'évaluation (patients ayant effectué deux séances au moins et évalués lors de deux séances au moins) entre la première et la dernière séance documentée
- Proportion de patients avec dossier clos ayant bénéficié de deux séances au moins et pour lesquels des évaluations ont été effectuées lors de deux séances au moins
- Proportion de perdus de vue : nombre total de patients perdus de vue/nombre total de dossiers clos
- Nombre d'événements indésirables médicaux sévères<sup>a</sup> liés à l'activité de SMPS

### Utilisation du service

- Nombre total de consultations individuelles : nombre total (nouvelles consultations + suivis)
- Nombre total de nouveaux patients
- Proportion de nouveaux patients atteints de TMS
- Nombre total de séances de groupe psychothérapeutiques et non psychothérapeutiques
- Nombre total de participants aux séances de groupe
- Proportion de patients suivant un traitement pharmacologique prescrit par MSF pour un trouble mental par rapport au nombre total de patients traités
- Nombre de patients orientés
- Nombre moyen de séances par patient

### Surveillance

- Proportion des principales pathologies
- Proportion des principaux événements déclencheurs



| Essentiel ou facultatif | Indicateur                                                     | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Numérateur                                                                                                                                                                     | Dénominateur                                                                                    | Répartition                                                                | Objectif de performance suggéré                                                                                                        | Sources           |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Essentiel               | Nb de séances de groupe psychothérapeutiques <sup>b</sup>      | Nb total de séances de groupe psychothérapeutiques effectuées pendant une période donnée                                                                                                                                                                                                                            | Nb total de séances de groupe psychothérapeutiques pendant une période donnée                                                                                                  |                                                                                                 | Type de séance de groupe psychothérapeutique : psychothérapie, conseil     | Aucun objectif (dépend du projet)                                                                                                      | Base de données E |
| Essentiel               | Nb de séances de groupe non psychothérapeutiques               | Nb total de séances de groupe non psychothérapeutiques pendant une période donnée                                                                                                                                                                                                                                   | Nb total de séances de groupe non psychothérapeutiques pendant une période donnée                                                                                              |                                                                                                 | Type de groupes non psychothérapeutiques <sup>d</sup>                      | Plus précisément, pour les groupes non psychothérapeutiques, objectif : trois séances de groupe par conseiller/psychologue par semaine | donnée            |
| Essentiel               | Nb de participants aux séances de groupe                       | Nb de participants à une séance                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nb total de participants aux séances                                                                                                                                           |                                                                                                 | Âge, sexe, groupe psychothérapeutique ou groupe non psychothérapeutique    | Aucun objectif (dépend du groupe)                                                                                                      | donnée            |
| Essentiel               | Nb de consultations <sup>e</sup>                               | Nb total (première consultation + suivis) pendant une période donnée                                                                                                                                                                                                                                                | Nb total (première consultation + suivis) pendant une période donnée                                                                                                           |                                                                                                 | Âge, sexe, suivi/première consultation, diagnostic, catégorie de symptômes | 25 séances prévues par semaine par conseiller/psychologue                                                                              | Base de données   |
| Essentiel               | Proportion de perdus de vue                                    | Proportion de patients qui ne sont pas revenus pour bénéficier des services et pour lesquels aucune information n'est disponible deux mois après la dernière visite ou après deux rendez-vous consécutifs manqués                                                                                                   | Nb total de patients perdus de vue pendant une période donnée                                                                                                                  | Nb total de séances de dossiers clos pendant une période donnée                                 | Âge, sexe, diagnostic, catégorie de symptômes                              | (< 20 % en général ou < 30 % pour les patients atteints de schizophrénie)                                                              | Base de données   |
| Essentiel               | Proportion de patients dont l'état s'est amélioré <sup>f</sup> | Proportion de patients avec dossier clos et/ou sortis de l'hôpital, qui présentent une amélioration du score de 25% sur les échelles d'évaluation (patient ayant effectué deux séances au moins) entre la première et la dernière séance documentée. Échelles d'évaluation : ICG, EGF, SRQ, échelle visuelle, autre | Nb de patients avec dossier clos/ sortis de l'hôpital ayant effectué ≥ 2 séances ET au moins 2 évaluations ET avec une amélioration du score ≥ 25 % pendant une période donnée | Nb de patients avec dossier clos/sortis de l'hôpital ayant effectué ≥ 2 séances + 2 évaluations | Diagnostic, population spécifique, âge, échelle                            | 75 % des patients avec une amélioration de 25 % des scores d'évaluation                                                                | Base de données   |
| Facultatif              | Proportion de patients avec dossier                            | Proportion de patients avec dossier                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nb de patients avec dossier clos/sortis de                                                                                                                                     | Nb total de patients avec                                                                       | Conseiller                                                                 |                                                                                                                                        | donnée            |

|            |                                                                                                       |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                     |                                                          |                                                                                                                          |                                                         |                          |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|
|            | clos/sortis de l'hôpital ayant effectué au moins 2 séances et évalués lors de 2 séances au moins      | clos/sortis de l'hôpital ayant effectué au moins 2 séances et évalués lors de 2 séances au moins<br>Échelles d'évaluation : ICG, EGF, SRQ, échelle visuelle, autre | l'hôpital ayant effectué au moins 2 séances et évalués lors de 2 séances au moins<br>Échelles d'évaluation : ICG, EGF, SRQ, échelle visuelle, autre | dossier clos/sortis de l'hôpital                         |                                                                                                                          |                                                         |                          |
| Essentiel  | Nb de patients suivant un traitement psychotrope prescrit par MSF pour un trouble mental <sup>g</sup> | Patients suivant un traitement pharmacologique prescrit par MSF pour un trouble mental pendant une période donnée                                                  | Nb de patients suivant un traitement pharmacologique prescrit par MSF pour un trouble mental                                                        | Nb total de patients traités pendant une période donnée  | Âge, sexe, diagnostic                                                                                                    |                                                         | Base d                   |
| Facultatif | Nb moyen de séances individuelles par patient <sup>e</sup> à la clôture du dossier                    | Nb moyen de séances individuelles effectuées par un patient dans le programme                                                                                      | Nb total de séances effectuées pour tous les dossiers clos                                                                                          | Nb total de patients avec dossier clos                   | Âge, sexe, diagnostic, catégorie de symptômes                                                                            |                                                         | Doss la bas              |
| Facultatif | Proportion des principales pathologies                                                                | Proportion du diagnostic principal/de la catégorie de symptômes                                                                                                    | Nb de nouveaux patients diagnostiqués/par groupe de symptômes                                                                                       | Nb total de nouveaux patients                            | Âge, sexe, diagnostic, catégorie de symptômes                                                                            |                                                         | Base santé fiche n de so |
| Facultatif | Proportion des principaux événements déclencheurs                                                     | Proportion de la principale catégorie d'événements déclencheurs/facteurs de risque                                                                                 | Nb de nouveaux patients ayant rapporté un événement déclencheur ou un facteur de risque spécifique                                                  | Nb total de nouveaux patients                            | Âge, sexe, diagnostic, événement déclencheur/facteur de risque                                                           |                                                         |                          |
| Facultatif | Nb de patients présentant des troubles mentaux sévères <sup>h</sup>                                   | Patients présentant des troubles mentaux sévères pendant une période donnée<br>Évaluation : ICG $\geq$ 5 ou score similaire sur une autre échelle                  | Nb de patients présentant des troubles mentaux sévères                                                                                              | Nb total de nouveaux patients inclus dans le service X   | Âge, sexe, diagnostic, par service                                                                                       |                                                         | donné                    |
| Facultatif | Nb de patients orientés                                                                               | Nb de nouveaux patients orientés vers une prise en charge SMSPS par divers centres ou activités médicales de MSF, ou d'autres acteurs                              | Nb de nouveaux patients orientés par source d'orientation                                                                                           | Nb total de nouveaux patients pendant une période donnée | Âge, sexe, diverses sources d'orientation (promoteurs de la santé, travailleurs sociaux, autres services médicaux, etc.) | Dépend de l'axe privilégié par le service de l'activité | Doss donné               |
| Facultatif | Nb de nouveaux patients                                                                               | Nb total de dossiers patient ouverts (patients qui se sont présentés au centre et ont bénéficié d'une première consultation)                                       | Nb de dossiers ouverts (patients)                                                                                                                   | Nb total de patients pendant une période donnée          | Âge, sexe, psychologue ou conseiller                                                                                     |                                                         | Base d                   |
| Facultatif | Nb d'événements indésirables médicaux sévères <sup>a</sup> liés à l'activité de SMSPS                 | Nb total d'événements indésirables médicaux                                                                                                                        | Nb d'événements indésirables médicaux sévères liés à la santé mentale rapportés                                                                     | Nb d'événements indésirables médicaux                    | Professionnel                                                                                                            |                                                         | donné                    |

|  |  |                                           |  |                                                                      |  |  |
|--|--|-------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  | sévères liés à la santé mentale rapportés |  | sévères liés à la santé mentale rapportés pendant une période donnée |  |  |
|--|--|-------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|--|

## Notes

- (a) MSF s'est doté d'une politique internationale sur les erreurs médicales et chaque centre opérationnel applique un protocole spécifique en la matière.
- (b) Une séance de groupe psychothérapeutique doit avoir des objectifs, des règles et une méthodologie précise, et le nombre de séances doit être prédéfini. Le nombre prévu de participants ne doit pas être supérieur à 15 ni inférieur à 2.
- (c) SIGS : système de gestion des informations de santé
- (d) La séance de groupe non psychothérapeutique a des objectifs et une structure, mais le nombre de participants n'est pas limité et dépend du type de séance (p. ex., psychostimulation, psychoéducation, etc.). De nouveaux membres ou participants peuvent être inclus à tout moment.
- (e) Le nombre de séances individuelles dépendra de contextes spécifiques, du type de diagnostic et de l'accès aux services. À surveiller en permanence.
- (f) Patients dont l'état s'est amélioré : l'amélioration du score peut nous aider à comprendre l'impact de l'intervention et la façon dont les patients se rétablissent ou non de leur déficience initiale et des symptômes qui les affectent. Selon le projet, les besoins des patients et la faisabilité, des échelles spécifiques seront recommandées pour évaluer la sévérité initiale et l'évolution des troubles. Exemples : SRQ-20, échelle visuelle des capacités fonctionnelles, PSYCa, PHQ-9, PHQ-A, PHQ, EGF, GAD-7, CAGE, CTSQ, etc. (le référent en santé mentale doit valider les échelles).
- (g) Patients traités par MSF : lorsque la prescription et le traitement sont fournis directement par MSF ou le personnel externe rémunéré par MSF.
- (h) TMS : il s'agit de troubles qui requièrent habituellement des médicaments en première intention, en particulier la psychose, la dépression sévère et la manie (également lorsque le score ICG est de 5 à 7).

# Glossaire

## Glossaire

### Santé mentale

Selon la définition de l'OMS, la santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à sa communauté »<sup>[1]</sup>.

### Troubles mentaux

Dans ce guide, le terme « troubles mentaux » désigne les troubles mentaux légers, modérés et sévères qui peuvent être diagnostiqués et sont décrits dans le DSM et la CIM.

### Psychosocial

Dans le domaine humanitaire, on utilise ce terme pour « souligner le lien étroit entre les aspects psychologiques et les aspects sociaux plus vastes de l'expérience, qui incluent les capacités humaines, l'environnement social, ainsi que la culture et les valeurs »<sup>[2]</sup>. Le terme « psychosocial » fait l'objet d'un débat international. Pour MSF, l'approche psychosociale cible à la fois les facteurs individuels et communautaires.

### Bien-être psychosocial

Le bien-être psychosocial met en lumière l'interaction entre, d'une part, les aspects psychologiques du fonctionnement, des croyances, des pensées, des émotions et des comportements des personnes et, d'autre part, leur environnement social, y compris les relations, la famille et les liens communautaires, les traditions culturelles, la situation économique, et la capacité à participer aux affaires publiques, à la prise de décisions, aux activités quotidiennes et aux tâches telles que l'école ou le travail<sup>[3]</sup>. Ce terme rejoint la définition de la santé mentale de l'OMS, en mettant l'accent sur la famille et la communauté.

### Problèmes psychosociaux

Les problèmes psychosociaux font référence à des difficultés sociales, émotionnelles et personnelles qui ne peuvent être qualifiées de troubles, mais qui peuvent bénéficier d'interventions de soutien ciblant les individus, les familles et les communautés.

### SMSPS

Les organisations humanitaires, y compris MSF, utilisent le terme « santé mentale et soutien psychosocial » (SMSPS) pour désigner l'intégralité de l'aide en santé mentale qu'elles fournissent. Le terme multiple SMSPS est utilisé dans ce document pour décrire tout type de soutien local ou extérieur qui vise à protéger ou à promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux<sup>[4]</sup>.

Il est utile de distinguer le soutien psychosocial des soins de santé mentale :

Cependant, différentes organisations définissent ces concepts diversement. Ainsi, l'OMS considère toutes les interventions non pharmacologiques comme des « interventions psychosociales », y compris la psychoéducation, la réduction du stress, le renforcement du soutien social, la promotion du fonctionnement dans la vie quotidienne, les interventions psychologiques et les interventions psychosociales visant à promouvoir l'observance thérapeutique (particulièrement importante pour la santé physique des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives).

Pour une description détaillée des interventions de SMSPS, voir [Chapitre 2](#).

### Déficiences psychosociales

Le terme se rapporte aux personnes qui ont reçu un diagnostic de santé mentale et qui ont subi des facteurs sociaux négatifs, notamment la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion. Les personnes vivant avec des déficiences psychosociales comprennent les utilisateurs anciens et actuels des services de santé mentale, ainsi que les personnes qui s'identifient comme des survivants de ces services ou souffrant d'une déficience psychosociale<sup>[6]</sup>.

## Références

