

Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence



Directives du CPI concernant
la santé mentale et
le soutien psychosocial
dans les situations d'urgence

© Comité permanent interorganisations 2007

ISBN 978-1-4243-3446-9

Le Comité permanent interorganisations (CPI) a été créé en 1992 pour donner suite à la résolution 46/182 de l'Assemblée générale, qui préconisait un renforcement de la coordination de l'aide humanitaire. Cette résolution a institué le CPI en tant que principal mécanisme de facilitation de la prise de décision interorganisations concernant les mesures à prendre pour faire face aux situations d'urgence complexes et aux catastrophes naturelles. Siègent au CPI les directeurs d'un large éventail d'organisations humanitaires relevant ou non des Nations Unies. Pour obtenir d'autres renseignements sur le CPI, on peut se rendre sur son site Web à l'adresse suivante:

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/about/default.asp>.

Cette publication du CPI sera disponible en plusieurs langues et est accessible sur le site Web du CPI à l'adresse suivante: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>

Mention de la source :

Comité permanent interorganisations (CPI) (2007). Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Genève : CPI.

Pour donner votre avis sur cette publication ou faire des suggestions permettant de l'améliorer, vous pouvez adresser un courriel à l'adresse suivante: iasc-mhps@gmail.com or IASCmhps@interaction.org.

© Couverture photo : International Rescue Committee

Remerciements

L'Équipe spéciale du Comité permanent interorganisations sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence tient à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à l'élaboration des présentes Directives. Elle remercie plus particulièrement les organisations ci-après qui sont membres de l'Équipe spéciale et dont le personnel a établi ces Directives :

Action Contre la Faim (ACF)
InterAction (coprésidente), par
l'intermédiaire de :

- American Red Cross (ARC)
- Christian Children's Fund (CCF)
- International Catholic Migration Commission (ICMC)
- International Medical Corps (IMC)
- International Rescue Committee (IRC)
- Mercy Corps
- Save the Children USA (SC-USA)

Réseau interorganisations pour
l'éducation dans les situations d'urgence
(INEE)

Conseil international des agences
bénévoles (ICVA), par l'intermédiaire de :

- ActionAid International
- CARE Austria
- HealthNet-TPO
- Médicos del Mundo (MdM-Espagne)

- Médecins sans frontières Hollande (MSF-Hollande)
- Oxfam GB
- Refugees Education Trust (RET)
- Save the Children UK (SC-UK)

Fédération internationale des sociétés de
la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
(IFRC)

Organisation internationale pour les
migrations (OIM)

Bureau de la coordination des affaires
humanitaires (OCHA)

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
(UNICEF)

Haut Commissariat des Nations Unies
pour les réfugiés (HCR)

Fonds des Nations Unies pour la
population (FNUAP)

Programme alimentaire mondial (PAM)

Organisation mondiale de la Santé
(OMS) (coprésidente)

L'Équipe spéciale exprime sa gratitude au
Département de la santé mentale et des
toxicomanies de l'OMS (grâce à des
fonds versés par le Gouvernement italien)
et au Fonds chrétien pour les enfants
pour avoir mis sans compter leur
personnel à sa disposition en vue de la
réalisation de ce projet.

L'Équipe spéciale sait gré aux commentateurs affiliés aux organisations ci-après de leurs observations concernant des versions antérieures de la matrice et/ou de certains aide-mémoire :

ONG : Aga Khan Development Network; Antares Foundation; Austrian Red Cross; BasicNeeds; CARE USA; Child Fund Afghanistan; Church of Sweden Aid; Church World Service; Community and Family Services International; Enfants Réfugiés du Monde; Fundación Dos Mundos; Global Psycho-Social Initiatives; Handicap International; Headington Institute; Human Rights Watch; Impact Foundation; International Critical Incident Stress Foundation; International Rehabilitation Council for Torture Victims; Jesuit Refugee Service; Médecins sans frontières Suisse; Médecins sans frontières Espagne; Norwegian Refugee Council; Palestinian Red Crescent Society; People in Aid; Programa Psicosocial en Chiapas; Psychologues du monde; PULIH Foundation Indonesia; Refugees International; Sangath Centre Goa; South African Institute for Traumatic Stress; STEPS Consulting Social; Tanganyika Christian Refugee

Service; Terre des hommes Foundation; The Foundation for Children and War; Turkish Red Crescent Society; War Child Holland.

Universités : Université de Birzeit, Cisjordanie; Boston University; Columbia University; Harvard University; Johns Hopkins University; Karolinska Institutet; Kent State University; King's College; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Northumbria University; Pomona College; San Jose State University; State University of New York; Uniformed Services University of the Health Sciences; University of Colombo; Université de Genève; Université de Jaffna; Université de Lund; University of Maryland; University of Melbourne; University of New South Wales; University of Oxford; University of Pennsylvania; University of South Dakota; University of Western Sydney; Université des Philippines; Victoria University; Vrije Universiteit Amsterdam; Wageningen University.

Autres (par ex. associations professionnelles, organismes publics, consortiums, réseaux) : American Psychiatric Association; American

Psychological Association; Asian Harm Reduction Network; Canadian Forces Mental Health Services; Cellule d'urgence médico-psychologique – SAMU de Paris; Centre hospitalier Sainte-Anne; Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Consortium of Humanitarian Agencies Sri Lanka; Consultative Group on Early Childhood Care and Development; Department of Human Services, Melbourne; European Federation of Psychologists' Associations; Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO); Hellenic Centre of Mental Health; groupe sectoriel du relèvement rapide du CPI; module de la santé du CPI; module de gestion et de coordination des camps du CPI; Iberoamerican Eco-Bioethics Network for Education, Science and Technology; International Alliance for Child and Adolescent Mental Health and Schools; International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; International Society for Traumatic Stress Studies; *Intervention : the International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*; Mangrove Psychosocial Support and Coordination Unit;

Ministère iranien de la santé; Ministère sri-lankais de la santé; Psychologists for Social Responsibility; Psychosocial Working Group; Regional Psychosocial Support Initiative for Children Affected by AIDS, Poverty and Conflict (REPSSI); Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO); Agency for International Development des États-Unis; Association mondiale de réadaptation psychosociale; Fédération mondiale pour la santé mentale; Fédération mondiale des ergothérapeutes; Association mondiale de psychiatrie.

L'Équipe spéciale tient à remercier l'UNICEF et l'OMS pour avoir assuré la traduction de ces Directives en français ainsi que l'International Rescue Committee pour s'être occupé de leur édition. La version française a été revue et éditée par Vincent Cauche. L'Équipe spéciale tient à remercier le groupe sectoriel de la santé du CPI (IASC Health Cluster), l'UNICEF et le UNHCR pour avoir financé l'impression de ces Directives.

Avant-propos

Le Comité permanent interorganisations (CPI) publie les présentes Directives pour permettre aux acteurs humanitaires de planifier, mettre en place et coordonner un ensemble de mesures multisectorielles minimales de protection et d'amélioration de la santé mentale et du bien-être psychosocial des personnes confrontées à une situation d'urgence.

Les situations d'urgence provoquent fréquemment d'énormes souffrances aux populations affectées. Les acteurs humanitaires s'emploient de plus en plus à maintenir et à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des populations pendant et après les situations de ce type. On a toutefois constaté une grave lacune, à savoir l'absence d'un cadre interorganisations multisectoriel qui permette une bonne coordination, recense les pratiques utiles, signale celles qui peuvent se révéler nuisibles et précise la façon dont différentes approches de la santé mentale et du soutien psychosocial peuvent se compléter.

Ces Directives présentent des conseils essentiels sur l'adoption d'une approche permettant d'aborder de façon intégrée les problèmes de santé mentale et les problèmes psychosociaux qui se posent de la façon la plus pressante dans les situations d'urgence.

Je souhaite remercier les membres de l'Équipe spéciale du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence et plus particulièrement les coprésidentes de l'Équipe spéciale, l'OMS et InterAction, pour être parvenues à un consensus entre les organisations sur les réponses minimales à apporter dans ce domaine important de l'aide humanitaire.

J'invite toutes les personnes associées à l'aide humanitaire à appliquer les présentes Directives.



Kasidis Rochanakorn

Président, Groupe de travail du Comité permanent interorganisations
Directeur, OCHA Genève

Table des matières

Remerciements	iii
Avant-propos	iv
Chapitre 1. Introduction	1
Cadre général	1
Impact des situations d'urgence sur la santé mentale et le bien-être psychosocial	2
Les Directives	6
Mode d'utilisation du présent document	8
Principes de base	10
Foire aux questions	18
Chapitre 2. Matrice des interventions	22
Chapitre 3. Aide-mémoire pour une réponse minimale	34
COORDINATION	
1.1: Assurer la coordination intersectorielle de la santé mentale et du soutien psychosocial	37
EVALUATION DES BESOINS, SUIVI ET ÉVALUATION	
2.1: Procéder à des évaluations des problèmes de santé mentale et des problèmes psychosociaux	42
2.2: Mettre en place des systèmes participatifs de suivi et d'évaluation	51
NORMES EN MATIÈRE DE PROTECTION ET DE DROITS DE L'HOMME	
3.1: Mettre en place un cadre pour assurer le respect des droits de l'homme par le biais de la santé mentale et du soutien psychosocial	56
3.2: Recenser, suivre, prévenir et répondre aux menaces et aux abus en matière de protection par le biais de la protection sociale	62
3.3: Recenser, suivre, prévenir et répondre aux menaces et aux abus en matière de protection par le biais de la protection juridique	71
RESSOURCES HUMAINES	
4.1: Trouver et recruter du personnel et engager des volontaires qui comprennent la culture locale	79

4.2: Faire respecter les codes de déontologie et d'éthique concernant le personnel	84
4.3: Organiser l'initiation et la formation des acteurs humanitaires dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial	89
4.4: Prévenir et traiter les problèmes de santé mentale et de bien-être psychosocial parmi le personnel et les volontaires	96
MOBILISATION ET APPUI AUX COMMUNAUTÉS	
5.1: Créer les conditions pour une mobilisation des communautés, leur appropriation et leur contrôle de l'intervention d'urgence dans tous les secteurs	103
5.2: Promouvoir l'entraide et le soutien social communautaire	111
5.3: Créer des conditions favorables à des pratiques communautaires de conciliation culturelle, spirituelle et religieuse	118
5.4: Favoriser l'appui aux jeunes enfants (0 à 8 ans) et à ceux qui leur apportent des soins	123
SERVICES DE SANTÉ	
6.1: Incorporer des aspects psychologiques et sociaux spécifiques aux soins de santé générale	130
6.2: Assurer l'accès aux soins pour les personnes souffrant de graves troubles mentaux	138
6.3: Protéger et soigner les personnes souffrant de graves troubles mentaux ou d'autres handicaps mentaux ou neurologiques placées en institution	148
6.4: Apprendre à connaître et, le cas échéant, collaborer avec les systèmes de santé locaux, autochtones et traditionnels	153
6.5: Réduire au minimum les méfaits de la consommation d'alcool et d'autres substances	160
ÉDUCATION	
7.1: Renforcer l'accès à une éducation protectrice et attentive aux besoins des élèves	167

DIFFUSION DE L'INFORMATION	
8.1: Fournir à la population affectée des informations sur la situation d'urgence, les secours et ses droits juridiques	177
8.2: Permettre l'accès à l'information sur les méthodes positives d'adaptation	184
SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITION	
9.1: Incorporer des aspects sociaux et psychologiques spécifiques dans le soutien alimentaire et nutritionnel (aide pour tous dans la sécurité et la dignité, attention portée aux pratiques culturelles et aux rôles domestiques)	189
ABRI ET PLANIFICATION DES SITES D'INSTALLATION	
10.1: Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la planification des sites d'installation et la fourniture d'abris (aide guidée par les principes de sécurité et de dignité et tenant compte des facteurs culturels et sociaux)	195
EAU ET ASSAINISSEMENT	
11.1: Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la fourniture de l'eau et des installations d'assainissement (accès pour tous, en toute sécurité et dignité et en accord avec la culture)	201

CHAPITRE 1

Introduction

Cadre général

Les conflits armés et les catastrophes naturelles entraînent de graves souffrances pour les populations affectées sur les plans psychologique et social. Les conséquences psychologiques et sociales de ces situations d'urgence peuvent être dramatiques à court terme, mais elles peuvent aussi porter atteinte à la santé mentale et au bien-être psychosocial de ces populations à long terme. Ces conséquences peuvent constituer une menace pour la paix, les droits de l'homme et le développement. L'un des objectifs prioritaires à fixer dans les situations d'urgence est donc de préserver la santé mentale et le bien-être psychosocial de la population. La réalisation de cet objectif prioritaire requiert une action coordonnée de tous les acteurs humanitaires gouvernementaux et non gouvernementaux.

Toutefois, en l'absence d'un cadre interorganisations multisectoriel à même d'assurer une bonne coordination, une lacune importante a pu exister en ce qui concerne le recensement des pratiques utiles, le signalement de celles potentiellement nuisibles et l'information sur la façon dont différentes approches de la santé mentale et du soutien psychosocial peuvent se compléter. Le présent document vise à combler cette lacune.

Les présentes Directives sont le fruit des connaissances accumulées par des praticiens venus de différentes régions géographiques, de différentes disciplines et de différents secteurs. Elles représentent le consensus qui se dégage peu à peu parmi les professionnels en matière de pratiques recommandées. Elles reposent sur l'idée fondamentale selon laquelle, dans la première phase d'une situation d'urgence, les dispositifs de solidarité sociale sont indispensables à la protection et au soutien de la santé mentale et du bien-être psychosocial. De plus, ces Directives recommandent certaines interventions psychologiques et psychiatriques pour régler des problèmes spécifiques.

Dans le présent document, l'expression composite **santé mentale et soutien psychosocial** sert à décrire tout type de soutien endogène et exogène visant à protéger ou promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental. Les termes de *santé mentale* et de *soutien psychosocial* sont étroitement liés et se recouvrent partiellement, mais, pour un grand nombre d'agents des organismes humanitaires, ils expriment des approches différentes, quoique complémentaires.

Les organismes d'aide ne relevant pas du secteur de la santé parlent généralement de *soutien au bien-être psychosocial*. Les organismes du secteur de la santé parlent généralement de *santé mentale*, mais ils utilisent également depuis

longtemps les expressions *réadaptation psychosociale* et *traitement psychosocial* pour décrire des interventions non biologiques sur des personnes souffrant de troubles mentaux. Les définitions exactes de ces expressions varient selon les organismes d'aide ou au sein d'un même organisme, selon les disciplines et selon les pays. Le présent document étant consacré à des directives interorganisations et intersectorielles, l'expression composite *santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)* sert à rassembler un groupe d'acteurs aussi large que possible et souligne la nécessité de mettre en place les dispositifs de soutien appropriés en se fondant sur une grande diversité d'approches complémentaires.

Les données scientifiques sur les dispositifs de soutien à la santé mentale et de soutien psychosocial qui s'avèreraient les plus efficaces dans les situations d'urgence restent insuffisantes. Les recherches menées dans ce domaine ont été faites des mois ou des années après la fin de la phase d'urgence extrême. À mesure que ce nouveau champ de recherche se développera, le corpus scientifique s'étoffera, de même que l'expérience des praticiens sur le terrain. Il conviendra d'actualiser périodiquement la présente publication afin de tenir compte des résultats des nouvelles recherches.

Impact des situations d'urgence sur la santé mentale et le bien-être psychosocial

Problèmes

Les situations d'urgence créent toute une série de problèmes vécus aux niveaux de l'individu, de la famille, de la communauté et de la société. À chaque niveau, ces situations fragilisent des dispositifs de soutien efficaces en temps normal, augmentent les risques d'apparition de divers problèmes et ont tendance à aggraver les problèmes préexistants de d'injustice et d'inégalité sociales. Ainsi, par exemple, les catastrophes naturelles telles que les inondations frappent généralement de façon disproportionnée les pauvres, qui vivent parfois dans des endroits relativement dangereux.

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

- problèmes sociaux préexistants (antérieurs à la situation d'urgence) (par ex. extrême pauvreté ; appartenance à un groupe discriminé ou marginalisé ; oppression politique);

- problèmes sociaux provoqués par la situation d'urgence (par ex. éclatement de la famille ; désorganisation des réseaux sociaux, destruction des structures, de la confiance et des ressources communautaires ; augmentation de la violence basée sur le genre);
- problèmes sociaux provoqués par l'aide humanitaire (par ex. affaiblissement des structures communautaires ou des mécanismes de soutien traditionnels).

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

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

On voit que, dans les situations d'urgence, les problèmes de santé mentale et les problèmes psychosociaux ne se limitent pas, tant s'en faut, à l'état de stress post-traumatique.

Population courant un risque accru de souffrir de problèmes divers

En situation d'urgence, tout le monde n'a pas ou ne va pas développer de problèmes psychologiques importants. De nombreuses personnes font preuve de résilience, qui est la capacité à faire face relativement bien à l'adversité. De nombreux facteurs sociaux, psychologiques et biologiques en interaction jouent un rôle dans le fait que les personnes affectées développeront des troubles psychologiques ou, au contraire, feront preuve de résilience.

Selon le contexte de la situation d'urgence, certains groupes de population courent un risque accru d'être confrontés à des problèmes sociaux et/ou psychologiques. Un large éventail de soutiens essentiels doivent être mis à la disposition de l'ensemble de la population touchée par une situation d'urgence, mais la programmation se doit de prévoir la mise en place de dispositifs de soutien spécifiques en faveur des groupes de population les plus vulnérables, qui doivent être repérés dans chacune des crises ([voir Aide-mémoire 2.1](#)).

Tous les groupes d'une population sont potentiellement en situation de risque, en fonction de la nature de la crise. On énumère ci-après les groupes de population qui courent un risque accru de souffrir de divers problèmes dans le contexte d'une

situation d'urgence :

- les femmes (par ex. les femmes enceintes, les mères, les mères célibataires, les veuves et, dans certaines cultures, les femmes et les adolescentes non mariées);
- les hommes (par ex. les ex-combattants, ceux qui sont sans travail, ayant perdu le moyen de subvenir aux besoins de leur famille, les jeunes hommes risquant d'être placés en détention, d'être enlevés ou d'être la cible de violence);
- les enfants (depuis les nourrissons jusqu'aux jeunes de moins de 18 ans) : les enfants séparés ou non accompagnés (y compris les orphelins), les enfants recrutés ou utilisés par les forces ou les groupes armés, les enfants victimes de la traite, les enfants qui vivent ou travaillent dans la rue et les enfants sous-alimentés ou insuffisamment stimulés;
- les personnes âgées (en particulier celles qui ont perdu les membres de leur famille qui s'occupaient d'elles);
- les personnes les plus démunies;
- les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants en situation irrégulière (en particulier les femmes et les enfants victimes du trafic humain et n'ayant aucune pièce d'identité);
- les personnes qui ont été confrontées à des événements extrêmement stressants ou ont subi un grave traumatisme (par ex. les personnes qui ont perdu des proches ou tous leurs moyens de subsistance, les personnes ayant survécu au viol ou à la torture, les témoins d'atrocités, etc.);
- les membres de la communauté déjà atteints avant la situation d'urgence d'une grave incapacité physique, neurologique ou mentale;
- les personnes placées dans des établissements spécialisés (orphelins, personnes âgées, personnes atteintes d'une incapacité neurologique ou mentale);
- les personnes stigmatisées par la société (par ex. les intouchables/dalits, les travailleurs du sexe, les personnes souffrant de graves troubles mentaux, les personnes ayant survécu à la violence sexuelle);
- les personnes courant un risque spécifique d'être victimes de violations de leurs droits fondamentaux (par ex. les militants politiques, les membres de minorités ethniques ou linguistiques, les personnes placées en institution ou en détention, les personnes ayant déjà subi des violations de leurs droits fondamentaux).

Il importe de bien comprendre que :

- Il existe une grande diversité de risques, de problèmes et de ressources au sein des groupes mentionnés ci-dessus et entre-eux.
- Les choses peuvent se passer relativement bien pour certains membres d'un groupe à risque.
- Certains groupes (comme les combattants) peuvent à la fois courir un risque accru de souffrir de certains problèmes (toxicomanie, par exemple) et courir un risque moindre de souffrir d'autres problèmes (la faim, par exemple).
- Certains groupes peuvent courir un risque dans une situation d'urgence donnée, tout en jouissant d'une position relativement privilégiée dans une autre.
- Lorsqu'un groupe court un risque, il arrive souvent que d'autres groupes courent également un risque (Projet Sphère, 2004).

Le fait de constater que des personnes 'courent un risque' ne doit pas laisser entendre que ce sont des victimes passives. Les personnes vulnérables ont besoin de soutien, mais elles disposent souvent également de moyens et de réseaux sociaux leur permettant d'aider leur famille et d'avoir une vie sociale, religieuse et politique active.

Ressources

Les groupes affectés disposent de ressources pouvant soutenir la santé mentale et le bien-être psychosocial. La nature et l'importance des ressources disponibles et accessibles peuvent varier selon l'âge, le sexe, le milieu socioculturel et la situation d'urgence. Une erreur courante dans le travail concernant la santé mentale et le bien-être psychosocial consiste à ne pas tenir compte de ces ressources et à se focaliser uniquement sur les déficits – les faiblesses, les souffrances et les maladies – du groupe affecté.

Les personnes affectées disposent également de ressources telles que la capacité à régler des problèmes, à négocier et à gagner leur vie. Les ressources sociales pouvant offrir un soutien sont notamment les familles, les fonctionnaires de l'administration locale, les chefs de communautés, les guérisseurs traditionnels (dans un grand nombre de sociétés), les agents de santé communautaires, les enseignants, les groupes de femmes, les clubs de jeunes et les groupes de planification locale, parmi beaucoup d'autres. Les communautés affectées peuvent disposer de ressources économiques, telles que l'épargne, des terres, des récoltes et des animaux; de ressources éducatives,

telles que des écoles et des enseignants; et des ressources sanitaires, telles que les postes de santé et leur personnels. Au nombre des ressources religieuses et spirituelles importantes, on peut citer les chefs religieux, les guérisseurs locaux, les pratiques de prière et de culte, et les pratiques culturelles telles que les rites funéraires.

Pour planifier une intervention d'urgence, il importe de connaître la nature des ressources locales, de savoir si elles sont utiles ou nuisibles et dans quelle mesure la population affectée peut y accéder. De fait, certaines ressources culturelles peuvent être nuisibles et violer les principes relatifs aux droits de l'homme (voir Aide-mémoire 5.3, 6.3 et 6.4).

Les Directives

Objet des présentes Directives

Le premier objectif de ces Directives est de permettre aux acteurs humanitaires et aux communautés de planifier, mettre en place et coordonner un ensemble d'interventions multisectorielles minimales destinées à préserver et à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des personnes dans un contexte d'urgence. **Ces Directives concernent la réalisation de réponses minimales, à savoir des interventions prioritaires et indispensables à lancer dès que possible dans une situation d'urgence.** Les réponses minimales sont les premières choses à faire; ce sont les premières mesures essentielles qui préparent le terrain pour des actions de plus grande ampleur qui pourront s'avérer nécessaires (y compris dans la phase de stabilisation et les débuts de la reconstruction).

En complément de l'accent mis sur la réponse minimale, les Directives énumèrent également des stratégies concrètes concernant la santé mentale et le soutien psychosocial à envisager pour l'essentiel avant et après la phase d'urgence aiguë. Ces mesures à prendre 'avant' (préparation à l'urgence) et 'après' (réponse globale) établissent le contexte d'une réponse minimale et soulignent que cette dernière n'est que le point de départ de dispositifs de soutien d'une portée plus générale (voir Chapitre 2).

Ces Directives ont été établies pour les pays à bas ou moyen revenu (qui sont en général ceux dans lesquels les organismes membres du Comité permanent interorganisations (CPI) interviennent). Cependant, le cadre général et un grand nombre des recommandations des Directives s'appliquent également aux situations d'urgence de grande ampleur frappant des pays à revenu élevé.

Public cible

Ces Directives s'adressent à tous les acteurs humanitaires, y compris les organisations communautaires, les organismes publics, les agences des Nations Unies, les organisations non gouvernementales (ONG) et les bailleurs de fonds opérant dans le cadre de situations d'urgence aux niveaux local, national et international.

Les Directives ne sont pas destinées à des organisations ou des projets particuliers. **La réalisation de ces Directives requiert une collaboration étroite des différents acteurs humanitaires : aucune communauté ni aucune organisation n'est censée avoir la capacité de mettre en œuvre seule toutes les réponses minimales nécessaires pendant une situation d'urgence.** Ces Directives doivent être accessibles à tous les acteurs humanitaires, à charge pour eux de mettre sur pied de façon concertée les dispositifs de soutien nécessaires. Il est particulièrement important d'associer à chaque étape du processus les communautés et les autorités locales, dont la participation active est indispensable pour une bonne coordination des actions, au renforcement des capacités locales et à la durabilité des interventions. Pour maximiser la participation des agents locaux, ces Directives devront être traduites dans la ou les langue(s) locale(s).

Ces Directives ne s'adressent pas uniquement aux spécialistes de la santé mentale et du soutien psychosocial. Elles se rapportent pour une bonne part aux dispositifs de soutien social relevant des domaines fondamentaux de l'action humanitaire, tels que la gestion des catastrophes, les Droits de l'homme, la protection, la santé générale, l'éducation, l'eau et l'assainissement, la sécurité alimentaire et la nutrition, le logement, la gestion des camps, le développement communautaire et la communication de masse. Les professionnels de la santé mentale travaillent rarement dans ces domaines, mais ils sont invités à utiliser le présent document pour plaider, avec les communautés et leurs collègues d'autres disciplines, en faveur de la prise de mesures visant à remédier aux facteurs de risque social qui affectent la santé mentale et le bien-être psychosocial. Cela étant, les formes cliniques et spécialisées de soutien psychologique ou psychiatrique dont il est question ici ne doivent être mises en œuvre que sous la direction de professionnels de la santé mentale.

Vue d'ensemble des Directives

La structure des présentes Directives du CPI reprend celle de deux précédents documents du CPI : les *Directives concernant les interventions contre le VIH/sida dans les situations d'urgence* (CPI, 2003) et les *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire* (CPI,

2005). Ces trois documents du CPI comprennent une matrice, qui détaillent les interventions des différents acteurs impliqués dans les différentes phases des situations d'urgence, ainsi qu'une série d'aide-mémoire qui expliquent comment mettre en œuvre les éléments de réponse minimale indiqués dans la colonne centrale (réponse minimale) de la matrice. Les présentes Directives contiennent 25 aide-mémoire de ce type (voir [Chapitre 3](#)).

La matrice ([présentée au Chapitre 2](#)) donne un aperçu des principales interventions et des principaux dispositifs de soutien recommandés pour la protection et l'amélioration de la santé mentale et du bien-être psychosocial. Les trois colonnes de la matrice présentent :

- les mesures de préparation à l'urgence à prendre avant l'urgence elle-même ;
- la réponse minimale à mettre en œuvre pendant la phase d'urgence aiguë ;
- la réponse globale à mettre en œuvre après les réponses minimales. Cette réponse globale intervient généralement lors des phases de stabilisation de l'urgence et du début de la reconstruction.

Les aide-mémoire rappellent l'importance d'actions multisectorielles coordonnées. Chaque aide-mémoire inclut donc des (hyper-)liens, indiqués en bleu, renvoyant aux aide-mémoire correspondant à d'autres domaines/secteurs.

Chaque aide-mémoire est ainsi structuré : objet/contexte; description des interventions principales; exemples d'indicateurs de méthode; un exemple de pratique recommandée fourni par des situations d'urgence antérieures; et une liste de documents où trouver des renseignements supplémentaires. La quasi-totalité de ces matériels documentaires est disponible sur l'Internet et sont également gravés sur le cédérom d'accompagnement.

Mode d'utilisation du présent document

La lecture intégrale de ce document peut ne pas être possible durant une situation d'urgence. Il peut être lu de façon sélective par un lecteur qui se concentrera sur les éléments qui correspondront le mieux à ses responsabilités ou capacités. **Il est donc conseillé de commencer la lecture par la matrice, en se focalisant sur la colonne centrale (réponse minimale), de chercher les éléments les plus utiles et de se reporter ensuite directement aux aide-mémoire correspondants. Il est important de rappeler**

qu'aucune organisation prise isolément n'est censée mettre en œuvre tous les aspects des Directives.

Ces Directives visent à renforcer l'intervention humanitaire dans les situations d'urgence par tous les acteurs concernés, depuis la préparation en amont des situations d'urgence en passant par la phase de planification, la mise en œuvre puis l'évaluation des programmes d'intervention. Elles sont particulièrement utiles pour renforcer les mécanismes de coordination et le plaidoyer.

Coordination

Dans les situations d'urgence, la coordination de l'aide est l'une des tâches les plus importantes et les plus ingrates. Le présent document donne des indications détaillées sur la coordination ([voir Aide-mémoire 1.1](#)) et est un outil de coordination utile à deux autres égards. Il préconise tout d'abord la mise sur pied d'un groupe unique chargé de coiffer la coordination de la santé mentale et du soutien psychosocial dès le début de la mise en place d'une intervention d'urgence. La raison en est que les dispositifs de soutien de la santé mentale et les dispositifs de soutien psychosocial, qu'ils relèvent ou non du secteur de la santé, se complètent et se renforcent mutuellement (même s'ils ont été jusqu'ici généralement organisés séparément par les agents des secteurs de la santé et de la protection). Chacun des deux types de dispositifs étant indispensable à l'autre, il s'impose de coordonner les deux. En l'absence d'un groupe de coordination ou s'il existe des groupes de coordination distincts pour la santé mentale et le soutien psychosocial, on peut se prévaloir de ces Directives pour plaider en faveur de la création d'un groupe de coordination unique.

Ensuite, les Directives – et en particulier la matrice – fournissent des points de référence qui permettent de déterminer dans quelle mesure les réponses minimales sont mises en œuvre dans une communauté donnée. Tout élément figurant dans la matrice qui n'est pas mis en œuvre peut indiquer une lacune qui doit être comblée. À cet égard, la matrice est un bon guide pour le groupe de coordination.

Action de sensibilisation en faveur de dispositifs de soutien améliorés

Comme outil de sensibilisation, les Directives sont utiles en ce qu'elles font prendre conscience de la nécessité de différents types d'intervention. Expression du consensus inter-organisations et des vues d'un grand nombre de professionnels du monde entier, ces Directives ont l'appui de nombreuses organisations et acteurs humanitaires. Aussi constituent-elles un utile instrument de sensibilisation afin de combler les lacunes et de promouvoir des réponses spécifiques – réponses minimales, prioritaires – au moment

même où la situation d'urgence se produit. Par exemple, dans un contexte de crise où des programmes sectoriels non participatifs seraient mis en place, on pourrait se prévaloir des Directives pour expliquer aux différentes parties prenantes, en quoi une approche plus participative serait bénéfique. De même, si de très jeunes enfants courent un risque et ne reçoivent aucun soutien, l'Aide-mémoire 5.4 pourrait servir à préconiser la mise en place de dispositifs appropriés de soutien au développement des jeunes enfants.

Collaborer entre partenaires pour élaborer des dispositifs de soutien à la santé mentale et de soutien psychosocial est un aspect important de l'action de sensibilisation. Le dialogue avec les partenaires, qu'il s'agisse des personnels des ONG, des organismes publics ou des agences des Nations Unies, peut aider à les guider vers des pratiques du type de celles exposées dans le présent document. Ces Directives peuvent également appuyer l'action de sensibilisation par d'autres moyens. Par exemple, l'insertion d'une colonne "réponse globale" dans la matrice facilite l'action de sensibilisation en faveur de la planification à long terme (s'agissant, par exemple, de l'implantation de services de santé mentale dans le système sanitaire du pays considéré).

Toutefois, ces Directives ne doivent pas être utilisées comme s'il s'agissait d'un livre de recettes cuisine. Bien que la matrice propose des actions qui doivent constituer des réponses minimales dans un grand nombre de situations d'urgence, il importe de procéder à une analyse de la situation locale, de recenser les besoins les plus pressants, de préciser les actions prioritaires et de mener une intervention socialement et culturellement appropriée.

Les Directives ne fournissent pas d'indications détaillées pour leur application, mais énumèrent les interventions principales accompagnées d'explications succinctes et de renvois à du matériel documentaire complémentaire pour leur mise en œuvre.

Principes de base

1. Droits de l'homme et équité

Les acteurs humanitaires doivent promouvoir les droits fondamentaux de toutes les personnes affectées et protéger les individus et les groupes qui courent un très grand risque de violation de leurs droits. Ils doivent également promouvoir l'équité et la non-discrimination. En d'autres termes, ils doivent s'employer à *maximiser l'impartialité* en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité de dispositifs

de soutien à la santé mentale et de soutien psychosocial au sein des populations affectées, quels que soient le sexe, le groupe d'âge, l'appartenance linguistique ou ethnique et le lieu de résidence des intéressés, en fonction des besoins recensés.

2. Participation

L'action humanitaire devrait maximiser la participation des populations locales affectées à l'intervention humanitaire. Dans la plupart des situations d'urgence, un pourcentage non négligeable de la population est assez résilient pour être en mesure de participer aux efforts déployés dans la phase d'urgence et de reconstruction. Bon nombre de dispositifs de soutien à la santé mentale et de soutien psychosocial sont le fait des communautés affectées elles-mêmes, non d'organismes extérieurs. Les communautés affectées sont à la fois les populations déplacées et les populations d'accueil et se composent généralement de groupes multiples qui peuvent entrer en concurrence. La participation devrait permettre aux différents groupes de la population locale de garder ou de reprendre le contrôle des décisions qui les concernent et de se sentir parties prenantes aux interventions, ce qui est important pour l'impact et à la durabilité des programmes. Dès les toutes premières phases d'une situation d'urgence, il faudrait impliquer dans la plus grande mesure possible la population locale à l'évaluation des besoins, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation finale de l'assistance.

3. Ne pas nuire

L'aide humanitaire est un important moyen de secourir les personnes touchées par des situations d'urgence, mais l'aide peut aussi s'avérer involontairement nuisible (Anderson, 1999). L'activité de soutien à la santé mentale et de soutien psychosocial peut éventuellement causer un préjudice car elle s'occupe de questions très délicates. De plus, on ne dispose pas pour cette activité de données scientifiques à l'instar de celles qui existent pour d'autres disciplines. Les acteurs humanitaires peuvent diminuer le risque de préjudice de différentes façons, notamment :

- en participant à des groupes de coordination afin d'apprendre d'autrui et de réduire au minimum les répétitions et les lacunes au niveau de l'intervention;
- en mettant au point des interventions qui s'appuient sur une information suffisante (voir Aide-mémoire 2.1);
- en acceptant d'être évalué et de faire l'objet d'un contrôle rigoureux et d'une évaluation externe;

- en développant une sensibilité aux aspects culturels et une compétence dans le domaine dans lequel ils interviennent ou travaillent ;
- en se tenant informés sur les pratiques efficaces ;
- en étudiant et en approfondissant les questions concernant les droits de l'homme universels, les rapports de pouvoir entre les intervenants extérieurs et la population affectée par les situations d'urgence et l'utilité des approches participatives.

4. Construire avec les ressources et les capacités disponibles

Ainsi qu'il est décrit ci-dessus, tous les groupes affectés détiennent des ressources en mesure de soutenir la santé mentale et le bien-être psychosocial. Un des principes-clés –même au tout début d'une urgence- est d'établir des capacités locales, de soutenir les capacités d'entraide et de renforcer les ressources existantes. Des programmes conçus et pilotés de l'extérieur mènent souvent à une action en SMSPS inappropriée et ne peuvent pas s'inscrire dans la durée. Là où c'est possible, il est important de construire de façon simultanée les capacités du gouvernement et de la société civile. A chaque niveau de la pyramide (voir Figure 1), une des tâches principales est d'identifier, de mobiliser et de renforcer les compétences et les capacités des individus, des familles, des communautés et de la société.

5. Systèmes de soutien intégrés

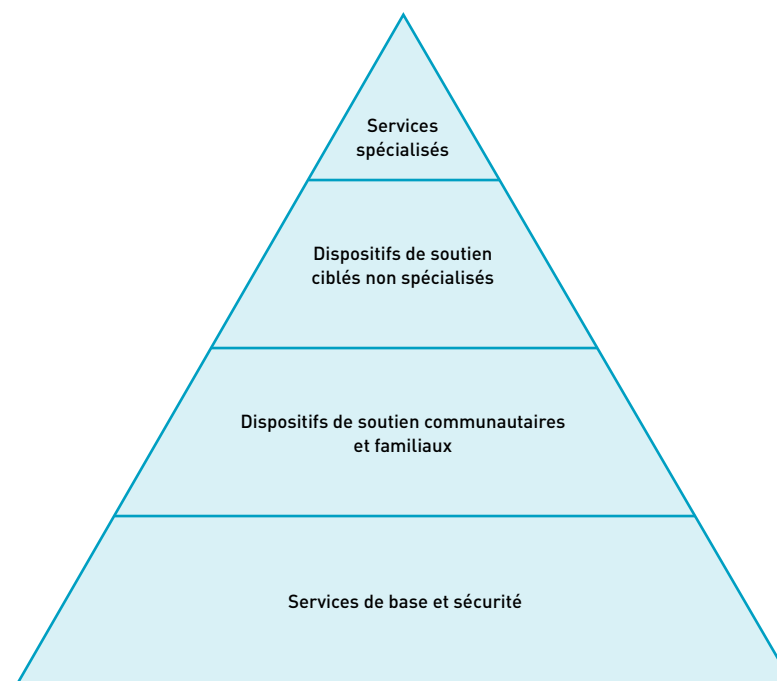
Il convient de pousser aussi loin que possible l'intégration des activités et des programmes. La prolifération de services indépendants, tels que ceux qui ne traitent que les victimes de viol ou les personnes pour lesquelles un trouble spécifique a été diagnostiqué, tel que l'état de stress post-traumatique, peut créer un système de soins très fragmenté. En revanche, des activités qui sont intégrées à des systèmes plus vastes (comme, par exemple, les mécanismes de soutien communautaires, les systèmes d'enseignement formel ou non formel, les services de santé générale, les services de santé mentale générale et les services sociaux) tendent à bénéficier à un plus grand nombre de personnes, sont souvent plus durables et sont généralement moins stigmatisantes pour les intéressés.

6. Dispositifs de soutien polymorphe

Dans les situations d'urgence, les personnes sont affectées de différentes manières et nécessitent différents dispositifs de soutien. Une des clés pour l'organisation du

soutien psychosocial et en santé mentale, est de mettre en place un système à étage de dispositifs de soutien complémentaires qui répondent aux besoins des différents groupes. Ce système peut être représenté par une pyramide des interventions (voir Figure 1). Tous les étages de la pyramide sont importants et devraient en principe être mis en œuvre simultanément.

Figure 1. Pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Pour une explication des étages, se reporter au texte ci-dessous.



i. Services de base et sécurité. Le bien-être de tous devrait être sauvegardé par l'établissement ou le rétablissement de la sécurité, par une bonne gouvernance et des services permettant de faire face aux besoins physiologiques et matériels de base (alimentation, logement, eau, soins de santé de base, contrôle des maladies transmissibles). Dans la plupart des crises humanitaires, des spécialistes dans les domaines de la nutrition, de la santé et du logement fourniront les services de base. Une réponse SMSPS aux besoins de services de base et de sécurité pourra inclure :

sensibiliser sur le fait que ces services soient mis en place par des acteurs responsables ; diffuser des informations sur l'impact de ces services sur la santé mentale et le bien-être de la population ; influencer les acteurs humanitaires afin que ces services soient rendus de façon à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial. Ces services de base doivent être mis en place d'une façon participative, sûre et socialement appropriée qui respecte la dignité de la population locale, renforce les dispositifs de soutien social locaux et mobilise les réseaux communautaires (voir Aide-mémoire 5.1).

ii. Dispositifs de soutien communautaires et familiaux. À l'étage suivant, un groupe moins important de personnes pourra préserver son bien-être psychosocial si, en plus de vivre dans un environnement sûr, elles ont accès à des dispositifs de soutien communautaires et familiaux. La plupart des situations d'urgence entraînent des bouleversements dans les familles et les réseaux communautaires en raison de décès, de déplacements, de séparations familiales ou des peurs et de la méfiance au sein des communautés. En outre, même lorsque les familles et les réseaux communautaires sont restés intacts, la population bénéficiera néanmoins lors d'une urgence de l'aide avec un accès plus large à des dispositifs de soutien communautaires et familiaux. Des réponses utiles à ce niveau d'intervention incluent la recherche et la réunification des familles, des cérémonies collectives de deuil, des cérémonies communautaires de conciliation, la diffusion d'informations sur les méthodes positives d'adaptation, des programmes consacrés au rôle des parents, un accès renforcé à une éducation non formelle et formelle protectrice et adaptée, la création d'emplois et la mobilisation de dispositifs de soutien social communautaires, tels que les groupes de femmes.

iii. Dispositifs de soutien ciblés non spécialisés. À l'étage suivant, un groupe encore plus réduit de personnes auront en outre besoin d'interventions davantage centrées sur l'individu, la famille ou le groupe mises en œuvre par des personnes qualifiées et supervisées (sans qu'elles aient nécessairement bénéficiées d'une formation de plusieurs années en matière de soins spécialisés). Les victimes de violence basée sur le genre pourront, par exemple, avoir besoin de la part des travailleurs communautaires d'un soutien à la fois moral et matériel pour assurer leur subsistance. Cet étage comprend également les premiers secours psychologiques et les soins de santé mentale de base administrés par des agents de santé primaires.

iv. Services spécialisés. 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. Cette assistance devrait comporter un soutien psychologique ou psychiatrique pour les personnes souffrant de graves troubles mentaux lorsque les services existants de soins de santé primaire ou générale ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins. Ces problèmes exigent soit (a) une orientation vers des services spécialisés, s'ils existent ou (b) la mise en place d'une formation de longue durée et d'une supervision des agents de soins de santé primaires ou de santé générale. Les services spécialisés ne s'imposent que pour un faible pourcentage de la population, mais dans la plupart des situations d'urgence de grande ampleur, ce groupe représente des milliers de personnes.

La singularité de chaque situation d'urgence et la diversité des cultures et des contextes socio-historiques rendent difficile de prescrire des pratiques universellement recommandables. Néanmoins, il ressort de l'expérience d'un grand nombre de situations d'urgence différentes que certaines interventions sont judicieuses tandis que d'autres doivent généralement être évitées. On les retrouve ci-après sous les rubriques « à faire » et « à ne pas faire », respectivement.

À Faire	À ne pas faire
Créer un groupe de coordination coiffant le soutien à la santé mentale et le soutien psychosocial.	Ne pas créer de groupes distincts pour la santé mentale et le soutien psychosocial qui ne se concertent pas ou ne coordonnent pas leur action.
Favoriser une intervention coordonnée, en participant à des réunions de coordination et en ajoutant de la valeur en complétant le travail des autres intervenants.	Ne pas travailler de façon isolée ou sans se demander comment son activité est en adéquation avec les autres intervenants.
Recueillir et analyser les informations pour déterminer si une intervention est nécessaire et, dans l'affirmative, le type d'intervention à lancer.	Ne pas répéter inutilement des évaluations de besoins et ne pas accepter de données préliminaires sans les vérifier.
Adapter les outils d'évaluation au contexte local.	Ne pas utiliser d'outils d'évaluation dont le bien-fondé n'a pas été prouvé dans le contexte local de la situation d'urgence.

À Faire	À ne pas faire
Prendre conscience du fait que les personnes réagissent différemment à une situation d'urgence. Celles qui sont capables d'adaptation peuvent fonctionner normalement, tandis que d'autres peuvent être gravement affectées par la situation et avoir besoin d'un soutien spécialisé.	Ne pas présumer que toutes les personnes confrontées à une situation d'urgence sont traumatisées ni que les personnes résilientes n'ont pas besoin de soutien.
Poser des questions dans la ou les langue(s) locale(s) et d'une façon réconfortante et confidentielle.	Ne pas répéter des évaluations de besoins ni poser de questions particulièrement éprouvantes sans apporter un soutien au titre du suivi.
Tenir compte des différences entre les sexes.	Ne pas présumer que les situations d'urgence affectent les hommes et les femmes (ou les garçons et les filles) exactement de la même façon ou que les programmes conçus pour des hommes seront aussi utiles ou accessibles pour les femmes.
Vérifier les références fournies par le personnel ou les bénévoles au moment du recrutement et renforcer les capacités des personnes engagées au sein de la communauté locale et/ou affectée.	Ne pas recourir à des pratiques de recrutement qui fragilisent gravement les structures locales existantes.
Superviser et suivre les personnes ayant reçu une formation à la santé mentale et au soutien psychosocial afin de s'assurer de la bonne marche des interventions.	Ne pas avoir recours à des stages de formation ponctuels et indépendants ou à des stages très courts sans suivi s'il s'agit de préparer des personnes à prendre en charge des interventions psychologiques complexes.
Favoriser l'élaboration de programmes auxquels les communautés soient parties prenantes et qui soient gérés et dirigés par elles.	Ne pas appliquer un modèle caritatif qui considère les membres de la communauté locale essentiellement comme des bénéficiaires de services.
Renforcer les capacités locales, appuyer les efforts propres aux communautés concernées et consolider les ressources déjà présentes parmi les groupes affectés.	Ne pas mettre en place de dispositifs de soutien qui fragilisent ou contournent les responsabilités et les capacités locales.
Se familiariser avec les pratiques culturelles locales et, le cas échéant, les utiliser dans le cadre de l'appui à apporter à la population locale.	Ne pas présumer que toutes les pratiques culturelles locales soient utiles ou que l'ensemble de la population locale soit favorable à telle ou telle pratique.
Mettre en œuvre des méthodes extérieures à la culture considérée si cela est approprié.	Ne pas présumer que les méthodes venues de l'étranger sont nécessairement meilleures. Ne pas les imposer à la population locale d'une façon propre à marginaliser les pratiques et convictions pouvant offrir un soutien.

À Faire	À ne pas faire
Renforcer les capacités gouvernementales et intégrer les soins de santé mentale à fournir aux victimes des situations d'urgence aux services de santé générale et, s'ils existent, aux services de santé mentale communautaires.	Ne pas créer de services de santé mentale parallèles pour des groupes de population spécifiques.
Organiser l'accès à un éventail de dispositifs de soutien, y compris les premiers secours psychologiques, pour les personnes souffrant de détresse aiguë après avoir été exposées à un stress extrême.	Ne pas prévoir de séance unique de debriefing psychologique, à titre d'intervention précoce, pour des personnes ayant été exposées à un conflit ou à une catastrophe naturelle.
Former les agents de soins de santé générale aux bonnes pratiques en matière de prescription et au soutien psychologique de base et les superviser.	Ne pas fournir de médicaments psychotropes ou de soutien psychologique sans formation et supervision.
Ne prescrire que les médicaments génériques figurant sur la liste des médicaments essentiels du pays.	Ne pas utiliser de médicaments de marque nouveaux dans les contextes où ils ne sont pas d'usage courant.
Mettre en place des systèmes efficaces de référencement et de soutien pour les personnes gravement touchées.	Ne pas organiser de dépistage des troubles mentaux sans que soient en place des services appropriés et accessibles pouvant traiter les personnes pour lesquelles un diagnostic aura été posé.
Prévoir des solutions adaptées au contexte local pour les personnes risquant d'être placées en institution.	Ne pas placer les gens en institution (à moins que cela ne soit indiscutablement la solution temporaire de dernier recours en matière de soins et de protection).
Utiliser les spécialistes de la communication de l'organisation pour promouvoir la communication bidirectionnelle avec la population affectée et avec le monde extérieur.	Ne pas utiliser les spécialistes de la communication pour communiquer uniquement avec le monde extérieur.
Utiliser des moyens tels que les médias pour fournir des informations exactes qui réduisent le stress et permettent à la population d'avoir accès aux services humanitaires.	Ne pas créer ou montrer dans les médias des images qui dramatisent les souffrances de la population ou lui fassent courir des risques.
S'employer à intégrer les aspects psychosociaux à tous les secteurs de l'aide humanitaire en tant que registre pertinent de cette aide.	Ne pas se concentrer uniquement sur les activités cliniques en l'absence d'intervention multisectorielle.

Foire aux questions

1. Qu'entend-on par *santé mentale et soutien psychosocial* ?

L'expression *santé mentale et soutien psychosocial* est un terme composite utilisé dans les présentes Directives pour décrire tout type de soutien local ou extérieur qui vise à protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial *et/ou* prévenir ou traiter un trouble mental.

2. Pourquoi les Directives utilisent-elles les termes *santé mentale et soutien psychosocial*, qui se recouvrent partiellement ?

Pour un grand nombre d'acteurs humanitaires, ces deux termes étroitement liés correspondent à des approches différentes, quoique complémentaires. Les organismes ne relevant pas du secteur de la santé parlent généralement de *soutien au bien-être psychosocial*. Les personnes travaillant dans le secteur de la santé parlent généralement de *santé mentale*, mais elles utilisent également depuis longtemps les expressions *réadaptation psychosociale* et *traitement psychosocial* pour décrire des interventions non biologiques sur des personnes souffrant de troubles mentaux. Les définitions exactes de ces expressions varient selon les organismes d'aide ou au sein d'un même organisme, selon les disciplines et selon les pays.

3. Les Directives ne s'adressent-elles qu'aux professionnels de la santé mentale ?

Non. Les Directives donnent des indications sur la façon dont un large éventail d'acteurs opérant dans divers secteurs peuvent protéger et améliorer le bien-être psychosocial. Toutefois, elles contiennent des aide-mémoire portant sur des interventions cliniques qui ne doivent être mises en œuvre que sous la direction de professionnels de la santé mentale.

4. Pourquoi ces Directives couvrent-elles des secteurs qui ne relèvent pas habituellement des centres d'intérêt ou de la compétence des professionnels de la santé mentale ?

Selon un consensus interorganisations de plus en plus large, les questions psychosociales concernent tous les secteurs de l'action humanitaire, car la manière dont l'aide est mise en place (par exemple en se souciant ou non de la dignité de la population) affecte le bien-être psychosocial. On peut établir un parallèle avec l'action multisectorielle de maîtrise de la mortalité. Les taux de mortalité sont influencés non seulement par les campagnes de vaccination et les soins médicaux, mais aussi par des interventions dans les secteurs de l'eau et de l'assainissement, de

la nutrition, de la sécurité alimentaire et du logement. De même, le bien-être psychosocial se ressent du surpeuplement des abris et du risque de violence sexuelle auquel les installations d'assainissement exposent les femmes.

5. Les Directives sont focalisées sur les interventions minimales pendant une situation d'urgence, mais qu'entend-on par *situation d'urgence* et par *réponse minimale* ?

Les documents annuels relatifs aux procédures d'appel global du CPI (www.reliefweb.int) donnent des exemples utiles de situations que le Comité considère comme des *situations d'urgence*. Il s'agit des situations survenant à la suite de conflits armés et de catastrophes naturelles (y compris les crises alimentaires), dans lesquelles une grande partie de la population court un risque *grave* de perdre la vie, d'être exposée à de grandes souffrances et de perdre sa dignité.

Les *réponses minimales* sont les interventions prioritaires essentielles à mettre en œuvre aussitôt que possible dans une situation d'urgence. Les réponses globales ne doivent être lancées que lorsque l'on s'est assuré que la population bénéficie au moins de la réponse minimale.

6. Ces Directives couvrent un champ d'intervention très/trop vaste. Comment un acteur humanitaire quel qu'il soit (organisme, communauté) peut-il tout faire ? Tous les aide-mémoire doivent-ils être appliqués à chaque situation d'urgence ?

Aucune communauté ni aucun organisme pris isolément n'est censé avoir la capacité de mettre en œuvre toutes les interventions minimales nécessaires pendant une situation d'urgence. Ces Directives ne s'adressent pas à un organisation ou un projet en particulier. Comme il s'agit de directives *interorganisations*, la mise en œuvre de leurs différentes composantes suppose une action coordonnée de la part des différents acteurs. De plus, les actions décrites comme des *réponses minimales* dans les Directives seront probablement les réponses minimales à apporter dans la plupart des situations d'urgence, mais pas dans toutes. Il est indispensable de procéder à une analyse de la situation locale pour déterminer les actions spécifiques à mener en priorité dans le contexte local et à des moments différents.

7. Pourquoi n'y a-t-il pas de calendrier de mise en œuvre des interventions ?

Les prolongements humanitaires de certaines catastrophes (tremblements de terre et cyclones, par exemple) sont prévisibles dans une certaine mesure, mais un grand nombre de situations d'urgence, telles que celles qui découlent d'un conflit armé, sont imprévisibles et ne permettent pas d'établir un calendrier linéaire. Par ailleurs, la plupart des situations d'urgence complexes se prolongent pendant des années.

8. Quel rôle les personnes, les groupes ou les communautés affectés par une situation d'urgence peuvent-ils jouer dans l'application de ces Directives ?

Bien que ce document soit rédigé par des organisations humanitaires dans le vocabulaire propre au secteur de l'aide humanitaire, il convient d'associer dans toute la mesure possible les populations touchées à la conception et à la mise en œuvre de toutes les activités d'assistance : elles doivent jouer un rôle de chef de file pour autant que cela soit possible (voir Aide-mémoire 5.1 et 5.2). C'est la raison pour laquelle les Directives doivent être traduites dans les langues locales pertinentes.

9. Pourquoi les Directives ne ciblent-elles pas le stress traumatique et l'état de stress post-traumatique (ESPT) ?

Les types de problèmes sociaux et psychologiques auxquels les individus peuvent être confrontés pendant une situation d'urgence sont extrêmement divers (voir la section du Chapitre 1 consacré aux 'Problèmes'). À se focaliser sur le stress traumatique, on risquerait de faire l'impasse sur beaucoup d'autres problèmes de santé mentale et psychosociaux importants. Les organisations et les spécialistes présentent un large éventail d'opinions sur les aspects positifs et négatifs d'une approche ciblant le stress traumatique. Les Directives proposent une démarche équilibrée en recommandant les réponses minimales à mettre en œuvre dans le contexte des situations d'urgence. Ces Directives prévoient (a) des premiers secours psychologiques aux personnes souffrant de détresse provoquée par un traumatisme, dispensés par différents travailleurs communautaires (voir Aide-mémoire 4.3, 4.4, 5.2 et 6.1) et (b) des soins aux personnes atteintes de graves troubles mentaux, y compris les formes graves de l'état de stress post-traumatique, par un personnel de santé formé et supervisé (voir Aide-mémoire 6.2).

10. Le présent document vise-t-il à créer des normes ? Quel lien existe-t-il entre ces Directives et le Manuel Sphère ?

Ce document énonce des *directives* concernant des réponses minimales, mais ne crée pas de *normes* d'intervention minimale. Il n'en est pas moins conforme aux normes du Projet Sphère (2004). L'application des Directives contribuera sans doute à mettre en pratique les normes Sphère pertinentes, à commencer par celle sur les aspects mentaux et sociaux de la santé.

11. Quel est le lien entre ces Directives intersectorielles du CPI et son approche sectorielle ?

L'approche sectorielle du CPI est un nouveau mécanisme du CPI visant à améliorer la coordination et la performance d'ensemble des secteurs. Lorsqu'une situation d'urgence l'impose, des groupes sectoriels (« Clusters ») sont créés pour combler les lacunes de l'aide (voir <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/Cluster>). Les groupes sectoriels du CPI ci-après présentent une utilité pratique pour les présentes Directives concernant la santé mentale et le soutien psychosocial : coordination des camps et gestion des camps ; relèvement rapide; éducation ; abri d'urgence ; santé ; nutrition ; protection et eau, hygiène et assainissement.

Pendant une situation d'urgence, chaque groupe sectoriel doit se charger de mettre en œuvre les interventions prévues dans les présentes Directives qui correspondent à son domaine de compétence. De plus, dans une situation d'urgence de grande ampleur quelle qu'elle soit, il convient de créer un groupe de coordination interorganisations intersectoriel unique sur la santé mentale et le soutien psychosocial, qui doit veiller au respect des directives énoncées dans le présent document (voir Aide-mémoire 1.1 sur la coordination).

12. Qu'est-ce que le CPI ?

Créé par l'Assemblée générale des Nations Unies, le Comité permanent interorganisations (CPI) est une instance interorganisations de coordination, de formulation de politiques et de prise de décisions par les chefs de secrétariat ou directeurs des principales organisations humanitaires (organismes des Nations Unies, sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et groupements d'organisations non gouvernementales s'occupant d'aide humanitaire). Voir : <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/about/default.asp>.

Bibliographie

1. Anderson, M. (1999). *Do No Harm: How aid can support peace – or war*. Boulder, CO: Lynne Rienner.
2. IASC (2003). *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*. Genève: IASC. <http://www.who.int/3by5/publications/en/directivesvihfinalesfr.pdf>
3. IASC (2005). *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Genève: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20French.pdf>
4. Le Projet Sphère. (2004). *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*. Genève : Le Projet Sphère. <http://www.sphereproject.org/french/handbook/index.htm>

Matrice des interventions

CHAPITRE 2

Le présent chapitre fournit une matrice (présentée dans les pages suivantes et également disponible sous forme d’affiche) des directives concernant les principales actions de protection et de promotion de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les situations d’urgence. Cette matrice comporte 11 lignes qui décrivent les différentes fonctions et domaines de l’action humanitaire. À des fins de cohérence et de lisibilité, les lignes de la matrice sont groupées en fonctions intersectorielles, domaines de la santé mentale et du soutien psychosocial de base et aspects sociaux à prendre en considération dans des secteurs spécifiques. En outre, la matrice contient trois colonnes qui expliquent le type d’intervention :

1. Préparation aux situations d’urgence

La colonne de gauche de la matrice résume les principales actions recommandées au titre de la préparation aux situations d’urgence. La mise en œuvre de ces actions devrait permettre de lancer rapidement les réponses minimales nécessaires.

2. Réponse minimale

Les interventions à lancer pendant les situations d’urgence sont décrites dans la colonne centrale de la matrice. Les réponses minimales sont les interventions prioritaires à mettre en œuvre aussitôt que possible dans un contexte d’urgence. Elles peuvent être considérées comme fournissant les dispositifs *minimaux* de soutien auxquels les populations affectées ont droit. Chaque action énumérée dans cette colonne centrale fait l’objet d’un aide-mémoire figurant au Chapitre 3, et dans lequel sont décrites de façon détaillée les actions qui constituent la réponse minimale dans un grand nombre de situations d’urgence.

3. Réponse globale

La colonne de droite de la matrice présente une récapitulation des principales interventions recommandées formant une réponse globale. Ces interventions ne doivent être envisagées qu’après s’être assuré que la majorité des communautés prennent part à l’intervention minimale définie localement ou en bénéficient. Ces interventions sont le plus souvent mises en œuvre pendant la phase de stabilisation ou celle de reconstruction rapide postérieure à une situation d’urgence.

**Directives concernant la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS)
dans les situations d'urgence : matrice des interventions**

Fonction ou domaine	Préparation aux situations d'urgence
A. Fonctions communes à tous les domaines	
1 Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser les organisations et les experts qualifiés • Élaborer les politiques et plans nationaux des organisations et interorganisations d'intervention d'urgence en matière de SMSPS • Déterminer les mécanismes, rôles et responsabilités en matière de coordination aux niveaux local, régional, national et international • Désigner les coordonnateurs SMSPS pour les situations d'urgence dans chaque région • Collecter des fonds pour la SMSPS, y compris pour sa coordination • Intégrer la SMSPS à tous les plans sectoriels de préparation aux situations d'urgence • Plaider pour la SMSPS dans toutes les phases de l'action humanitaire
2 Evaluation des besoins, suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités d'évaluation des besoins, de suivi et d'évaluation en matière de SMSPS • Évaluer et compléter les informations existantes sur les capacités des communautés et les risques/menaces auxquels elles sont exposées • Évaluer la capacité des organisations en matière d'intervention SMSPS en urgence • Élaborer des plans et instruments interorganisations adaptés à la culture locale d'évaluation rapide des situations d'urgence • Rassembler et diffuser les données et instruments d'évaluation • Élaborer ou adapter des stratégies, des indicateurs et des instruments de suivi et d'évaluation • Passer en revue les interventions SMSPS antérieures et recenser les pratiques recommandées, les défis rencontrés, les lacunes constatées
3 Normes en matière de protection et de droits de l'homme	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les droits de l'homme, le droit international humanitaire et les pratiques recommandées pertinentes • Examiner les politiques et la législation existantes en matière de protection • Mettre en place des mécanismes permettant de suivre et de signaler les violations des droits de l'homme et de demander réparation des préjudices causés par ces violations • Collaborer avec les personnes à risque en vue de définir des priorités, de développer des capacités et de formuler des stratégies en matière de protection et de sécurité

Réponse minimale <i>(à mettre en œuvre même pendant la situation d'urgence, mais aussi dans le cadre d'une réponse globale)</i>	Réponse globale <i>(réponse supplémentaire éventuelle pour la phase de stabilisation et celle de reconstruction rapide)</i>
1.1 Assurer la coordination intersectorielle de la santé mentale et du soutien psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des structures de coordination durables, incluant des représentants de l'État et de la société civile • Élaborer des plans stratégiques interorganisations et promouvoir la programmation et la collecte de fonds communes aux fins de la SMSPS • Améliorer le partage d'informations entre les acteurs humanitaires • Établir un lien entre les activités d'urgence en matière de SMSPS et les activités de développement • Intégrer les activités de SMSPS aux politiques, plans et programmes nationaux et s'assurer que les programmes mettent en œuvre les politiques, plans et moyens existants
2.1 Procéder à des évaluations des problèmes de santé mentale et des problèmes psychosociaux 2.2 Mettre en place des systèmes participatifs de suivi et d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à des évaluations régulières et, selon les besoins, à des analyses de situation supplémentaires approfondies • Suivre et évaluer les programmes au regard des activités planifiées, en utilisant des indicateurs pré-définis • Suivre et évaluer les activités de SMSPS au regard des présentes Directives • Diffuser les résultats et les enseignements des activités d'évaluation des besoins, de suivi et d'évaluation • Élaborer des indicateurs interorganisations en matière de SMSPS durant la phase de transition
3.1 Mettre en place un cadre pour assurer le respect des droits de l'homme par le biais de la santé mentale et du soutien psychosocial 3.2 Recenser, suivre, prévenir et répondre aux menaces et aux abus en matière de protection par le biais de la protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la capacité nationale de suivre, signaler et prévenir les violations des droits de l'homme et du droit humanitaire et de demander réparation des préjudices causés par ces violations • Renforcer la recherche des responsables des violations des droits de l'homme • Renforcer les capacités de protection sociale • Examiner les données et combler les lacunes au niveau des services aux personnes ayant des besoins spécifiques (groupes à risque) • Institutionnaliser la formation à la protection à l'intention des travailleurs de tous les secteurs, y compris les forces armées et

Fonction ou domaine	Préparation aux situations d'urgence
	<ul style="list-style-type: none"> • Former les forces armées aux normes internationales de protection • Mettre en œuvre des stratégies de prévention de la violence, y compris de la violence basée sur le genre • Dans le cas de violence politique, faciliter la conclusion entre les parties d'accords faisant l'objet d'un contrôle externe destinés à protéger les civils • Promouvoir la ratification et appuyer l'application des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et au droit humanitaire • Promouvoir l'adoption et l'application d'une législation nationale favorable aux normes relatives aux droits de l'homme et aux normes humanitaires
4 Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser les capacités des ressources humaines existantes, y compris au sein de la population locale • Faire comprendre la nécessité de pouvoir compter sur des acteurs au fait de la culture et de la langue locales • Former tous les acteurs aux normes et codes de conduite internationaux concernant la protection • Former les acteurs des différents secteurs à l'intégration de la SMSPS aux opérations d'urgence, en appliquant les présentes Directives • Augmenter la réserve d'acteurs des opérations d'urgence disponibles formés à la SMSPS • Inviter les établissements d'enseignement à incorporer la formation à la SMSPS dans les programmes professionnels • Développer la place faite à la SMSPS dans les cours de préparation aux situations d'urgence dans le monde entier • Élaborer des politiques et des plans organisationnels de prévention et de traitement des problèmes de SMSPS parmi les acteurs humanitaires • Élaborer des politiques organisationnelles de maximisation de la sécurité des acteurs sur le terrain
B. Domaines de la santé mentale et du soutien psychosocial de base	
5 Mobilisation et appui aux communautés	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un profil et une analyse contextuelle participatifs des communautés locales (situation actuelle, ressources, divisions, services et pratiques) • Réaliser une analyse de risque, élaborer un plan d'intervention communautaire, assorti d'un système d'alerte avancée, et renforcer les capacités locales d'exécution de plans de ce genre

Réponse minimale (à mettre en œuvre même pendant la situation d'urgence, mais aussi dans le cadre d'une réponse globale)	Réponse globale (réponse supplémentaire éventuelle pour la phase de stabilisation et celle de reconstruction rapide)
3.3 Recenser, suivre, prévenir et répondre aux menaces et aux abus en matière de protection par le biais de la protection juridique	<p>l'appareil judiciaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la réinsertion dans la communauté, dans de bonnes conditions de sécurité, des personnes affectées par l'une quelconque des formes de violence • Limiter l'accès facile à l'alcool dans les camps • Prendre des dispositions pour prévenir la traite des êtres humains • Prévoir des dispositifs appropriés de soutien psychologique, social, économique, éducatif et médical aux victimes de violations des droits de l'homme et à leur famille, ainsi qu'aux témoins, y compris les témoins cités à comparaître • Aider les appareils judiciaires à appliquer la législation en accord avec les normes internationales
2.1 Trouver et recruter du personnel et engager des volontaires qui comprennent la culture locale	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un profil des compétences essentielles des travailleurs humanitaires adapté au contexte local • Institutionnaliser, suivre et faire appliquer les codes de déontologie et les normes d'éthique, en les renforçant selon les besoins • Analyser la distribution et l'importance de la formation et de la supervision reçues • Développer la formation et la supervision et pérenniser les capacités en institutionnalisant la formation • Examiner la réponse apportée aux problèmes de SMSPS chez les travailleurs humanitaires et s'en tenir aux politiques de SMSPS des organisations en ce qui concerne le personnel et les volontaires
4.2 Faire respecter les codes de déontologie et d'éthique concernant le personnel	
4.3 Organiser l'initiation et la formation des acteurs humanitaires dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial	
4.4 Prévenir et traiter les problèmes de santé mentale et de bien-être psychosocial parmi le personnel et les volontaires	
5.1 Créer les conditions nécessaires à la mobilisation des communautés et à leur appropriation et leur contrôle de l'intervention d'urgence dans tous les secteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le renforcement de l'appropriation de l'intervention par les communautés concernées • Renforcer les moyens d'existence et appuyer la mise en œuvre d'initiatives communautaires en matière de développement économique • Organiser la discussion par les victimes et les survivants sur les questions liées aux réparations (économique, judiciaire,
5.2 Promouvoir l'entraide et le soutien social communautaire	

Fonction ou domaine	Préparation aux situations d'urgence
	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des mécanismes de mobilisation des ressources de SMSPS internes et d'intégration des ressources extérieures • Former les agents communautaires à la prestation d'un appui de SMSPS d'urgence approprié et les superviser • Élaborer des activités de soutien social contrôlées et gérées par les communautés • Élaborer des plans communautaires de protection et de soutien au développement du jeune enfant dans les situations d'urgence
6 Services de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la capacité nationale des systèmes de santé en matière de SMSPS dans les situations d'urgence • Recenser les ressources et pratiques formelles et non formelles existantes • Promouvoir des systèmes d'informations ventilées par sexe et par âge qui couvrent les données essentielles en matière de santé mentale • Former le personnel aux soins cliniques -adaptés à la culture locale- à prodiguer aux victimes de violence sexuelle ou d'autres formes de violence • Initier le personnel de santé aux premiers secours psychologiques • Harmoniser la liste nationale des médicaments essentiels avec la Liste type de médicaments essentiels de l'OMS et constituer des stocks d'urgence de médicaments psychotropes essentiels • Élaborer des plans de préparation aux situations d'urgence pour les établissements de santé • Mettre en œuvre des stratégies pour réduire la discrimination et la stigmatisation des personnes souffrant de maladies mentales et/ou de handicaps mentaux

Réponse minimale (à mettre en œuvre même pendant la situation d'urgence, mais aussi dans le cadre d'une réponse globale)	Réponse globale (réponse supplémentaire éventuelle pour la phase de stabilisation et celle de reconstruction rapide)
<p>5.3 Créer les conditions favorables à des pratiques communautaires de conciliation culturelle, spirituelle et religieuse</p> <p>5.4 Favoriser l'appui aux jeunes enfants (0 à 8 ans) et à ceux qui s'occupent d'eux</p>	<p>symbolique) que les parties responsables devront aborder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'archivage des documents relatifs à la façon dont la communauté a fait face à la situation d'urgence • Examiner la mobilisation des ressources communautaires et favoriser l'extension et l'amélioration de la qualité des dispositifs communautaires de soutien social et des efforts propres à la communauté • Consolider le système de SMSPS, y compris les mécanismes de référencement • Étudier la possibilité de désinstitutionnaliser les orphelinats et les maisons de détention et favoriser une offre de soins dans des structures de proximité • Élaborer des programmes de résolution des conflits et de consolidation de la paix • Faciliter la réinsertion dans la communauté des enfants recrutés ou utilisés par des forces ou groupes armés • Exhumer les corps enterrés dans des fosses communes d'une manière adaptée à la culture locale, en apportant un soutien moral aux familles et aux proches • Organiser des discussions sur le caractère utile ou nuisible pratiques traditionnelles • Renforcer les capacités d'offre de soins de qualité aux jeunes enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux
<p>6.1 Incorporer des aspects psychologiques et sociaux spécifiques aux soins de santé générale</p> <p>6.2 Assurer l'accès aux soins pour les personnes souffrant de graves troubles mentaux</p> <p>6.3 Protéger et prendre en charge les personnes souffrant de graves troubles mentaux ou d'autres handicaps mentaux ou neurologiques placées en institution</p> <p>6.4 Apprendre à connaître et, le cas échéant, collaborer avec les systèmes de santé locaux, autochtones et traditionnels</p> <p>6.5 Réduire au minimum les méfaits de la consommation d'alcool et d'autres substances</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selon les besoins, actualiser les politiques et les législations concernant la santé mentale • Rendre disponibles les soins de santé mentale pour un large éventail de troubles mentaux associés à la situation d'urgence et préexistants par le biais de services de santé générale et de santé mentale de proximité • S'employer à pérenniser les nouveaux services de santé mentale • Selon les besoins, continuer d'encourager les liens de collaboration avec les systèmes de traitement locaux • Favoriser les soins de proximité et le choix d'un autre milieu de vie approprié pour les personnes placées dans des hôpitaux psychiatriques, • Procéder à des évaluations régulières de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé mentale • Multiplier les initiatives visant à prévenir les méfaits liés à la consommation d'alcool et d'autres substances

Fonction ou domaine	Préparation aux situations d'urgence
	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la capacité de prévenir et de traiter les méfaits de la consommation l'alcool et d'autres substances
7 Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser les ressources existantes au service des pratiques d'éducation formelle et non formelle • Déterminer les niveaux d'instruction et les options professionnelles pour les filles, garçons et adultes qui peuvent avoir été privés d'éducation • À l'aide de méthodes participatives, former les enseignants au soutien psychosocial de base, aux Droits des enfants, aux méthodes participatives, à la discipline positive et aux codes de conduite • Renforcer les capacités des systèmes d'éducation nationaux en matière de SMSPS scolaire en cas de situation d'urgence • Élaborer des plans d'intervention en cas de crise générale et psychosociale pour les écoles • Renforcer les capacités éducatives d'urgence, en insérant les principales questions liées à la protection dans le programme scolaire
8 Diffusion de l'information	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser les ressources -et leurs lacunes- en matière d'information • Former le personnel aux aspects éthiques de la collecte d'informations • Rendre l'information accessible aux différents publics cibles • Formuler une stratégie de 'communication des risques' pour diffuser les informations essentielles pendant les situations d'urgence • Distribuer des informations sur la façon de prévenir des problèmes comme l'éclatement de la famille pendant les situations d'urgence • Militer contre l'utilisation par les médias d'images nuisibles et la diffusion d'informations inappropriées • Associer les principales parties prenantes à l'élaboration et à l'essai pilote d'informations sur les mécanismes de survie positifs et des moyens de diffuser ces informations
C. Aspects sociaux à prendre en considération dans les domaines sectoriels	
9 Sécurité alimentaire et nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Étudier les habitudes et les croyances préexistantes de la population en matière de préparation des aliments et les principaux aliments de base • Suivre l'accès aux principaux micronutriments dont on sait qu'ils influencent le développement psychologique de l'enfant

Réponse minimale (à mettre en œuvre même pendant la situation d'urgence, mais aussi dans le cadre d'une réponse globale)	Réponse globale (réponse supplémentaire éventuelle pour la phase de stabilisation et celle de reconstruction rapide)
7.1 Renforcer l'accès à une éducation protectrice et attentive aux besoins des élèves	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplier les possibilités d'éducation pour les adolescents, filles et les garçons, et mettre en place des cours d'alphabétisation des adultes • S'assurer que les programmes éducatifs sont attentifs à la aux questions liées à la culture, à la diversité et au genre • Suivre et améliorer la qualité de l'éducation • Fournir des moyens de subsistance et autres dispositifs de soutien nécessaires pour favoriser la scolarisation et prévenir l'abandon scolaire • Renforcer les capacités de soutien psychosocial dans les environnements éducatifs formels et non formels • Renforcer les systèmes de prévention et de réponse à la violence et aux autres formes d'abus et d'exploitations dans les écoles • Intégrer les activités de consolidation de la paix et d'apprentissage de la vie dans le système éducatif
8.1 Fournir à la population affectée des informations sur la situation d'urgence, les secours et ses droits juridiques	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir des systèmes fiables et accessibles de diffusion d'informations exactes • Renforcer la participation de la communauté à la validation et à la diffusion de l'information
8.2 Permettre l'accès à l'information sur les méthodes positives d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer un accès continu à l'information sur l'aide disponible • Lancer des campagnes d'information sur le soutien à apporter aux personnes souffrant de problèmes mentaux et psychosociaux • Suivre et évaluer l'utilisation des documents d'information
9.1 Incorporer des aspects sociaux et psychologiques spécifiques dans le soutien alimentaire et nutritionnel [aide pour tous dans la sécurité et la dignité, attention portée aux pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les aspects sociaux et psychologiques de l'appui en matière de sécurité alimentaire et de nutrition et organiser l'évaluation périodique de ces aspects • Encourager et appuyer l'autosuffisance alimentaire

Fonction ou domaine	Préparation aux situations d'urgence
	<ul style="list-style-type: none"> Planifier et organiser une distribution équitable en fonction des besoins
10 Abri et planification des sites d'installation	<ul style="list-style-type: none"> Recenser les dimensions sociales des ressources existantes, des lacunes, des pratiques et des groupes à risque en ce qui concerne le logement et l'aménagement des sites d'installation Procéder à des évaluations participatives de la sécurité et du caractère approprié des sites potentiels Prévoir de fournir un logement d'urgence à tous (en ciblant comme il convient les personnes à risque) d'une manière compatible avec la sécurité, la dignité, le besoin de s'isoler et l'accès à l'autonomie Planifier de façon à éviter un placement prolongé de la population dans des camps Prévoir le chauffage des logements (dans les situations d'urgence survenant dans des régions froides)
11 Eau et assainissement	<ul style="list-style-type: none"> Recenser les dimensions sociales des ressources existantes, des lacunes et des groupes à risque en ce qui concerne l'eau et l'assainissement Prévoir l'assainissement et la fourniture d'eau pour tous (en ciblant comme il convient les personnes à risque) d'une manière compatible avec la sécurité, la dignité, le besoin de s'isoler et le règlement des problèmes par des moyens non violents

Réponse minimale <i>(à mettre en œuvre même pendant la situation d'urgence, mais aussi dans le cadre d'une réponse globale)</i>	Réponse globale <i>(réponse supplémentaire éventuelle pour la phase de stabilisation et celle de reconstruction rapide)</i>
culturelles et aux rôles domestiques]	
10.1 Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la planification des sites d'installation et la fourniture d'abris (aide guidée par les principes de sécurité et de dignité et tenant compte des facteurs culturels et sociaux)	<ul style="list-style-type: none"> Examiner –et évaluer régulièrement- les aspects sociaux de la fourniture de logements et de l'aménagement des sites d'installation Régler les problèmes d'équité dans la distribution des terres et dans la législation sur les droits fonciers Renforcer les capacités des communautés et de l'administration publique en matière d'intégration des aspects sociaux à la fourniture de logements et à l'aménagement des sites d'installation sur le long terme
11.1 Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la fourniture de l'eau et des installations d'assainissement (accès pour tous, en toute sécurité et dignité et en accord avec la culture)	<ul style="list-style-type: none"> Examiner –et évaluer régulièrement- les aspects sociaux de la fourniture de l'eau et de la sanitation Renforcer les capacités des communautés et de l'administration publique en matière d'intégration des aspects sociaux dans la fourniture de l'eau et de la sanitation sur le long terme

CHAPITRE 3

Aide-mémoire pour une réponse minimale

Le présent chapitre contient des Aide-mémoire pour une réponse minimale. Il existe un Aide-mémoire pour chacune des actions présentées dans la colonne centrale (réponse minimale) de la matrice fournie au chapitre 2.

Fonction ou domaine	Titre de l'Aide-mémoire
A. Fonctions communes à tous les domaines	
1 Coordination	1.1 Assurer la coordination intersectorielle de la santé mentale et du soutien psychosocial
2 Evaluation des besoins, suivi et évaluation	2.1 Procéder à des évaluations des problèmes de santé mentale et des problèmes psychosociaux
	2.2 Mettre en place des systèmes participatifs de suivi et d'évaluation
3 Normes en matière de protection et de droits de l'homme	3.1 Mettre en place un cadre pour assurer le respect des droits de l'homme par le biais de la santé mentale et du soutien psychosocial
	3.2 Recenser, suivre, prévenir et répondre aux menaces et aux abus en matière de protection par le biais de la protection sociale
	3.3 Recenser, suivre, prévenir et répondre aux menaces et aux abus en matière de protection par le biais de la protection juridique
4 Ressources humaines	4.1 Trouver et recruter du personnel et engager des volontaires qui comprennent la culture locale
	4.2 Faire respecter les codes de déontologie et d'éthique concernant le personnel
	4.3 Organiser l'initiation et la formation des acteurs humanitaires dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial
	4.4 Prévenir et traiter les problèmes de santé mentale et de bien-être psychosocial parmi le personnel et les volontaires
B. Domaines de la santé mentale et du soutien psychosocial de base	
5 Mobilisation et appui aux communautés	5.1 Créer les conditions pour une mobilisation des communautés, leur appropriation et leur contrôle de l'intervention d'urgence dans tous les secteurs
	5.2 Promouvoir l'entraide et le soutien social communautaire
	5.3 Créer des conditions favorables à des pratiques communautaires de conciliation culturelle, spirituelle et religieuse

Fonction ou domaine	Titre de l'Aide-mémoire
6 Services de santé	5.4 Favoriser l'appui aux jeunes enfants (0 à 8 ans) et à ceux qui leur apportent des soins
	6.1 Incorporer des aspects psychologiques et sociaux spécifiques aux soins de santé générale
	6.2 Assurer l'accès aux soins pour les personnes souffrant de graves troubles mentaux
	6.3 Protéger et soigner les personnes souffrant de graves troubles mentaux ou d'autres handicaps mentaux ou neurologiques placées en institution
	6.4 Apprendre à connaître et, le cas échéant, collaborer avec les systèmes de santé locaux, autochtones et traditionnels
7 Éducation	6.5 Réduire au minimum les méfaits de la consommation d'alcool et d'autres substances
	7.1 Renforcer l'accès à une éducation protectrice et attentive aux besoins des élèves
8 Diffusion de l'information	8.1 Fournir à la population affectée des informations sur la situation d'urgence, les secours et ses droits juridiques
	8.2 Permettre l'accès à l'information sur les méthodes positives d'adaptation
C. Aspects sociaux à prendre en considération dans les domaines sectoriels	
9 Sécurité alimentaire et nutrition	9.1 Incorporer des aspects sociaux et psychologiques spécifiques dans le soutien alimentaire et nutritionnel (aide pour tous dans la sécurité et la dignité, attention portée aux pratiques culturelles et aux rôles domestiques)
10 Abri et planification des sites d'installation	10.1 Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la planification des sites d'installation et la fourniture d'abris (aide guidée par les principes de sécurité et de dignité et tenant compte des facteurs culturels et sociaux)
11 Eau et assainissement	11.1 Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la fourniture de l'eau et des installations d'assainissement (accès pour tous, en toute sécurité et dignité et en accord avec la culture)

Cadre général

Une bonne programmation de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS) suppose une coordination intersectorielle entre différents acteurs, car il incombe à tous les participants à l'intervention humanitaire de promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial. La coordination de la SMSPS doit associer les secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection et des services sociaux, ainsi que les représentants des communautés affectées. Elle doit également impliquer les secteurs de la sécurité alimentaire, du logement et de l'eau et de l'assainissement.

La coordination contribue à faire en sorte que (a) tous les aspects de l'intervention humanitaire soient mis en œuvre d'une manière favorable à la santé mentale et au bien-être psychosocial; (b) des dispositifs de soutien à la santé mentale et de soutien psychosocial soient intégrés à l'intervention humanitaire. À ces fins, les acteurs de la SMSPS doivent s'entendre sur une stratégie d'ensemble et une répartition des tâches qui permettent d'apporter un soutien équitable aux communautés affectées par les situations d'urgence. Un manque de coordination peut rendre la programmation inefficace, inappropriée, voire nuisible.

Une bonne coordination suppose que l'on ait surmonté un certain nombre de difficultés, dont l'une des plus importantes dans un grand nombre de situations d'urgence est de faciliter la communication entre la programmation concernant la 'santé mentale' et la programmation 'psychosociale' (souvent associées aux secteurs de la santé et de la protection, respectivement). La coordination a soulevé des problèmes particulièrement redoutables dans des situations d'urgence très médiatisées auxquelles étaient associés un grand nombre d'acteurs humanitaires. Il arrive que les populations affectées soient submergées par les concours extérieurs et que les contributions locales à la santé mentale et au soutien psychosocial soient facilement marginalisées ou fragilisées. Une coordination efficace suppose aussi d'arriver à faire s'entendre des acteurs ayant des conceptions différentes de la SMSPS (les gouvernements, les bailleurs de fonds, les organisations internationales, les communautés locales et les ONG, pour ne citer que ceux-là) et de régler en temps opportun les problèmes communs à tous ces acteurs.

Interventions principales**1. Mobiliser ou créer un groupe de coordination intersectorielle de la SMSPS.**

- Créer un groupe pour coordonner une intervention de SMSPS et élaborer un plan

indiquant les actions à entreprendre et ceux qui s'en chargeront. Il est recommandé de constituer un groupe de coordination intersectorielle de la SMSPS unique auquel participent les acteurs traditionnellement associés à la fois aux secteurs de la santé et de la protection. C'est la meilleure façon de réduire l'éparpillement et de faire en sorte que tous les aspects de la SMSPS, depuis le soutien social communautaire jusqu'au traitement des troubles mentaux graves, soient pris en considération d'une manière intégrée. Toutefois, il peut être utile de créer des sous-groupes chargés de traiter de questions spécifiques (le soutien psychosocial dans les écoles ou les soins de santé mentale dans les services de santé, par exemple).

Le groupe de coordination de la SMSPS doit coordonner son action avec tous les secteurs pertinents ou Groupes sectoriels (« Clusters ») du CPI afin de s'assurer que leurs activités sont réalisées d'une façon qui favorise la santé mentale et le bien-être psychosocial. Il s'assurera également que les actions de SMSPS pertinentes sont entreprises dans le cadre de ces Groupes sectoriels.

- Faire entrer dans le groupe de coordination de la SMSPS des représentants des principaux ministères (tels que ceux de la santé, des affaires sociales et de l'éducation), des agences/organisations des Nations Unies et des ONG. Les représentants d'autres organisations, tels que d'autres ministères, des associations professionnelles et des universités, des organisations religieuses ou communautaires et des associations de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, doivent être inclus lorsqu'ils s'occupent de SMSPS. La consultation et les contributions des communautés doivent être activement encouragées à tous les niveaux de la coordination.
- Utiliser les groupes de coordination déjà existants. À défaut, il convient de créer des groupes ad hoc. Le groupe de coordination de la SMSPS doit coordonner son action avec les groupes sectoriels de la protection et de la santé et, le cas échéant avec tous mécanismes de coordination nationaux supplémentaires, y compris les sites Web correspondants (le Centre d'information humanitaire, par exemple, www.humanitarianinfo.org).
- Créer des groupes de coordination de la SMSPS aux niveaux infranational et/ou national. En outre, encourager l'échange d'informations entre les organisations au niveau international. Il faut instaurer une communication entre les groupes de coordination nationaux et infranationaux, en définissant avec précision leurs rôles respectifs.
- Les groupes de coordination de la SMSPS doivent être dirigés, là où cela est possible, par une ou plusieurs organisations nationales avec l'appui technique

approprié fourni par les organisations internationales. Les organisations chefs de file doivent bien connaître la SMSPS et être rompues aux techniques de coordination inclusives (en évitant, par exemple, de faire la part trop belle à une approche ou à un secteur particulier ou, dans le cadre d'un conflit armé, en étant considérées comme impartiales par les principaux acteurs).

- S'employer à réduire les différences au niveau du pouvoir détenu par les membres du groupe de coordination et à favoriser la participation des groupes sous-représentés ou disposant d'un pouvoir moindre (par exemple en utilisant les langues locales et en réfléchissant à la structure et au lieu où se tiennent les réunions).
- Toutes les organisations sont tenues de coordonner leurs interventions (sous réserve que cela ne soit pas contraire au principe « Ne pas nuire »). Les organisations doivent veiller à ce que leurs représentants disposent de l'autorité, des connaissances et des compétences nécessaires pour participer efficacement au travail de coordination.

2. Coordonner la planification et l'exécution des programmes.

- Le groupe de coordination est chargé de coordonner la planification et l'exécution de programmes au regard de ces Directives. Il s'agit notamment de faire en sorte que les réponses minimales de SMSPS soient appropriées au contexte local et qu'elles atteignent d'une façon équitable et rapide les communautés affectées par la situation d'urgence.
- La facilitation du processus de planification stratégique intersectorielle et interorganisations de la SMSPS comporte les éléments suivants :
 - coordonner les évaluations de besoins et communiquer les conclusions (voir [Aide-mémoire 2.1](#));
 - définir des priorités programmatiques et géographiques concertées;
 - recenser les lacunes des interventions et s'employer à les combler;
 - assurer une répartition fonctionnelle des tâches entre les acteurs;
 - faciliter la coopération interorganisations en vue d'actions communes (telles que les mécanismes de référencement ou les formations conjointes);
 - coordonner la diffusion de l'information sur la situation d'urgence, les secours, les droits juridiques et l'autonomie en matière de soins parmi la population affectées (voir [Aide-mémoire 8.1 et 8.2](#));

- rassembler et partager des informations sur les approches des organisations, les documents et les enseignements tirés;
- suivre, évaluer et communiquer les conclusions (voir Aide-mémoire 2.2).

Le cas échéant, un plan stratégique interorganisations devra être établi.

3. Élaborer et diffuser des directives et coordonner les activités de sensibilisation.

- Le groupe de coordination de la SMSPS doit diriger le processus d'adaptation au contexte local de ces Directives, ainsi que d'autres directives pertinentes. Le cas échéant, il doit élaborer des directives/politiques supplémentaires en matière de SMSPS. Ce processus doit être aussi participatif que possible. Il convient de mettre en place des mécanismes visant à assurer la diffusion et l'acceptation les plus larges possible des directives et politiques (avec par exemple, leur adoption formelle par les autorités nationales et les organisations s'occupant de SMSPS).
- Le groupe doit coordonner les activités de sensibilisation à la SMSPS. Les actions-clés de base sont les suivantes : (1) arrêter de concert les principaux enjeux en matière de sensibilisation en déterminant les facteurs qui exercent l'impact le plus important sur la SMSPS et ceux que l'action de sensibilisation a le plus de chances de faire évoluer; (2) recenser les principales parties prenantes, telles que l'administration publique, les groupes armés, les médias, les bailleurs de fonds, les ONG, les responsables de l'élaboration des politiques et les autres organes de coordination, et élaborer les principaux messages à adresser à chacune d'entre elles; et (3) fixer les rôles et les responsabilités des différentes organisations en matière de sensibilisation.

4. Mobiliser les ressources.

- La coordination des activités de collecte de fonds consiste notamment à s'assurer que la SMSPS est dûment incluse dans toute procédure d'appel global (« Consolidated Appeal Process ») et à trouver et mobiliser les fonds nécessaires aux activités de coordination et de sensibilisation conjointe auprès des bailleurs de fonds.

Principales sources d'information

1. Inter-Agency Working Group on Separated and Unaccompanied Children (2005). *Psychosocial Care and Protection of Tsunami Affected Children: Inter-Agency Guiding Principles*. <http://www.iicrd.org/cap/node/view/383>

2. The Mangrove: Psychosocial Support and Coordination Unit, Batticaloa, Sri Lanka. <http://www.themangrove.blogspot.com/>

3. Psychosocial/Mental Health Coordination. Inter-governmental Meeting of Experts Final Report, Annex V, Jakarta, 4-5 April 2005. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

4. Palestinian Code of Conduct for Psycho-Social Interventions, 4 October 2001. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

5. Organisation Mondiale de la Santé (2003). La Santé mentale dans les Situations d'urgence : Aspects mentaux et sociaux de la santé des populations exposées à des facteurs de stress extrêmes. Genève: OMS. http://www.who.int/mental_health/media/en/706.pdf

Indicateur de méthode type

- Un groupe de coordination de la SMSPS est créé au niveau local et/ou national, rassemblant des acteurs venus de différents secteurs, parmi lesquels la santé, la protection et l'éducation.

Exemple : Aceh (Indonésie), 2005

- Pendant les opérations humanitaires engagées après le tsunami, les autorités sanitaires de la province ont reçu le concours de deux organisations des Nations Unies pour coordonner l'ensemble des actions concernant la santé mentale et le soutien psychosocial.
- Un Groupe de travail interorganisations sur le soutien psychosocial a été créé à Aceh. Plus de 60 organisations travaillant dans les secteurs social, de la santé et de la protection ont participé à ses réunions hebdomadaires. Ce Groupe a rendu compte à la fois au groupe de coordination de la santé et au groupe de coordination de la protection de l'enfant.
- Le Groupe de travail interorganisations sur le soutien psychosocial a rédigé les 'Principes du programme psychosocial pour Aceh, Indonésie', qui ont bénéficié d'une large promotion et ont été largement utilisés.

Cadre général

Les évaluations des besoins de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence permettent (a) de comprendre la situation d'urgence (b) d'analyser les menaces pesant sur la santé mentale et le bien-être psychosocial et les capacités en la matière, et (c) d'analyser les ressources correspondantes afin de déterminer, en consultation avec les parties prenantes, si une intervention est nécessaire et, dans l'affirmative, la nature de cette intervention¹.

Une évaluation doit permettre de rassembler des informations sur la façon dont la population vit la situation d'urgence, comment elle y réagit et en quoi cette situation affecte sa santé mentale ou son bien-être psychosocial. Elle doit indiquer comment les personnes, les communautés et les organisations font face à la situation d'urgence. Elle doit évaluer les ressources et préciser les besoins et les problèmes. Les ressources comprennent notamment les techniques de survie et les compétences de la vie courante des individus, les mesures prises par les communautés et les capacités des gouvernements et des ONG. Il est indispensable de comprendre comment soutenir les populations touchées pour mieux répondre aux besoins de SMSPS. Une évaluation doit également s'inscrire dans un processus permanent de collecte et d'analyse de données en collaboration avec les principales parties prenantes, en particulier la communauté affectée, afin d'améliorer la programmation.

Interventions principales

1. Garantir la coordination des évaluations.

- Coordonner les évaluations avec les autres organisations qui examinent les problèmes psychosociaux et de santé mentale. Il est essentiel de coordonner les évaluations pour garantir une utilisation efficace des ressources, faire le point le plus exact et le plus exhaustif possible de la situation en matière de SMSPS et éviter à la population concernée le fardeau inutile d'examen à répétition.
- Les organisations doivent commencer par déterminer les évaluations qui ont été faites et évaluer les informations disponibles (par exemple en réalisant une analyse sur dossier, en s'adressant à d'autres organisations et en examinant les informations disponibles sur le pays, telles que la documentation ethnographique préexistante et les données concernant le système de santé mentale). Elles ne doivent préparer de

nouvelles évaluations de terrain que si elles sont nécessaires.

- Les organisations doivent informer le groupe de coordination (voir Aide-mémoire 1.1) des problèmes sur lesquels elles procèdent à des évaluations, sur les lieux ainsi que sur les modalités. Elles doivent être prêtes à adapter leurs évaluations en fonction des besoins et à communiquer les informations.
- Dans la plupart des situations d'urgence, différents groupes (départements ministériels, organisations des Nations Unies, ONG, etc.) recueillent des informations sur différents aspects de la SMSPS (voir le tableau plus loin) dans un certain nombre de régions géographiques. Le groupe de coordination doit aider à choisir les organisations chargées de recueillir tel ou tel type d'informations et où elles le feront. Il doit également veiller dans la mesure possible à ce que toutes les informations présentées dans le tableau puissent être mises à la disposition de la zone affectée. Il doit aider les organisations à le faire d'une manière appropriée et coordonnée (par exemple en normalisant les principaux instruments). Ces données d'évaluation doivent être périodiquement rassemblées, analysées et partagées entre les différentes organisations impliquées.
- Les facteurs sociaux spécifiques doivent être inclus dans les évaluations effectuées par tous les secteurs, y compris les services communautaires, la protection, la santé, l'éducation, les abris, l'alimentation et l'eau et l'assainissement (voir les aide-mémoire correspondant à chaque secteur ou domaine).

2. Recueillir et analyser les informations essentielles concernant la santé mentale et le soutien psychosocial.

Le tableau ci-après indique les principales informations dont doivent disposer les organisations s'occupant de la SMSPS (à noter que chaque organisation se focalisera sur les aspects spécifiques se rapportant plus particulièrement à son activité).

- L'évaluation doit rassembler des informations ventilées par âge, sexe et lieu, lorsque cela est possible. Il s'agit notamment de recenser les groupes vulnérables dans la communauté ainsi que leurs besoins et capacités propres. Les groupes les plus souvent à risque sont décrits au Chapitre 1.
- Indiquer les besoins ainsi que les ressources des différents groupes de la population affectée, depuis les personnes traumatisées qui fonctionnent bien jusqu'à celles qui ne fonctionnent pas normalement en raison d'un trouble mental grave.

Type d'information	Portant notamment sur
Données démographiques et contextuelles pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> • La taille de la population et la taille (et, le cas échéant, le lieu de résidence) des groupes de la population qui peuvent courir un risque particulier (voir Chapitre 1) • La mortalité et les menaces pour la mortalité • Accès aux besoins matériels de base (par ex. l'alimentation, les abris, l'eau et l'assainissement et les soins médicaux) et à l'éducation • Les violations des droits de l'homme et les cadres de protection (voir Aide-mémoire 3.1, 3.2, 3.3) • Les structures et les dynamiques sociales, politiques, religieuses et économiques (par ex. les questions de sécurité et les questions liées aux conflits, y compris les divisions ethniques, religieuses, de classe et de sexe au sein des communautés) • Les changements apportés aux activités liées aux moyens d'existence et à la vie communautaire quotidienne • Des informations ethnographiques de base sur les ressources, normes, rôles et attitudes culturels (par ex. les attitudes à l'égard du trouble mental et de la violence basée sur le genre, les comportements d'appel à l'aide)
Expérience de la situation d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • La situation d'urgence telle qu'elle est vécue par la population (perception des événements et de leur importance, causes perçues, conséquences escomptées)
Problèmes de santé mentale et psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes de détresse psychologique et sociale, y compris problèmes comportementaux et affectifs (par ex. agressivité, repliement sur soi, troubles du sommeil) et indicateurs locaux de la détresse • Symptômes d'une perturbation du fonctionnement quotidien • Désorganisation des mécanismes de solidarité sociale et de soutien, par ex. déstabilisation des formes de soutien social, conflits familiaux, violence, décredibilisation des valeurs communes • Informations sur les personnes souffrant de graves troubles mentaux, par ex. par l'intermédiaire des systèmes d'information des services de santé (pour d'autres renseignements, voir Aide-mémoire 6.2)

Type d'information	Portant notamment sur
Sources existantes de bien-être psychosocial et de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Façons dont les individus s'aident eux-mêmes et aident autrui – c'est-à-dire techniques de survie/d'apaisement (par ex. convictions religieuses ou politiques, recherche de l'appui de la famille ou des amis) • Façons dont la population a pu avoir, antérieurement, à faire face à l'adversité • Types de soutien social (recenser les aides qualifié(e)s et de confiance dans une communauté) et sources de solidarité communautaire (par ex. continuation des activités normales de la communauté, prise de décision participative, dialogue respect intergénérationnel, soutien apporté aux groupes marginalisés ou à risque)
Capacités et activités organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Structure, sites, effectifs et ressources des programmes de soutien psychologique dans les services éducatifs et sociaux et impact de la situation d'urgence sur ces services • Structure, sites, effectifs et ressources du secteur de la santé en ce qui concerne les soins de santé mentale (y compris les politiques, les disponibilités en médicaments, le rôle des soins de santé primaire et des hôpitaux psychiatriques, etc. – voir le <i>Mental Health Atlas</i> de l'OMS pour les données de départ concernant 192 pays) et impact de la situation d'urgence sur ces services • Recensement des compétences psychosociales des agents communautaires (par ex. travailleurs communautaires, chefs religieux ou assistants sociaux) • Recensement des partenaires potentiels et importance et qualité/contenu de la formation antérieure à la SMSPS • Recensement des programmes de SMSPS d'urgence
Besoins et possibilités en matière de programmation	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations des différentes parties prenantes • Etendue de la mise en œuvre des différentes interventions principales indiquées dans les présentes Directives du CPI • Fonctionnalité des systèmes de référencement entre les secteurs sanitaire, social, éducatif, communautaire et religieux et au sein de chacun de ces secteurs

3. Procéder à des évaluations participatives et respectueuses de la déontologie.

- **Participation** : Les évaluations doivent, dans toute la mesure possible, être un processus participatif et concerté faisant intervenir les parties prenantes concernées, y compris les gouvernements, les ONG et les organisations communautaires et religieuses, ainsi que les populations affectées. L'évaluation participative est la première phase d'un dialogue avec les populations affectées qui, s'il est mené comme il convient, est non seulement une source d'information, mais peut aider les personnes concernées à prendre en charge leur situation en inventoriant de façon concertée les problèmes, les ressources et les solutions éventuelles ([voir Aide-mémoire 5.1 et 5.2](#)). Il importe de demander aux participants d'indiquer ce qu'ils pensent des résultats et du processus d'évaluation. La population affectée doit également être associée à la définition du bien-être et de la détresse.
- **Inclusion** : L'évaluation doit porter sur les divers groupes de la population affectée, y compris les enfants, les jeunes, les femmes, les hommes, les personnes âgées et les différents groupes religieux, culturels et socioéconomiques. Il doit viser à inclure les animateurs de collectivité, les éducateurs et les agents de santé et communautaires et corriger, non renforcer, les formes d'exclusion.
- **Analyse** : Il s'agit non pas tant de recueillir et de présenter des informations que d'analyser la situation en vue de dégager les actions à mener en priorité.
- **Prise en compte du conflit** : Lorsqu'elles travaillent dans une situation de conflit, les personnes en charge de l'évaluation doivent identifier les parties au conflit et leurs dynamiques. Elles doivent veiller à conserver leur impartialité et leur indépendance et à éviter d'attiser les tensions sociales ou un conflit social ou de mettre en danger des membres de la communauté ou du personnel. Dans certaines situations, il peut ne pas être judicieux de procéder à une évaluation participative, lorsque le fait de répondre à des questions peut faire courir des risques aux personnes interrogées.
- **Pertinence culturelle** : Les méthodes d'évaluation (y compris les indicateurs et les instruments) doivent être sensibles aux différences culturelles et de contexte. L'équipe d'évaluation doit comprendre des personnes connaissant bien le contexte local et envers lesquelles les personnes interrogées ne nourrissent – autant qu'on puisse le savoir – aucune méfiance. Elle doit respecter les traditions et pratiques culturelles locales. L'évaluation doit éviter d'utiliser des termes qui, dans le contexte culturel local, pourraient contribuer à la stigmatisation.
- **Principes de déontologie** : Il convient de respecter la vie privée et l'intérêt supérieur des personnes interrogées. Conformément au principe 'Ne pas nuire', les responsables

de l'évaluation doivent prendre soin de ne pas provoquer des attentes irréalistes (par ex., les personnes interrogées doivent comprendre que les personnes qui les interrogent peuvent ne pas revenir si elles ne reçoivent pas les fonds nécessaires). On évitera les questions indiscretes. Les organisations doivent tout faire pour s'assurer que la participation des membres de la communauté à l'examen est absolument volontaire. Les personnes interrogeant des enfants ou d'autres groupes ayant des besoins particuliers (comme les victimes de la violence sexiste) doivent posséder les compétences et l'expérience voulues. Lorsque cela est possible, il faut apporter un appui aux personnes interrogées ayant besoin d'avoir accès aux services de SMSPS disponibles.

- **Équipes d'évaluation** : Les responsables de l'évaluation doivent avoir reçu une formation aux principes de déontologie susvisés et doivent posséder les compétences de base requises pour mener un entretien et une bonne aptitude à la communication interpersonnelle. Les équipes d'évaluation doivent être composées d'hommes et de femmes et doivent bien connaître à la fois la SMSPS et le contexte local.
- **Méthodes de collecte des données** : Les méthodes qualitatives de collecte des données pertinentes sont l'analyse de la littérature, les activités de groupe (par ex. les groupes de discussion), les entretiens menés auprès de personnes clefs, les observations et les visites sur place. Les méthodes quantitatives, telles que les questionnaires succincts et l'examen des données issues des systèmes de santé, peuvent avoir leur utilité. Dans toute la mesure possible, on doit recourir à de multiples sources de données pour recouper et valider l'information ou l'analyse. Les enquêtes qui visent à examiner la distribution des taux de troubles mentaux provoqués par une situation d'urgence (enquêtes épidémiologiques psychiatriques) sont généralement difficiles à mener, nécessitent des ressources considérables et prêtent trop souvent à controverse – ce qui rend leur utilisation impensable dans le cadre d'une réponse minimale (voir encadré plus loin). En leur lieu et place, on pourra utiliser les données fournies par la littérature mondiale pour établir des projections approximatives ([voir Aide-mémoire 6.2](#) pour un exemple de telles projections).
- **Dynamisme et disponibilité en temps voulu** : Les évaluations doivent être suffisamment rapides pour que leurs résultats soient effectivement utilisés dans la planification des programmes d'urgence. Il est souvent indiqué d'engager un processus d'examen dynamique et échelonné, comprenant par exemple deux phases :
 1. Une phase *d'évaluation initiale* ('rapide') consistant pour l'essentiel à se faire une idée du vécu et de la situation actuelle de la population affectée, ainsi que

des capacités communautaires et organisationnelles et des lacunes dans la programmation. Cette phase devrait normalement durer une ou deux semaines.

2. Une phase d'évaluations approfondies. Il s'agit d'évaluations plus rigoureuses des différents problèmes énoncés dans le tableau ci-dessus qui sont effectuées à mesure que la situation d'urgence s'écoule dans le temps.

4. Rassembler et diffuser les résultats des évaluations.

- Les organisations doivent communiquer en temps voulu et d'une manière accessible les résultats de leurs évaluations à la communauté, au groupe de coordination et aux autres organisations. Les informations ayant un caractère privé ou susceptibles de permettre d'identifier certaines personnes ou certaines communautés ou de faire courir des risques à des membres de la population affectée ou du personnel ne doivent pas être divulguées. Ces informations ne doivent être communiquées que si cela est nécessaire pour protéger des personnes affectées ou des membres du personnel et, en tout état de cause, uniquement aux acteurs compétents.
- Le groupe de coordination doit enregistrer, rassembler et évaluer les résultats des évaluations et les diffuser auprès de toutes les parties prenantes (par ex. en affichant ces évaluations sur l'Internet et en organisant des réunions d'information avec les communautés).
- Les acteurs de la SMSPS doivent utiliser les évaluations comme source d'information et d'inspiration aux fins de la planification, du suivi et de l'évaluation des programmes (voir Aide-mémoire 2.2).

Principales sources d'information

1. Alliance Action by Churches Together (ACT), Church of Sweden/Lutherhjälpen, Norwegian Church Aid and Presbyterian Disaster Services (2005). *Services psychosociaux communautaires dans le domaine de l'aide humanitaire. Guide du facilitateur*. Chapitre 6, 'Evaluations des besoins de la communauté en matière de soutien psychosocial'. http://www.svenskakyrkan.se/pdf-filer/guide_francais_2005.pdf
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). *Participation of Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*. Assessments, Chapter 3. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
3. Bolton P. (2001). *Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness (Phase II)*. CERTI, John Hopkins University, World Vision. <http://www.cert.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm>

4. Médecins Sans Frontières (2005). *Field Assessments*. Chapter 1, Part III, *Mental Health Guidelines: A Handbook for Implementing Mental Health Programmes in Areas of Mass Violence*.

http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf

5. Silove D., Manicavasagar V., Baker K., Mauseiri M., Soares M., de Carvalho F., Soares A., Fonseca Amiral Z. (2004). 'Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation'. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38:929-32. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

6. Le Projet Sphère Project. (2004). *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*. 'Evaluation initiale, pp.34-37. <http://www.sphereproject.org/french/handbook/index.htm>

7. Bureau régional pour l'Asie orientale et le Pacifique et Réseau régional de soutien psychosocial dans les situation d'urgence de l'UNICEF (2005). *Handbook of Psychosocial Assessment for Children and Communities in Emergencies*. <http://www.crin.org/docs/Handbook%20new%20update.pdf>

8. WHO (2005). *Mental Health Atlas*. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

Indicateurs de méthodes types

- Les organisations conçoivent leurs évaluations en tenant compte et en tirant parti des données sur le bien-être social et la santé mentale déjà recueillies par d'autres organisations.
- Les données d'évaluation sur les questions de SMSPS élaborées par différentes organisations (voir le tableau ci-dessus) sont rassemblées et diffusées (par ex. par le groupe de coordination).

Enquêtes épidémiologiques sur les troubles mentaux et la détresse psychologique

Les enquêtes épidémiologiques menées auprès de l'ensemble de la population peuvent (a) fournir des taux des différents troubles mentaux et symptômes de détresse pour une population donnée et (b) recenser les facteurs de risque associés (le fait d'être une femme, par exemple), les facteurs de protection (le fait d'avoir un emploi, par exemple), les taux d'utilisation des services et les facteurs influant sur la quête d'un traitement. Si elles sont menées comme il convient, ces enquêtes peuvent être utilisées pour planifier les programmes, organiser l'action de sensibilisation, élaborer une base d'informations améliorée pour les programmes et faire progresser la connaissance scientifique. De plus, si elles sont répétées, ces enquêtes peuvent permettre d'observer si le rétablissement naturel (rétablissement spontané sans intervention planifiée) intervient pour une grande partie de la population.

Toutefois, la réalisation d'enquêtes épidémiologiques utiles et valides dans le

contexte de situations d'urgence pose un grand nombre de problèmes. À l'heure actuelle, l'immense majorité de ces enquêtes n'ont pas permis d'établir une distinction entre les troubles mentaux et la détresse non pathologique. Les instruments utilisés pour réaliser ces enquêtes n'ont le plus souvent été validés qu'en dehors des situations d'urgence, dans le cas de populations cliniques en quête d'un traitement, pour lesquelles la détresse a plus de chances d'être un symptôme psychopathologique que pour le membre moyen d'une communauté aux prises avec une situation d'urgence. Il s'ensuit qu'un grand nombre d'enquêtes de ce genre semblent avoir surestimé les taux de trouble mental, en donnant à tort à penser qu'une partie importante de la population aurait intérêt à suivre un traitement psychologique ou psychiatrique clinique. De même, les instruments utilisés dans l'immense majorité des enquêtes antérieures n'ont pas été validés du point de vue de la culture dans laquelle ils étaient appliqués, ce qui crée des incertitudes supplémentaires quant à la façon d'en interpréter les résultats.

L'expérience montre qu'il faut disposer d'une expertise considérable pour réaliser de solides enquêtes psychiatriques d'une manière suffisamment rapide pour influencer sensiblement les programmes pendant une situation d'urgence. Les enquêtes psychiatriques de qualité peuvent être l'un des éléments d'une réponse globale, mais elles supposent des moyens inaccessibles dans le cadre de réponses minimales, que les présentes Directives définissent comme des interventions prioritaires essentielles à mettre en œuvre aussitôt que possible dans une situation d'urgence (voir Chapitre 1).

Si l'on devait réaliser des enquêtes épidémiologiques psychiatriques dans le contexte d'une situation d'urgence, il faudrait veiller tout particulièrement (a) à valider les instruments en fonction de la situation locale (voir réf. 3 à la section des principales sources d'information) et (b) à inclure une évaluation des indicateurs pouvant être associés à de graves problèmes de santé mentale (par ex. des tendances suicidaires; l'incapacité d'assurer sa propre subsistance et celle de sa famille; un comportement bizarre; le fait d'être dangereux pour autrui; et les indicateurs définis localement d'une grave perturbation du fonctionnement quotidien. Voir réf. 5 à la section des principales sources d'information).

Cadre général

L'évaluation des besoins, la planification, le suivi et l'évaluation finale sont des moments du même cycle de programme. Dans les situations d'urgence, le suivi est le processus systématique de collecte et d'analyse des données devant inspirer la prise de décisions humanitaires concernant des activités en cours ou, éventuellement des activités nouvelles. L'évaluation finale consiste notamment à analyser la pertinence et l'efficacité des activités en cours ou achevées. En bref, le suivi et l'évaluation finale visent, dans le cadre d'une situation d'urgence, à améliorer l'action humanitaire en rassemblant des informations sur sa mise en œuvre et son impact et en les utilisant pour apporter des améliorations aux programmes à mesure que le contexte évolue.

Le suivi et l'évaluation finale doivent de préférence s'appuyer sur des approches participatives (voir ci-dessous les Principales sources d'information). En d'autres termes, les communautés affectées doivent participer dans toute la mesure du possible à tous les aspects du processus de suivi et d'évaluation finale, y compris à la discussion concernant les résultats et leurs implications (voir Aide-mémoire 5.1 pour une description des différents niveaux de participation communautaire).

L'Aide-mémoire 2.1 focalise sur l'évaluation des besoins et décrit les types de données à recueillir dans le cadre d'un examen initial. Le présent aide-mémoire est consacré aux activités de suivi et d'évaluation finales.

Interventions principales

1. Formuler un ensemble d'indicateurs de suivi, en fonction des objectifs et activités définis.

- Le choix exact des indicateurs dépend des objectifs du programme et de ce qui est important et réalisable dans la situation d'urgence.
- Il importe de formuler des indicateurs de méthode, de satisfaction et de résultat compatibles avec les objectifs définis à l'avance.
 - Les **indicateurs de méthode** décrivent les activités et portent sur la qualité, la quantité et l'utilisation des services et des programmes et le nombre de leurs bénéficiaires (par ex. le nombre de réunions sur les efforts propres à la communauté).
 - Les **indicateurs de satisfaction** décrivent la satisfaction que l'activité procure

à la population affectée (par ex. le nombre de personnes exprimant une opinion négative, neutre ou positive sur un programme). On peut considérer les indicateurs de satisfaction comme un sous-type d'indicateurs de méthode.

- Les **indicateurs de résultat** décrivent les changements apportés à la vie de la population au regard d'objectifs définis à l'avance. Ces indicateurs servent à indiquer dans quelle mesure l'intervention a été un succès ou un échec. Certains indicateurs semblent devoir être utiles dans la plupart des contextes (c'est le cas, par exemple, du niveau de fonctionnement quotidien), mais la question de savoir ce qu'il faut entendre par 'succès' d'un programme psychosocial doit faire l'objet de discussions avec la population affectée.

Les indicateurs de méthode et de satisfaction sont des instruments utiles pour tirer les enseignements de l'expérience, mais les indicateurs de résultat fournissent les données les plus solides pour engager des actions en connaissance de cause.

- La collecte de données sur les indicateurs pendant une situation d'urgence fournit des données de départ aux fins non seulement des réponses minimales (telles que celles dont il est question dans le présent document), mais aussi de l'action humanitaire globale à long terme.
- Les indicateurs doivent être SMART (Spécifiques, Mesurables, Applicables, Réalisables et d'application limitée dans le Temps).
- En règle générale, il n'est possible de suivre dans le temps que quelques indicateurs. Les indicateurs doivent être choisis sur la base du principe 'peu nombreux mais puissants'. Ils doivent être formulés de façon à pouvoir être facilement évalués, sans empiéter sur le travail quotidien de l'équipe ou de la communauté.
- Les données sur les indicateurs doivent être ventilées par âge, sexe et lieu chaque fois que cela est possible.

2. Procéder à des évaluations respectueuses de la déontologie et sur un mode participatif.

- Pour le suivi et l'évaluation finale, on appliquera les mêmes principes de mesure que pour l'évaluation des besoins. Voir l'Intervention principale 3 de l'[Aide-mémoire 2.1](#) pour un examen détaillé des questions touchant la participation, l'inclusion, l'analyse, les situations de conflit, la pertinence culturelle, les principes de déontologie, les équipes d'évaluation et les méthodes de collecte des données, y compris l'épidémiologie psychiatrique.

- Pour les interventions de suivi et d'évaluation finale, les indicateurs doivent être mesurés *avant*, puis *après* l'intervention afin de constater la présence ou l'absence de changements. Toutefois, il faudrait un projet beaucoup plus rigoureux pour déterminer si l'intervention a *causé* le changement observé. Les projets de ce type dépassent généralement les limites de la réponse minimale, que le présent document définit comme une intervention prioritaire essentielle à mettre en œuvre aussitôt que possible dans une situation d'urgence.
- Les données quantitatives doivent être complétées par les données qualitatives pertinentes (par ex. les témoignages de personnes ayant assisté à l'intervention).

3. Utiliser le suivi pour animer la réflexion, l'apprentissage et le changement.

- Les données concernant les indicateurs retenus peuvent être recueillies de façon périodique, en commençant pendant la situation d'urgence, avec un suivi dans les mois ou années qui suivent. Par exemple, dans le cas d'un type spécifique d'évaluation et d'analyse effectué pendant une situation d'urgence, on peut répéter le même processus par la suite à des intervalles de six, 12 et 18 mois, par exemple pour étudier les changements survenus et aider au besoin les parties prenantes à reconsidérer les interventions.
- Les principales conclusions du suivi et de l'évaluation finale doivent être diffusées auprès de toutes les parties prenantes intéressées, parmi lesquelles le gouvernement, les organes de coordination et la population affectée. L'information destinée à cette dernière doit être diffusée sous une forme accessible (par ex. dans les langues locales et d'une façon compréhensible pour tous, quelque soit le niveau d'instruction).
- Pour favoriser la réflexion, l'apprentissage et le changement, les dialogues participatifs peuvent être l'occasion de prendre du recul pour faire le point sur le sens des données et la manière d'ajuster les activités en fonction de ce qui a été appris.

Principales sources d'information

1. Action Aid International. *Participatory Vulnerability Analysis: A step-by-step guide for field staff*. <http://www.actionaid.org.uk/wps/content/documents/PVA%20final.pdf>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP). Chapter 6 'Monitoring'; Chapter 7 'Evaluation'. In *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners* (pp.193-227). <http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
3. Bolton P., Tang A.M. [2002] 'An alternative approach to cross-cultural function assessment'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 37:537-43.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

4. Bragin M. (2005). 'The community participatory evaluation tool for psychosocial programmes: A guide to implementation'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict* 3, 3-24.

http://www.interventionjournal.com/downloads/31pdf/03_24%20Bragin%20.pdf

5. Cohen R.N. (2004) *Introducing Tracer Studies: Guidelines for Implementing Tracer Studies in Early Childhood Programmes* (disponible en anglais et en espagnol). Bernard van Leer Foundation. http://www.bernardvanleer.org/publications/Browse_by_series/publications_results?getSerie=Books%20and%20Monographs

6. Institut international pour l'environnement et le développement. *Participatory Learning and Action (PLA Notes)*. http://www.iied.org/NR/agbioliv/pla_notes/pla_backissues/14.html (voir plus particulièrement les notes 31 et 42, qui couvrent l'Approche Rurale Participative, le suivi et les évaluations finales).

7. Psychosocial Working Group (2005). *Reflections on Identifying Objectives and Indicators for Psychosocial Programming*.

http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/PWG_OI_.pdf

8. Pau Perez Sales (2006) 'Repensar Experiencias. Evaluación de programas psicosociales y de salud mental. Metodologías y técnicas'. *Ed Popular*. (www.psicosocial.net) ['Rethinking experiences. Assessment of mental health and psychosocial programmes. Methods and techniques', en espagnol].

Indicateurs de méthodes types

- Des indicateurs SMART de méthode et de résultat sont formulés pour les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial.
- Les indicateurs sont examinés périodiquement en fonction des besoins.
- Les principales parties prenantes, y compris la population affectée, sont associées à tous les aspects du processus de suivi et d'évaluation finale, y compris à la discussion sur les résultats et leurs implications.

Exemple : El Salvador, 2001

- Les autorités locales, une équipe communautaire psychosociale composée de membres d'une université locale et une ONG internationale ont mis sur pied un système de suivi et d'évaluation finale dans un camp de 12 000 personnes touchées par le tremblement de terre.
- Ce système a recueilli des données quantitatives et qualitatives sur l'entraide, la solidarité, la sécurité, la capacité de donner des impulsions, les processus décisionnels, l'accès à une information actualisée, l'image des autorités, l'emploi, la normalisation des activités, l'opinion concernant la cohésion de la communauté et

l'opinion sur l'avenir. Il a utilisé une enquête de référence en organisant des suivis tous les trois mois sur un échantillon aléatoire de 75 tentes. À chaque occasion, les données ont été recueillies sur une période de 24 heures par cinq bénévoles.

- Au bout de trois mois, le système de suivi et d'évaluation finale a détecté une baisse importante de l'entraide et de la solidarité dans l'esprit des gens. Les mesures appropriées ont été prises (par ex. en procédant à une nouvelle répartition des tentes et des cuisines collectives et en organisant des activités de groupe). Trois mois plus tard, l'enquête a fait état d'une augmentation de la confiance dans les processus de direction et de prise de décision, ce qui montrait que la tendance avait été inversée.

Mettre en place un cadre pour assurer le respect des droits de l'homme par le biais de la santé mentale et du soutien psychosocial

Fonction: Normes en matière de protection et de droits de l'homme

Phase: Réponse minimale

Cadre général

Les violations des droits de l'homme sont très répandues dans la plupart des situations d'urgence. Un grand nombre de caractéristiques des situations d'urgence – le déplacement, la désintégration des structures familiales et sociales, le manque d'accès à l'aide humanitaire, l'effritement des systèmes de valeurs traditionnelles, une culture de la violence, une gouvernance médiocre, l'absence de mise en œuvre de la responsabilité et l'impossibilité d'avoir accès aux services de santé – entraînent des violations des droits de l'homme. L'indifférence à l'égard des normes internationales en matière de droits de l'homme est souvent l'une des causes fondamentales et l'une des conséquences des conflits armés. Par ailleurs, les violations des droits de l'homme et la mauvaise gouvernance peuvent aggraver l'impact des catastrophes naturelles. Les groupes pouvant courir un risque particulier dans les situations d'urgence sont indiqués au [Chapitre 1](#); c'est notamment le cas des personnes menacées pour des raisons politiques. Elles courent un risque plus grand de subir des violations de leurs droits fondamentaux et sont plus exposées à la détresse affective, aux problèmes psychosociaux et aux troubles mentaux.

Dans les situations d'urgence, il existe une relation très étroite entre la promotion de la santé mentale et du bien-être psychosocial et la protection et la promotion des droits de l'homme. Le fait de plaider pour l'application des normes relatives aux droits de l'homme, telles que le droit à la santé, le droit à l'éducation ou à ne pas faire l'objet de discrimination, contribue à la création d'un milieu protecteur et favorise la protection sociale ([voir Aide-mémoire 3.2](#)) et la protection juridique ([voir Aide-mémoire 3.3](#)). La promotion des normes internationales relatives aux droits de l'homme jette les bases de la mise en œuvre de la responsabilité et de la mise en place de mesures destinées à en finir avec la discrimination, les mauvais traitements ou la violence. Le fait de prendre des mesures pour promouvoir et protéger les droits de l'homme réduit les risques courus par les personnes affectées par la situation d'urgence.

L'intervention humanitaire permet à la population de prendre conscience d'un grand nombre de droits et peut réduire les violations des droits de l'homme. Le fait de permettre aux groupes à risque, par exemple, d'accéder au logement ou à l'eau et à l'assainissement accroît leur chances de bénéficier des distributions de vivres,

améliore leur santé et diminue leur risque d'être victime de discrimination et de maltraitance. Par ailleurs, le fait de fournir un soutien psychosocial, y compris sous la forme des compétences de la vie courante et d'un appui pour trouver un emploi, aux femmes et aux filles peut réduire leur risque d'avoir à recourir à des stratégies de survie qui, telle la prostitution, leur font courir des risques supplémentaires de violation de leurs droits fondamentaux. On veillera toutefois à éviter de stigmatiser les groupes à risque en canalisant l'aide vers ces seuls groupes.

La promotion des droits de l'homme allant de pair avec celle de la santé mentale et du bien-être psychosocial, les professionnels de la santé mentale et du soutien psychosocial ont une double responsabilité. Tout d'abord, comme indiqué dans les Interventions principales 1 à 3 plus loin, ils doivent s'assurer que les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial confortent les droits de l'homme. Ensuite, comme l'indiquent les Interventions 4 à 5, ils doivent assumer la responsabilité – qui est celle de tous les acteurs humanitaires, quel que soit le secteur considéré – de promouvoir les droits de l'homme et de protéger les personnes à risque contre la maltraitance et l'exploitation.

Interventions principales

1. Plaider en faveur du respect des normes internationales relatives aux droits de l'homme dans toutes les formes du soutien à la santé mentale et au bien-être psychosocial qui est apporté dans le cadre des situations d'urgence.

- Promouvoir une prestation de services sans exclusive et non discriminatoire, éviter de placer les personnes souffrant de troubles mentaux en institution et respecter la liberté de pensée, de conscience et de religion dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale et du soutien psychosocial.
- Aider les personnes recevant des soins de santé mentale et un soutien psychosocial à comprendre leurs droits.
- Respecter en toutes circonstances le droit des victimes à la confidentialité des données les concernant et au consentement éclairé, y compris au droit de refuser un traitement.
- Protéger les victimes de violations des droits de l'homme contre le risque de stigmatisation en leur faisant bénéficier de programmes plus généraux.

2. Mettre en œuvre des soins de santé mentale et un soutien psychosocial qui promeuvent et protègent les droits de l'homme.

- Faire des droits de l'homme une dimension intégrante de la conception, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation des programmes de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence, en particulier pour les personnes considérées comme à risque. Intégrer la sensibilisation aux droits de l'homme aux programmes de soutien psychosocial.
- Collaborer avec les parties prenantes à différents niveaux (famille, communauté, ONG locales et nationales et gouvernement) pour s'assurer qu'elles comprennent leurs responsabilités.
- Le cas échéant, envisager la possibilité d'utiliser les discussions consacrées aux droits de l'homme pour inciter les communautés à revendiquer leurs droits et renforcer le soutien social communautaire (voir exemple p. 61).
- Analyser l'impact des programmes sur les violations des droits de l'homme en cours et sur de futures et éventuelles violations.
- Envisager, le cas échéant, de communiquer les informations fournies par ces programmes aux organisations s'occupant des droits de l'homme. Pourraient ainsi être communiqués, aux fins de sensibilisation, les témoignages volontaires et anonymes des victimes. Il est essentiel de prendre en considération les risques courus par les bénéficiaires et le personnel local et international, et de respecter les normes strictes de respect de la vie privée, de la confidentialité des données et du consentement éclairé.

3. Faire des droits de l'homme et de la protection un thème de la formation de tous les travailleurs humanitaires concernés.

- Assurer la formation des acteurs humanitaires locaux et internationaux travaillant dans tous les secteurs et des personnels des services sanitaires et sociaux employés par les services préexistants, ainsi que des fonctionnaires, notamment ceux qui travaillent dans la police ou dans l'armée.
- Faire des droits fondamentaux de la population affectée des modules de base de la formation du personnel aux codes de conduite (voir Aide-mémoire 4.2).
- Promouvoir l'inscription au programme de formation des organisations de défense des droits de l'homme et des fonctionnaires de l'impact psychosocial des violations des droits de l'homme sur les victimes. Rappeler la nécessité de techniques d'entretien appropriées qui respectent les victimes et examinent l'impact psychologique des événements.

- Plaider auprès des organisations de défense des droits de l'homme en faveur de la nécessité d'un soutien psychosocial pour les victimes et leur fournir des informations sur les structures de soutien disponibles.

4. Mettre sur pied – dans le contexte des services humanitaires et préexistants – des dispositifs permettant de suivre et de signaler les cas de maltraitance et d'exploitation.

- Accorder une attention particulière aux personnes les plus à risque.
- On se reportera aux indications fournies par l'Aide-mémoire 4.2.

5. Plaider auprès des États – en les conseillant en la matière – pour une harmonisation des législations, des politiques et des programmes nationaux avec les normes internationales et d'un plus grand respect de ces normes par les services gouvernementaux (institutions, police, armée, etc.).

Le plaidoyer doit commencer aussitôt que possible dans la situation d'urgence et doit prendre en considération la nécessité de mesures destinées à prévenir la violence et la maltraitance et à garantir la recherche des responsables des violations des droits. Il convient de promouvoir les politiques qui favorisent le droit à la vérité, à la justice et à la réparation du préjudice. Le plaidoyer pourra être engagée sur les points suivants :

- faire cesser les attaques dirigées contre les hôpitaux, les écoles et les marchés
- mettre un terme à la discrimination frappant les groupes minoritaires
- prévenir le recrutement d'enfants par les forces ou groupes armés
- obtenir la libération des enfants retenus par les groupes armés ou illégalement détenus
- prévenir la violence sexuelle (y compris l'exploitation sexuelle et la traite) et prendre des mesures pour la faire cesser
- faciliter l'accès humanitaire pour l'appui et la réadaptation.

S'interroger sur le meilleur moyen de réagir face à la non-exécution des obligations ou à de graves violations en abordant la question avec les parties concernées, au niveau international ou par le canal des médias. Il faut tenir compte de l'impact éventuel de telle ou telle intervention et les risques encourus par les bénéficiaires et le personnel local et international.

Principales sources d'information

Instruments universels relatifs aux droits de l'homme applicables :

1. Pour un aperçu détaillé des instruments universels relatifs aux droits de l'homme, y compris leur texte intégral et des informations sur l'état de leur ratification, on peut se reporter à :

<http://www.ohchr.org/french/law/>. Ce site Web contient :

- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)
- le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966)
- l'observation générale 14 relative au droit au niveau de santé le plus élevé possible adoptée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels en mai 2000 [E/C.12/2000/4, CDESC en date du 4 juillet 2000]
- les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (1991)
- les Conventions de Genève (1949) et les Protocoles additionnels aux Conventions (CICR, 1977)
- le Statut de Rome de la Cour pénale internationale (1998)
- la Convention relative aux droits de l'enfant (1989) et les Protocoles facultatifs à la Convention (2000)
- la Convention relative au statut des réfugiés (1951)
- la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)
- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) et le Protocole facultatif à la Convention (1999).

Directives et manuels

2. Amnesty International, International Human Rights Standards and Organisations, in Campaigning Manual, Chapter 6, www.amnesty.org/resources/pdf/campaigning-manual/chapter6.pdf. (Pour accéder au manuel en entier : <http://web.amnesty.org/pages/campaigning-manual-eng>).

3. Health and Human Rights Info. <http://www.hhri.org>

4. Bureau de la coordination des affaires humanitaires (à paraître). Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual.

5. Slim H. and Bonwick A. (2005) Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/protection/alnap_protection_guide.pdf

6. Tearfund. Setting the Standard: A common approach for child protection in NGOs. <http://tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Topics/Child%20Protection%20Policy.pdf>

7. Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays (1998). http://www.unhcr.ch/french/html/menu2/7/b/principles_fr.htm

8. UNICEF et la Coalition pour mettre fin à l'utilisation d'enfants soldats (2003), Guide du Protocole facultatif concernant les enfants dans les conflits armés.

http://www.unicef.org/publications/files/option_protocol_conflict.pdf

9. UNICEF, A Principled Approach to Humanitarian Action, e-learning course. www.unicef.org/path

Indicateurs de méthode types

- Les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial respectent les normes internationales relatives aux droits de l'homme et sont conçus de façon à protéger la population contre la violence, la maltraitance et l'exploitation.
- La formation du personnel des programmes de soutien psychosocial et de santé mentale met l'accent sur les droits de l'homme.
- Des mécanismes appropriés pour suivre et signaler les cas de maltraitance et d'exploitation des civils sont institués.

Territoire palestinien occupé, 2000

- Une agence des Nations Unies a appuyé l'organisation d'ateliers où les adolescents ont examiné leurs rôles dans la communauté, dans le contexte du conflit en cours qui portait atteinte à leurs droits à l'éducation, à la santé, à la protection contre la violence et à la participation, entre autres droits.
- Un grand nombre d'adolescents étaient désespérés et certains pensaient que la violence était la seule solution, tandis que d'autres plaidaient en faveur de moyens non violents de défendre leurs droits.
- Les adolescents ont décidé d'utiliser un forum d'adolescents pour promouvoir leurs droits auprès des responsables palestiniens; de se servir des médias pour expliquer leur situation, leurs droits et leurs vues sur ce qu'il convenait de faire; de travailler comme bénévoles formés dans les établissements de soins; d'organiser des activités récréatives pour les jeunes enfants; et mettre en place un système de soutien par des pairs.
- En leur présentant des possibilités d'apporter une contribution concrète à leur communauté et de revendiquer leurs droits, ces programmes ont donné aux jeunes un but à atteindre, renforcé la solidarité et l'espoir et fait des adolescents des modèles constructifs et respectés dans leur communauté.

Recenser, suivre, prévenir et répondre aux menaces et aux abus en matière de protection par le biais de la protection sociale

Fonction: Normes en matière de protection et de droits de l'homme

Phase: Réponse minimale

Cadre général

Dans les situations d'urgence, on relève une interaction complexe entre les menaces envers la protection et la santé mentale et le bien-être psychosocial. Les victimes signalent souvent que leur principale source de stress découle des menaces d'attaque et de persécution, de déplacement forcé, de violence sexiste, d'éclatement de la famille ou d'enlèvement de membres de la famille, et d'autres menaces telles que la misère, l'exploitation et la maltraitance. Ces problèmes de protection causent des souffrances immédiates et peuvent compromettre la reconstitution des réseaux sociaux et le retour du sentiment d'appartenance à une collectivité, éléments sur lesquels repose le bien-être psychosocial. Les situations d'urgence peuvent également aggraver les différences de pouvoir au sein de la population affectée en augmentant la vulnérabilité des personnes déjà marginalisées.

Si l'on ne prend pas garde aux problèmes de protection, la SMSPS risque de se focaliser sur les conséquences en négligeant les causes premières et permanentes. Il s'ensuit que la promotion d'un milieu protecteur fait partie intégrante du soutien psychosocial. Par ailleurs, les problèmes psychosociaux et de santé mentale peuvent aggraver les problèmes de protection. Ainsi, par exemple, les enfants qui ont perdu leur famille et sont extrêmement traumatisés courent des risques accrus de vivre dans la rue, de se faire exploiter ou, dans certaines situations d'urgence, de s'associer à des groupes armés. En outre, les personnes souffrant de graves handicaps mentaux peuvent errer dans les rues, s'exposant ainsi à des dangers que la plupart des autres personnes peuvent éviter.

La protection suppose des mécanismes tant juridiques que sociaux. La protection juridique nécessite l'application des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme (voir Aide-mémoire 3.1) et de la législation internationale et nationale (voir Aide-mémoire 3.3). La protection sociale, qui fait l'objet du présent aide-mémoire, consiste principalement à mobiliser et à renforcer les réseaux sociaux et les mécanismes communautaires qui réduisent les risques et permettent de répondre aux besoins immédiats. La protection relève de la responsabilité collective des États, des populations touchées et de la communauté humanitaire (voir le *Code de conduite du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des organisations non gouvernementales pour les secours en cas de catastrophe*).

Les travailleurs humanitaires, qu'ils soient membres de la population affectée ou d'organisations étrangères ou des deux à la fois, peuvent contribuer à la protection de bien des façons. Il s'agit notamment d'acheminer l'aide relevant de différents secteurs (voir Aide-mémoire 9.1, 10.1 et 11.1) d'une façon qui soutienne les personnes vulnérables, rende leur dignité aux victimes et contribue à remettre sur pied les réseaux sociaux. Une grande partie de la protection sociale consiste pour les habitants à s'organiser pour faire face aux menaces envers la protection, ce qui crée un sentiment de prise en charge autonome et la possibilité de mécanismes de protection durables. Le travail des spécialistes de la protection vient compléter ce travail de non-spécialistes. Par exemple, des travailleurs expérimentés de la protection de l'enfance se chargeront des vulnérabilités particulières des enfants, tandis que des travailleurs de protection spécialisés seront également nécessaires pour renforcer les capacités locales en matière de protection. Le présent aide-mémoire s'adresse tout à la fois aux non-spécialistes et aux spécialistes.

Interventions principales

1. Déterminer à partir des évaluations de protection spécialisés s'il y a lieu de recueillir des informations sur les menaces envers la protection et, dans l'affirmative, à quel moment et selon quelles modalités.

Une grande partie des activités d'évaluation de la protection doivent être confiées à des spécialistes de la protection qui possèdent les compétences techniques nécessaires et qui comprennent le contexte local. Les non-spécialistes doivent s'abstenir d'entreprendre l'examen de questions aussi délicates que le viol, la torture ou la détention. Toutefois, les non-spécialistes peuvent jouer un rôle. Par exemple, les éducateurs doivent apprendre à connaître les risques auxquels sont exposés les enfants et à les aider à étudier en toute sécurité. Pour y parvenir, la contribution des non-spécialistes doit s'appuyer sur celle des spécialistes de la protection, selon les modalités suivantes :

- Se familiariser avec les menaces envers la protection qui ont été recensées;
- Consulter les spécialistes de la protection avant de se lancer dans des activités de protection sociale;
- Connaître les moyens à mettre en œuvre pour signaler les problèmes de protection;

- Évaluer les dangers (pour les enquêteurs, les personnes interrogées, les acteurs humanitaires, la population locale) pouvant être associés au travail d'enquête. Demander à des informateurs de confiance appartenant à différents groupes ou factions :

- Que peut-on demander en toute sécurité ?
- Quand et où peut-on poser des questions sans risque ?
- Comment éviter de faire du mal ?

Avant d'interroger des victimes de torture, demander si le fait de leur poser des questions peut mettre en danger d'autres membres de leur famille; qui peut mener les entretiens en toute sécurité; où et à quel moment réaliser ces entretiens; et quels sont les risques de futures représailles contre les victimes ainsi interrogées.

2. Effectuer un examen participatif multisectoriel des menaces à la protection et des capacités de protection.

- Procéder à une analyse de situation des problèmes de protection :
 - Voir [Aide-mémoire 2.1](#) pour des indications sur la façon d'effectuer une évaluation à la fois éthique et participative.
 - Incorporer dans l'équipe des membres du groupe affecté qui ont été formés et qui sont soutenus, pour autant qu'ils soient considérés comme impartiaux et que cette approche ne fasse courir de risque à personne.
 - Déterminer s'il est acceptable d'examiner des problèmes de protection délicats avec des personnes prises isolément ou en groupe.
 - Recenser dans un éventail de cadres différents (par ex. des camps, des itinéraires empruntés par les personnes allant chercher de l'eau ou du bois de chauffe, des sites d'éducation non formelle, des marchés) les menaces à la protection, telles que la violence sexiste, les attaques contre les civils, le déplacement forcé, l'enlèvement, le recrutement de mineurs, la traite, l'exploitation, le travail dangereux, les mines terrestres, l'exposition au VIH/sida et l'abandon moral de personnes placées en institution. Éviter, toutefois, d'utiliser la technique de la liste de points à vérifier, car elle pourrait conduire les responsables de l'évaluation à négliger d'autres menaces ou des menaces nouvelles.
- En prenant soin de ne pas faire du tort, poser des questions telles que les suivantes:
 - Quelles sont les causes de la violence et quels sont les auteurs des actes de violence?

- Les auteurs des violences sont-ils encore présents et intimident-ils la population locale ou les personnes qui offriraient leur protection ?
- L'éclatement des familles s'est-il produit ? Se produit-il encore ?
- Où sont les enfants séparés ou non accompagnés ?
- Qu'est-il advenu des personnes âgées/handicapées ?
- Qu'est-il advenu des personnes placées en institution et vivant dans des hôpitaux ?
- Quels sont les problèmes qui se posent actuellement en matière de sécurité ?
- Analyser les capacités locales en matière de protection, en posant des questions telles que celles-ci :
 - Dans le passé, comment les groupes de la communauté faisaient-ils face aux menaces envers la protection telles que celles qui existent aujourd'hui, et que font-ils à présent?
 - En quoi la crise a-t-elle affecté les systèmes de protection et les mécanismes d'adaptation qui fonctionnaient auparavant?
 - Où sont les personnes qui, en temps normal, fourniraient une protection?
 - Certaines des sources de protection présumées – telles que la police, l'armée ou les casques bleus, ou les écoles – créent-elles des menaces à la protection?
- Chaque fois que cela est possible, recueillir des données ventilées par âge et par sexe.
- Établir des protocoles/recommandations sur le consentement éclairé et l'enregistrement, l'archivage et la communication d'informations confidentielles.
- Signaler à toutes les équipes d'évaluation et aux mécanismes de coordination sectoriels et intersectoriels les problèmes de protection recensés.

3. Mobiliser ou établir des mécanismes de protection sociale, en renforçant au besoin les capacités de protection locales.

- En fonction des besoins selon le contexte, mobiliser les personnes qui jouent ou ont joué un rôle dans l'organisation de la prise en charge des soins ou de la protection au niveau communautaire, en s'assurant de la représentation des femmes et d'autres groupes à risque clés.
- Familiariser la population locale avec les moyens de signaler les atteintes à la protection.

- Créer, là où cela est possible, un groupe de travail sur la protection (GTP) qui s'appuie le cas échéant sur les initiatives existantes, accueille divers acteurs (y compris des organisations s'occupant des droits de l'homme) et fasse fonction d'organe de coordination de la protection des acteurs humanitaires. Les GTP aident à suivre les problèmes de protection et à y faire face et peuvent être mis sur pied pour un village, un camp ou une zone géographique plus importante. Leur rôle doit être bien défini : ils doivent par exemple être appelés à combler les déficits de protection et à communiquer les pratiques les plus recommandées.
- Organiser la formation dispensée par des spécialistes de la protection afin de renforcer les capacités du GTP en cas de besoin, notamment en ce qui concerne les risques auxquels sont exposés les handicapés mentaux.
- Là où cela est possible, établir un lien entre le GTP et les autres mécanismes de protection des zones limitrophes, en constituant des réseaux régionaux de protection dont les membres échangent entre eux des informations sur les menaces.
- Donner accès à l'éducation à titre de mesure de protection (voir [Aide-mémoire 7.1](#)), en s'assurant que les éducateurs savent comment faire étudier les élèves dans de bonnes conditions de sécurité.

4. Suivre les menaces envers la protection, en communiquant des informations aux organisations compétentes et aux parties prenantes de la protection.

- Suivre les menaces envers la protection et leurs changements de nature, d'intensité, de forme et de cible en différents lieux, tels que les écoles et les marchés.
- Par l'intermédiaire des GTP et des organisations s'occupant des problèmes de protection, partager régulièrement les informations aux parties prenantes de la protection, en créant là où cela est possible une base de données centrale accessible aux différents organismes et présentant des données ventilées par âge et par sexe.
- Établir des lieux d'échange d'informations (voir [Aide-mémoire 8.1](#)) concernant les menaces envers la protection et les problèmes de sécurité, qui permettent à la population touchée et aux travailleurs humanitaires de fournir des informations, réduisant de ce fait la propagation de rumeurs.
- Protéger la confidentialité et communiquer toutes informations en se conformant aux directives du GTP.

5. Faire face aux menaces envers la protection en prenant des mesures appropriées inspirées par la communauté.

- Faire en sorte que les interventions donnent lieu à la consultation des communautés affectées et, là où cela est possible, à leur participation.
- Tirer les enseignements des succès obtenus au niveau de la communauté en faisant face aux menaces et exploiter ces succès et, le cas échéant, diffuser les stratégies que la communauté (ou un groupe de cette communauté) a élaborées pour se protéger.
- Organiser des interventions appropriées en matière de protection sociale telles que :
 - Organiser des espaces sûrs ([voir Aide-mémoire 5.1](#)) dans lesquels les enfants puissent jouer et les adultes se rencontrer pour discuter des mesures à prendre afin de renforcer la protection et le bien-être;
 - Mettre en place des systèmes d'identification, d'enregistrement, de recherche, de réunification et de prise en charge temporaire des enfants séparés ([voir Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children](#) dans la section sur les Principales sources d'information);
 - Fournir un soutien d'urgence aux personnes/familles extrêmement vulnérables dans les espaces sûrs, les centres ou les zones spécialement désignées à cet effet;
 - Mettre en œuvre des processus locaux de règlement des différends;
 - Mettre en œuvre des processus locaux d'aide aux personnes courant les plus grands risques ([voir Aide-mémoire 5.2](#));
 - Fournir, le cas échéant, des aides financières modestes, pour atténuer l'acuité des menaces économiques au bien-être;
 - Appuyer les mesures locales prises pour diminuer les risques posés par les mines terrestres, les munitions non explosées et les puits non couverts;
 - Empêcher des groupes étrangers ou extérieurs à la communauté d'emmener avec eux des orphelins, de jeunes femmes célibataires ou d'autres personnes vulnérables.
- Organiser l'appui aux victimes d'abus gravement traumatisés au plan psychologique ([voir Aide-mémoire 5.2, 6.1](#)).
- Éviter de singulariser ou de cibler des sous-groupes particuliers dans la distribution de l'aide, à moins que cela ne soit indispensable pour empêcher qu'un nouveau préjudice ne leur soit causé. Une aide intégrée contribue à réduire la

discrimination et peut renforcer le lien social. Penser, par exemple, à fournir une aide aux groupes de femmes plutôt qu'aux groupes s'occupant de femmes qui ont été violées.

- Intégrer la protection à tous les secteurs de l'aide humanitaire, notamment en :
 - Organisant le suivi de l'aide alimentaire après sa distribution pour s'assurer qu'elle parvient bien aux enfants et aux autres personnes qui en ont besoin;
 - Suivant les programmes de logement pour s'assurer que les personnes pouvant avoir besoin d'une assistance spéciale bénéficient d'un appui dans la recherche d'un logement adéquat;
 - Faisant en sorte que les installations d'assainissement (latrines) soient proches des habitations, qu'elles soient bien éclairées et que les femmes et les enfants puissent les utiliser en toute sécurité;
 - Élaborant, le cas échéant, une stratégie intersectorielle concernant la violence sexiste.

6. Prévenir les menaces envers la protection en combinant programmation et sensibilisation.

- Faire respecter les codes de déontologie s'adressant aux travailleurs humanitaires et dont l'objet est de protéger les enfants et prévenir l'exploitation sexuelle et la maltraitance (voir Aide-mémoire 4.2).
- Formuler, en collaboration avec la population locale et les groupes de coordination, une stratégie de sensibilisation qui traite des principales questions suivantes :
 - Mesures destinées à assurer la sûreté physique et la sécurité de la population locale;
 - Nécessité d'un financement souple à long terme permettant de faire face à des menaces complexes et évolutives;
 - Modes appropriés de prise en charge des enfants placés dans des orphelinats et autres établissements.
- Mettre en place des procédures concernant l'accès des médias aux personnes à risque, en étant bien conscient que la médiatisation peut entraîner (a) des attaques de représailles contre d'anciens enfants soldats ou des victimes de viol; (b) une détresse associée aux violations de la confidentialité, à des entretiens multiples ou

à l'utilisation de questions inappropriées; et (c) une stigmatisation des intéressés due au traitement particulier que leur ont réservé les médias.

- Fournir des informations sous des formes que la population puisse comprendre et qui puissent l'aider à prendre des décisions en connaissance de cause sur les principaux problèmes de protection (voir Aide-mémoire 8.1).

Principales sources d'information

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2005). *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies*.
<http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm>
2. IASC (2002). *Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action*.
www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00000717
3. IASC (2005). *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Genève: IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20French.pdf>
4. IASC (2006). *Protecting Persons Affected By Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters*. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/IASC%20Operational%20Guidelines%20final.pdf>
5. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR et World Vision (2004). *Principes directeurs inter-agences relatifs aux enfants non accompagnés ou séparés de leur famille*. Genève : CICR. [http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/p1101/\\$File/ICRC_001_1011.PDF?Open](http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/p1101/$File/ICRC_001_1011.PDF?Open)
6. IFRC et CICR (1994). *Code de conduite du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des organisations non gouvernementales pour les secours en cas de catastrophe*.
<http://www.ifrc.org/publicat/conduct/index.asp>
7. InterAction (2004). *Making Protection a Priority: Integrating Protection and Humanitarian Assistance*.
http://www.interaction.org/campaign/protection_paper.html
8. OCHA (à paraître). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.
9. UNHCR. *Operational Protection in Camps and Settlements: A reference guide of good practices in the protection of refugees and other persons of concern*.
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.pdf?tbl=PUBL&id=448d6c122>
10. UNICEF. *Ethical Guidelines for Journalists*. www.unicef.org/ceecis/media_1482.html

Indicateurs de méthode types

- Les travailleurs humanitaires savent qu'ils ont la responsabilité de signaler les violations et savent comment le faire.
- Dans les camps, les villages ou les sites de réinstallation, il existe un groupe ou un mécanisme local de protection qui remplit une fonction de suivi, de notification et d'intervention en matière de protection.
- Des mesures sont prises pour la protection des personnes les plus vulnérables, y compris celles qui souffrent de handicaps mentaux chroniques.

Exemple : Sierra Leone, 2002

- Après 10 années de guerre civile, les filles enlevées et exploitées sexuellement par des groupes armés étaient souvent montrées du doigt, harcelées et agressées lorsqu'elles retournaient dans leur village.
- Une ONG internationale a organisé des dialogues communautaires pour aider la population à comprendre que ces filles avaient été forcées de faire des choses répréhensibles et qu'elles avaient elles-mêmes beaucoup souffert pendant la guerre.
- Les villages ont organisé des 'Comités pour le bien-être des filles', qui ont défini la notion de harcèlement et de maltraitance des filles et fixé des amendes.
- Ce mécanisme de protection communautaire a fait nettement baisser le nombre de cas de maltraitance des filles et favorisé leur réinsertion dans la vie civile.

Cadre général

La grave détérioration de l'ordre public qui se produit dans un grand nombre de situations d'urgence accroît la vulnérabilité de la population face aux violations des droits et garanties reconnus par les systèmes juridiques internationaux et nationaux. Dans les conflits armés, où les violations des droits de l'homme sont souvent très répandues et commises en toute impunité, la population peut avoir trop peur pour signaler des infractions ou s'exposer à des représailles si elle le fait. Cette situation dépouille les personnes de leur dignité et du respect d'elles-mêmes, et leur donne l'impression d'avoir perdu tout contrôle sur leur vie et leur environnement. La protection juridique est donc indispensable à la promotion de la santé mentale et du bien-être psychosocial.

La protection juridique se réfère à l'application du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme, qui définissent les droits reconnus à tous, des mesures de protection spéciales étant prévues pour les groupes vulnérables (voir Chapitre 1). En droit international, les États ont la responsabilité principale de la protection des personnes se trouvant sur leur territoire. Il s'ensuit que le droit législatif et le droit coutumier nationaux doivent être utilisés pour fonder la protection juridique lorsqu'ils sont compatibles avec les normes juridiques internationales. Si la protection en principe offerte par le droit national est faible ou impossible à mettre en œuvre, il convient de s'employer à assurer une protection juridique conforme aux normes internationales établies, en considérant qu'il s'agit là des normes applicables minimales que la communauté internationale doit respecter dans une situation d'urgence. Les activités de protection juridique doivent commencer dans les toutes premières phases d'une situation d'urgence, et les personnes qui en sont chargées doivent avoir conscience du fait que ces activités peuvent requérir et de la nécessité de mettre en balance les risques et les avantages relatifs.

La sûreté, la dignité et l'intégrité sont des concepts fondamentaux tant pour le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme que pour une approche psychosociale de l'action humanitaire. La protection juridique défend la santé mentale et le bien-être psychosocial en protégeant les personnes contre les dangers, en promouvant un sentiment de dignité, d'efficacité et de sûreté, et en renforçant la responsabilité sociale et la recherche des responsables des

violations des droits. Toutefois, les efforts faits pour instituer la protection juridique peuvent aussi causer un préjudice s'ils ne tiennent pas compte des considérations psychosociales. Par exemple, les victimes de crimes tels que la torture et le viol ont souvent l'impression d'être considérées avec réprobation ou suspicion à la suite des procédures pénales. Il importe de mettre en place la protection juridique d'une façon qui assure le bien-être psychosocial.

La protection juridique suppose un travail de collaboration aux niveaux local, national, régional et international. Dans cette optique de partenariat, un grand nombre d'acteurs différents jouent un rôle essentiel. Une bonne partie du travail de protection est affaire de spécialistes, mais toutes les personnes associées à l'aide humanitaire se doivent d'appuyer une protection juridique adéquate.

Interventions principales

1. Recenser les principales menaces à la protection et déterminer l'état des mécanismes de protection existants, en particulier pour les personnes courant un très grand risque.

- Effectuer des évaluations participatives (voir Aide-mémoire 2.1) avec les personnes courant un risque accru (voir Chapitre 1) afin de recenser les principaux facteurs de risque et les aptitudes des personnes et leur capacité de prévenir ces risques et d'y faire face; de déterminer si des mécanismes de protection sont disponibles au niveau local et s'ils protègent bien ou mal les différents groupes; et de préciser quel soutien supplémentaire devrait être apporté (voir aussi Aide-mémoire 3.2).
- Évaluer le préjudice que ces examens peuvent éventuellement causer à la population, en analysant les risques et avantages potentiels.

2. Aider la population affectée à mieux connaître ses droits juridiques et à les revendiquer de la façon la plus sûre possible, en mettant en œuvre des méthodes de communication appropriées (voir Aide-mémoire 8.1).

À ces fins, on peut notamment :

- Collaborer avec les responsables de communauté et les autorités locales compétentes (telles que les hommes de loi, les chefs de camp et la police) en vue de mobiliser les membres de leur communauté et les informer sur leurs droits juridiques et sur la façon de les réaliser en toute sécurité. Les questions à traiter en priorité peuvent être notamment : le droit d'accès à l'aide humanitaire; la protection spéciale à mettre en œuvre pour les groupes vulnérables; et les

mécanismes de dénonciation et leurs risques potentiels. On peut intervenir en :

- Organisant des groupes de dialogues suivant des modalités socialement acceptables (c'est-à-dire tenant compte des rôles selon l'âge et le sexe et utilisant les outils de communication appropriés) pour discuter des droits.
- Fournissant des informations adaptées à l'âge et au sexe dans des lieux publics tels que les sites de distribution de vivres, les dispensaires et les écoles.
- Faciliter l'utilisation des mécanismes juridiques garantissant l'accès aux services et aux denrées humanitaires, en s'assurant de l'existence de systèmes de dépôt de plaintes au sujet des violations du droit à l'accès gratuit et sûr à ces services et à ces denrées.

3. Appuyer les mécanismes de suivi des normes juridiques, de dénonciation de leurs violations et d'intervention à la suite de ces dénonciations.

- Déterminer quand il est approprié de dénoncer des violations et comment le faire. Comprendre que dans certaines situations, les mécanismes officiels tels que le recours à la police offrent un moyen de dénonciation approprié, mais que dans d'autres situations, le fait de signaler une violation à la police est risqué.
- Les acteurs humanitaires doivent signaler les cas de privation de droits, tels que le droit d'accès à l'aide humanitaire, à l'organe compétent, tel que la commission des droits de l'homme ou le groupe sectoriel de protection, en lui demandant de les aider à arrêter les mesures éventuelles à prendre.
- La communication de l'information doit respecter la confidentialité et réduire au minimum les risques de représailles ou de stigmatisation.
- Il peut être utile d'avoir recours aux mécanismes nationaux et/ou internationaux (comme la résolution 1612 du Conseil de sécurité concernant les enfants touchés par les conflits armés).

4. Appeler au respect du droit international et des dispositions du droit national et du droit coutumier, compatibles avec les normes internationales.

À cette fin, on peut notamment :

- Recenser et diffuser des informations sur les cadres juridiques nationaux et internationaux (voir Aide-mémoire 4.2) qui protègent les personnes à risque ;
- Participer ou fournir un appui aux campagnes d'information destinées à mettre fin à des violations spécifiques, telles que les détentions illégales, le refoulement, la

violence sexiste ou le recrutement d'enfants;

- Faire en sorte que les structures juridiques nationales et locales fournissent une protection juridique suffisante en renforçant, par exemple, les capacités de la police, du personnel judiciaire et de l'armée;
- Conduire un plaidoyer juridique contre les interventions en cas de situation d'urgence que l'on sait être inappropriées car susceptibles de dégrader la trame même de la société des populations affectées, telles que l'adoption dans une situation d'urgence, le placement en institution des personnes vulnérables et la traite des enfants et des femmes.

5. Mettre en place la protection juridique d'une manière qui renforce le bien-être psychosocial, la dignité et le respect.

À cette fin, il importe notamment de prendre les mesures suivantes :

- Aider les victimes décidées à dénoncer les violations et qui demandent protection ou réparation, à comprendre toutes les implications de leurs actions, afin que tout soit fait avec leur consentement éclairé;
- Éviter de provoquer une marginalisation en appelant l'attention sur telle ou telle victime, en particulier si ce qu'elle a vécu est susceptible de lui valoir la réprobation de la société;
- Recenser et appuyer les mécanismes qui mettent fin à l'impunité et rendent les auteurs de violations comptables de leurs actes. Il faut notamment bien voir que la justice répressive n'est pas toujours propice à l'apaisement au sein de la communauté ni favorable aux systèmes communautaires de justice réparatrice qui soient compatibles avec les normes juridiques internationales et qui débouchent sur le pardon et la réconciliation (par ex. la libération dans de bonnes conditions de sécurité d'enfants soldats et d'autres combattants vulnérables, la recherche de la famille et la réunification, et la promotion des mesures initiales du processus de réinsertion) ;
- Sensibiliser les membres de l'appareil judiciaire – comme les juristes, les juges, les assistants juridiques et les avocats plaidant devant les tribunaux – aux répercussions de leur travail sur le bien-être psychosocial. Les principales questions à aborder pourront être notamment :
 - Les incidences positives et négatives en matière de bien-être psychosocial que les procédures judiciaires peuvent avoir sur les victimes, en favorisant les approches

mettant l'accent sur la sécurité, la dignité et l'intégrité;

- L'application de techniques appropriées et sensibles dans la conduite des interrogatoires des témoins et des victimes, en tenant compte de leur âge, de leur sexe et de l'impact psychosocial de ce qu'ils ont vécu;
- L'importance de la confidentialité pour la protection de la sécurité et du bien-être des victimes (c'est-à-dire archivage et gestion des informations, audiences à huis clos, etc.);
- La portée des principales questions de protection juridique en ce qui concerne le bien-être psychosocial des différents groupes. Il peut notamment s'agir des questions suivantes :
 - Processus juridiques visant à établir ce qu'il est advenu des personnes disparues, particulièrement importants pour le travail de deuil;
 - S'assurer que les principes de responsabilité (« accountability ») propres au droit coutumier sont respectés, car ils peuvent s'avérer indispensables pour la réinsertion au sein des communautés d'enfants recrutés par les forces armées;
 - Le soutien économique essentiel que représentent le droit à l'héritage et les droits fonciers pour les veuves et les enfants, en encourageant l'autonomie et la résilience;
 - Adoption de mesures de déjudiciarisation en faveur des personnes souffrant de graves troubles mentaux, qu'il s'agit d'aiguiller vers les services sociaux et sanitaires appropriés.
- Mener l'action de plaidoyer d'une manière qui respecte la confidentialité, la dignité et l'intégrité, et évite d'aggraver le stress. La présentation publique du visage des victimes, même pour communiquer des informations sur les activités humanitaires, peut être dégradante. Éviter les images montrant des souffrances accablantes et manifestes ou renforçant chez les victimes le sentiment d'être persécutées (voir Aide-mémoire 8.1).

6. Fournir un soutien psychosocial et des services de protection juridique qui se complètent.

À cette fin, il est bon notamment :

- De recenser les dispositifs de soutien psychosocial appropriés pour les témoins et les personnes qui souhaitent dénoncer des violations ou obtenir réparation en justice;

- D'indiquer aux personnes en charge du soutien social, la manière d'aider les victimes à faire face aux processus judiciaires et légaux (examens médicaux, exhumations, identification des personnes décédées, etc.);
- De créer des groupes de soutien et des options en matière de garde d'enfants pour les témoins, les accusés et les autres parties aux procédures judiciaires;
- De savoir comment référer les intéressés, le cas échéant, vers des dispositifs de soutien et des services spécialisés dans la santé mentale et le soutien psychosocial;
- De comprendre la nécessité de référer en matière de protection juridique en faveur de personnes rencontrées dans des services de soutien psychosocial et de santé mentale. Par exemple, les victimes de la violence sexuelle reçoivent souvent un soutien médical et psychosocial, mais peuvent continuer d'être ou de se sentir en danger et de ne pas pouvoir se rétablir complètement si elles savent que l'auteur des violences ne sera pas puni;
- Incorporer les informations essentielles sur la protection juridique dans les stages d'initiation et de formation à la santé mentale et au soutien psychosocial (voir Aide-mémoire 4.1), en aidant les travailleurs humanitaires à comprendre ce qu'ils doivent faire et ne pas faire lorsqu'ils rencontrent des personnes qui ont besoin d'une protection juridique, y compris un référencement approprié.

Principales sources d'information

Directives et manuels

1. ActionAid (2001). *Learning About Rights—Module three: law and rights in emergencies*. <http://www.reliefweb.int/library/library/actionaid-rights-2001.htm>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP), (2005). *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Emergencies*. www.odi.org.uk/alnap/publications/protection/index.htm
3. IRIN (2006). *Justice for a Lawless World: Rights and Reconciliation in a New Era of International Law (Parts I and II)*. <http://www.irinnews.org/webspecials/RightsAndReconciliation/default.asp>
4. Keeping Children Safe (2006). 'Setting the international standards for child protection'. <http://www.keepingchildrensafe.org.uk>
5. UNICEF (2003). *Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations*. http://www.unicef.org/protection/files/Tech_Notes_chap_14_Psychosocial_Dev.pdf

Groupes de suivi et de défense des droits de l'homme

Amnesty International

<http://efai.amnesty.org/>

Human Rights Watch

<http://www.hrw.org/french/>

Commission interaméricaine des droits de l'homme

<http://www.cidh.org/french.htm>

Principaux instruments juridiques internationaux

Pour une liste des principaux instruments juridiques internationaux, voir l'Aide-mémoire 3.1.

Indicateurs de méthode types

- Les principales lacunes dans la protection juridique sont recensées et des plans d'action sont élaborés pour les combler.
- Les stages d'initiation et de formation au soutien psychosocial et à la santé mentale organisés à l'intention des personnels en charge de la protection juridique donnent des informations sur la protection juridique et le bien-être psychosocial, et sur le lien existant entre les deux.
- Les victimes de violations des droits de l'homme reçoivent un soutien complémentaire de la part des personnels en charge de la protection juridique et des personnes ayant des compétences en matière de santé mentale et de soutien psychosocial.

Exemple : République démocratique du Congo

- Dans la Province du Nord et du Sud-Kivu, la violence sexuelle est très répandue et les victimes sont souvent rejetées par leur famille et leur communauté.
- Des ONG internationales et locales qui offrent une assistance psychosociale aux victimes collaborent étroitement avec les organisations s'occupant des droits de l'homme, en partageant avec elles des données sur les types et le nombre de cas et en sensibilisant les communautés à l'impact psychosocial de la violence sexuelle, aux droits des femmes et à la nécessité de rechercher les responsables dans les cas de viol.

- Les victimes et les communautés sont invitées à signaler les cas d'une manière sûre et appropriée, les acteurs du soutien psychosocial s'assurant que la confidentialité et le consentement éclairé sont respectés et que les questions leur sont posées d'une manière réconfortante.
- Au niveau national, les organismes plaident de concert pour une modification de la loi sur la violence sexuelle dans un sens qui protège mieux les victimes.

Cadre général

Le personnel et les volontaires internationaux peuvent venir d'horizons géographiques, économiques et culturels différents de ceux de la population affectée du pays d'accueil. Ils apportent des vues et des valeurs différentes, mais doivent être capables d'adapter leurs compétences à la situation locale et de respecter les cultures et valeurs locales. La détresse de la population affectée peut être aggravée par un afflux de travailleurs humanitaires si ces derniers ne possèdent pas les compétences techniques requises ou s'ils ne sont pas capables de résister au stress que l'acheminement de l'aide ne peut manquer de provoquer. Le personnel et les volontaires locaux peuvent bien connaître les cultures et traditions locales, mais il peut néanmoins exister d'importantes différences socioculturelles, comme par exemple entre les zones urbaines et les zones rurales ainsi qu'entre groupes ethniques.

Le *Code de bonne pratique dans la gestion et le soutien du personnel humanitaire* de People in Aid, présente des principes directeurs généraux pour la gestion et le soutien du personnel des organisations humanitaires et de développement. Selon ce Code de bonne conduite, l'objectif du recrutement est de faire venir les employés voulus (personnel et volontaires) à l'endroit voulu en temps voulu, ce qui est un formidable défi dans la plupart des situations d'urgence. Il s'ensuit que les organisations sont souvent en compétition pour obtenir du personnel local.

Les interventions principales ci-dessous donnent des indications spécifiques sur le recrutement de travailleurs chargés de protéger et de favoriser la santé mentale et le bien-être psychosocial des populations affectées dans un contexte d'urgence.

Interventions principales

1. Charger un personnel compétent et responsable des opérations de recrutement.

Le personnel doit :

- avoir reçu une formation à la gestion des ressources humaines (selon le *Code de bonne pratique* de People in Aid);
- bien connaître les facteurs prévisibles de stress associés à l'action humanitaire et les politiques et pratiques nécessaires pour en atténuer les effets ([voir Aide-mémoire 4.4](#));

- comprendre les exigences minimales en matière de santé et de santé mentale pour les missions à haut risque et très éprouvantes (sur la base de l'expérience de l'organisation considérée et d'autres similaires);
- selon le contexte, être conscient des possibilités de conflit fondés sur l'appartenance ethnique ou l'identité raciale ou nationale.

2. Appliquer les principes devant régir le recrutement et la sélection. Le processus de sélection doit être impartial, transparent et cohérent de façon à ce que le personnel le plus qualifié et le plus capable soit recruté.

- Respecter les procédures écrites de recrutement qui énoncent en détail les modalités de recrutement et de sélection du personnel et des volontaires.
- Chercher à attirer le plus grand nombre possible de candidats qualifiés.
- Réduire l'«exode des compétences» des organisations locales au profit des organisations internationales. Les organisations internationales devraient (a) collaborer avec les organisations locales à la réalisation des opérations de secours, ce qui réduirait la nécessité de recruter un personnel très nombreux dans les organisations internationales et (b) éviter d'offrir des traitements particulièrement élevés, qui incitent le personnel des organisations déjà à pied d'œuvre dans la région à les quitter.
- Tenir à jour la documentation appropriée et faire savoir aux candidats s'ils ont été sélectionnés. Il convient de donner suite à toute demande des candidats à ce sujet.

3. Assurer l'équilibre entre les sexes dans le processus de recrutement et inclure des représentants des principaux groupes culturels et ethniques.

Les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial ont besoin de l'apport et de la participation des communautés. Les femmes et les hommes de ces communautés ont souvent des besoins différents. Pour examiner ces différences, il convient en règle générale de faire interroger séparément les hommes et les femmes par des employés de sexe masculin ou féminin. De la sorte, les problèmes sexospécifiques et personnels peuvent être examinés avec une plus grande franchise. De même, le recrutement de représentants des principaux groupes culturels et ethniques facilite la contribution et la participation des groupes représentés.

4. Fixer les conditions et les modalités du travail de volontaire.

Les organisations qui demandent à des volontaires de fournir un soutien psychosocial doivent bien préciser ce qu'elles attendent d'eux. De même, elles doivent les informer des politiques en matière de remboursement, de prestations, de gestion et d'appui aux volontaires et de la formation qui leur sera éventuellement dispensée. Là où cela est possible, les volontaires doivent être recrutés et appuyés par des organisations ayant une expérience de la gestion du personnel volontaire.

5. Vérifier les références et les qualifications attendues du personnel à recruter au plan national et international, y compris les consultants à court terme, les interprètes, les stagiaires et les bénévoles.

- Prendre contact avec les personnes ayant donné des références pour :
 - déterminer les atouts et les points faibles du candidat ;
 - déterminer la capacité du candidat à supporter des situations particulièrement éprouvantes ;
 - déterminer si le candidat a donné une image honnête de lui-même ;
 - déterminer l'aptitude du candidat à s'adapter à la culture locale et à la respecter ;
 - s'assurer que le candidat n'a pas d'antécédents de mauvais traitements à enfants (en particulier dans les cas de recrutement à des fonctions qui impliquent d'avoir des contacts avec des enfants).
- Au moment de recruter des professionnels, vérifier les qualifications officiellement exigées (preuve de l'achèvement de la formation professionnelle, adhésion à une organisation professionnelle, le cas échéant).
- Si l'on dispose de suffisamment de temps, vérifier le casier judiciaire. Tenir compte des aspects suivants :
- Dans les situations de répression politique, il est possible d'avoir été arrêté sans avoir commis d'infraction.
- Ne pas recruter de personnes ayant perpétré des actes de violence sous quelque forme que ce soit. Dans le cas des anciens soldats, on peut faire une exception délibérée en vue de promouvoir leur réinsertion dans la société.

6. Chercher à recruter du personnel familiarisé avec la culture locale et les modes de comportement appropriés qui lui sont associés.

Les tâches cliniques et les autres tâches de soutien psychosocial interpersonnel doivent pour l'essentiel être confiées à un personnel local qui parle la langue locale et comprend parfaitement les initiatives sociales et culturelles prises pour faire face à la situation d'urgence.

7. Examiner attentivement les offres d'assistance présentées par des spécialistes étrangers (indépendants) de la santé mentale.

Il convient de dissuader les spécialistes étrangers de la santé mentale de bonne volonté – qui ne sont affiliés à aucune organisation – de se rendre dans les régions touchées par une catastrophe, à moins qu'ils ne satisfassent aux critères suivants :

- Ils ont déjà travaillé dans le cadre de situations d'urgence.
- Ils ont déjà travaillé en dehors de leur propre milieu socioculturel.
- Ils possèdent des compétences de base en ce qui concerne certaines des interventions sur lesquelles portent les présentes Directives.
- Ils ont une bonne connaissance soit de la psychologie de communauté, soit des principes de la santé publique.
- Ils ont été invités par écrit par une organisation nationale ou une organisation internationale reconnue à travailler dans le pays.
- Ils sont invités à travailler dans le cadre d'une organisation qui devrait être durablement présente dans la communauté de la zone touchée par la catastrophe.
- Ils ne se focalisent pas sur la mise en œuvre des interventions par eux-mêmes (travail clinique, par exemple), mais fournissent un appui de caractère général aux programmes, notamment par un transfert de compétences en faveur du personnel local, de sorte que les interventions et les dispositifs de soutien sont mis en œuvre par le personnel local.

Principales sources d'information

1. Antares Foundation (2005). *Managing Stress in Humanitarian Workers: Guidelines for Good Practice*. <http://www.antaresfoundation.org/download/Managing%20Stress%20in%20Humanitarian%20Aid%20Workers%20-%20Guidelines%20for%20Good%20Practice.pdf>
2. IASC (2005). *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Aide-mémoire 4.1: Recruter le personnel de sorte à décourager l'exploitation et les

abus sexuels, pp. 43-44. Genève : IASC.

http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV_Guidelines_French.pdf

3. IFRC (1999). *Volunteering Policy, Implementation Guide*.

Geneva: IFRC. http://www.ifrc.org/cgi/pdf_pubsvol.pl?volpoL_impl.pdf

4. Oxfam (2004). *Recruitment in Humanitarian Work*.

http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0404humanitarian.htm

5. People in Aid (2003). *Code de bonne pratique dans la gestion et le soutien du personnel humanitaire*.

<http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-fr.pdf>

Indicateurs de méthode types

- Les organisations appliquent une politique écrite relative aux ressources humaines qui précise les procédures de recrutement et les conditions d'emploi
- En matière de recrutement, les organisations assurent un équilibre entre les sexes et recrutent des représentants des groupes minoritaires
- Les organismes rejettent les offres d'aide émanant de spécialistes étrangers de la santé mentale qui ne satisfont pas aux principaux critères indiqués dans l'aide-mémoire
- Les tâches cliniques et autres tâches de soutien psychosocial interpersonnel sont pour l'essentiel confiées à du personnel national connaissant bien la culture locale

Exemple : Sri Lanka, 2005

- Après le tsunami, les sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge de nombreux pays ont collaboré avec la Société de la Croix-Rouge sri-lankaise, en faisant appel à un grand nombre de bénévoles locaux.
- Les sociétés nationales de nombreux pays ont collaboré à la mise en place d'un cadre commun du soutien psychosocial pour la Société de la Croix-Rouge sri-lankaise.
- Tous les membres du personnel et tous les bénévoles recrutés par le mouvement ont reçu une formation fondée sur des principes similaires, s'agissant notamment d'utiliser les ressources culturelles pour fournir un soutien communautaire. Le fait d'avoir investi dans le recrutement et la formation du personnel et des bénévoles a permis de mieux comprendre les effets positifs du travail psychosocial accompli à l'échelon de la communauté.

Cadre général

Dans les situations d'urgence, de nombreuses personnes comptent sur les acteurs humanitaires pour couvrir leurs besoins fondamentaux. Cette dépendance contribue, avec la désorganisation ou la destruction des systèmes de protection (les réseaux familiaux, par exemple), à instaurer des rapports de pouvoir foncièrement inégaux entre ceux qui acheminent les services et ceux qui les reçoivent. Il existe donc un fort potentiel de maltraitance ou d'exploitation de la population affectée, alors que les possibilités de détection et de dénonciation de ces violations tendent à diminuer. L'ensemble des organisations humanitaires doit reconnaître, prendre en considération et combattre la possibilité qu'ont les acteurs humanitaires de causer un dommage, soit parce qu'ils abusent de leur pouvoir, soit parce que leur intervention a des conséquences non voulues.

Pour réduire le dommage en question, les acteurs humanitaires doivent se conformer aux normes convenues concernant le comportement du personnel, en particulier la circulaire du Secrétaire général intitulée « Dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels ». Cette circulaire s'applique à l'ensemble des personnels des Nations Unies, y compris à celui des organismes et programmes des Nations Unies administrés séparément, au personnel de maintien de la paix et au personnel de toutes les organisations concluant des accords de coopération avec les Nations Unies. Les bailleurs de fonds exigent de plus en plus souvent des organisations humanitaires qu'elles fassent respecter ces mesures. Par ailleurs, le *Code de conduite du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des organisations non gouvernementales pour les secours en cas de catastrophe* définit les approches et les normes de comportement qui favorisent l'indépendance, l'efficacité et l'impact auxquels aspirent les ONG humanitaires et le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. En 2007, 405 organisations l'avaient adopté.

Plus généralement, les normes éthiques guidant le comportement des travailleurs humanitaires doivent être arrêtées d'un commun accord, explicitées et appliquées, secteur par secteur. Dans toutes les interventions, la possibilité qu'un dommage soit causé sous la forme d'une conséquence qui, pour être non voulue, n'en est pas moins réelle doit être envisagée et prise en considération d'emblée. La collecte des données en est un exemple flagrant : elle est indispensable à l'élaboration et à la

mise en place de services efficaces et suppose en même temps que l'on mette soigneusement en balance les avantages et les risques pour les individus et les communautés. Le processus d'évaluation, de suivi ou recherche doit s'ouvrir sur une réflexion afin de ne pas susciter trop d'attentes, de réduire le dommage au minimum, d'obtenir le consentement éclairé, de traiter et de stocker les données confidentielles et de fournir des garanties supplémentaires lorsque l'on travaille avec des populations vulnérables (telles que les enfants et les jeunes).

L'existence d'un code de déontologie ou de normes d'éthique acceptées ne prévient pas en elle-même les violations ou l'exploitation. L'obligation de rendre des comptes suppose que tous les personnels et les communautés connaissent l'existence de ces normes et comprennent leur utilité et leur application. Une culture organisationnelle doit être instituée qui appuie et protège les personnes dénonçant des abus ainsi que les mécanismes de dépôt de plaintes accessibles et dignes de confiance. La population, y compris les personnes les plus isolées et/ou les plus vulnérables (et qui sont donc souvent celles qui courent le plus grand risque de violation de leurs droits), doit pouvoir se prévaloir de ces mécanismes pour faire part à titre confidentiel de ses préoccupations.

Il faut également pouvoir compter sur des procédures d'enquête et sur du personnel formé à enquêter avec autant de tact que de rigueur. Il convient enfin de mettre en place des systèmes qui indiquent le moment où une action en justice peut être engagée en toute sécurité et fournissent un appui aux personnes qui engagent des poursuites judiciaires contre les auteurs présumés des violations ou abus. D'un bout à l'autre du processus, les systèmes doivent prendre en considération la sécurité et les besoins de protection de toutes les personnes concernées par ce type d'incident : les victimes, les requérants, les témoins, les enquêteurs et la personne contre laquelle la plainte est dirigée, à savoir l'auteur présumé.

Interventions principales

1. Mettre en place dans chaque organisation un code de déontologie qui intègre les normes de comportement largement acceptées pour les travailleurs humanitaires.

2. Faire connaître et rappeler périodiquement à tous les travailleurs humanitaires, y compris aux nouvelles recrues, les normes de comportement minimales requises, basées sur des codes de déontologie et des codes d'éthique officiels (voir Aide-mémoire 4.1).

Cela s'applique à tous les travailleurs humanitaires, au personnel international et national, aux volontaires et aux consultants, ainsi qu'aux personnes recrutées parmi la population affectée. Les travailleurs doivent être informés de leurs responsabilités non seulement par écrit, mais aussi par le biais d'un dialogue interpersonnel qui permet de s'assurer que les travailleurs comprennent ce dont il s'agit et est pour eux l'occasion de poser des questions.

3. Mettre en place un mécanisme interorganisations (comme le réseau de coordonnateurs proposé par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies) pour garantir le respect des normes sans se contenter d'un code de déontologie.

Ce mécanisme sera chargé :

- De communiquer des informations et les enseignements tirés afin d'améliorer le fonctionnement des systèmes;
- De diffuser conjointement des informations sur les codes de déontologie auprès des communautés;
- De coordonner la réalisation d'autres activités, y compris la formation du personnel, les mécanismes de suivi, les procédures d'enquête, etc. afin de prévenir l'exploitation et les abus sexuels et de lutter contre eux;
- De mettre en place des systèmes qui réagissent de manière appropriée lorsque l'allégation concerne des personnels de plusieurs organisations différentes ou lorsque la personne et/ou l'organisation concernées ne peuvent être identifiées immédiatement.

4. Mettre en place des mécanismes de dépôt de plaintes accessibles, sûrs et dignes de confiance qui :

- Prouvent une ferme volonté de respecter la confidentialité;
- Sont respectueux des différences tenant à l'âge, au sexe et à la culture;
- Donnent la priorité à la sécurité et au bien-être de la victime;
- Réfère la victime vers des services appropriés et confidentiels, y compris des services médicaux et juridiques et des dispositifs de soutien psychosocial;
- Préservent le caractère confidentiel de l'identité de l'auteur de la plainte.

5. Faire connaître aux communautés les normes et codes d'éthique et leur faire savoir comment et auprès de qui elles peuvent faire part de leurs préoccupations à titre confidentiel.

6. S'assurer que tous les personnels comprennent bien qu'ils doivent signaler immédiatement chacune de leurs préoccupations. Ils sont tenus de signaler d'éventuelles violations, non d'enquêter sur l'allégation.

7. Mettre en œuvre des protocoles d'enquête conformes à une norme convenue, telle que les procédures de dépôt de plaintes et d'enquêtes types du CPI (voir les Principales sources d'information).

8. Prendre les mesures disciplinaires appropriées à l'encontre du personnel pour violation confirmée du code de déontologie ou du code d'éthique.

9. Instituer la prise d'une mesure convenue dans les cas où le comportement présumé constitue une infraction pénale soit dans le pays d'accueil, soit dans le pays d'origine de l'auteur présumé de l'infraction. Il s'agit au moins de veiller à ne prendre aucune mesure administrative qui puisse compromettre la procédure pénale, dans les cas autres que ceux dans lesquels il est très peu vraisemblable que la procédure soit équitable et humaine.

10. Conserver un dossier écrit sur les personnes ayant été reconnues coupables d'avoir violé les codes de déontologie, afin de renforcer l'efficacité de vérifications ultérieures des références pour un recrutement.

Principales sources d'information

1. Horizons, Population Council, Impact, Family Health International (2005). *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings*.
<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf>
2. IASC (2004). Model Complaints and Investigation Procedures and Guidance Related to Sexual Abuse and Sexual Exploitation.
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001187>
3. IASC (2004). Model Information Sheet for Communities.
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001186>
4. IASC (2004). Terms of Reference for In-country Focal Points on Sexual Exploitation and Abuse.
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001185>

5. IASC (2004). Terms of Reference for In-country Networks on Sexual Exploitation and Abuse <http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001184>
6. International Council of Voluntary Agencies (en cours de publication). *Building Safer Organisations*. Geneva: ICVA
7. IFRC, *Code de conduite du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des organisations non gouvernementales pour les secours en cas de catastrophe*. <http://www.IFRC.org/PUBLICAT/conduct/code.asp>
8. Keeping Children Safe (2006). 'Setting the international standards for child protection'. <http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>
9. Organisation des Nations Unies (2003). *Circulaire du Secrétaire général, 'Dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels'* (ST/SGB/2003/13). <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=ST/SGB/2003/13>
10. Organisation des Nations Unies (2004). *Rapport du Secrétaire général sur les dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et la violence sexuelles (A/58/777)* <http://daccess-ods.un.org/TMP/316839.3.html>

Indicateurs de méthode types

- Chaque organisation a mis en place des systèmes pour informer tous les personnels des normes minimales de comportement attendues d'eux;
- Les communautés aidées par les acteurs humanitaires sont informées des normes et des modalités leur permettant de faire part en toute sécurité des préoccupations suscitées par des violations éventuelles;
- Les organisations disposent d'un personnel qualifié pour enquêter sur les violations présumées dans un délai raisonnable.

Exemple : Kenya, 2003 :

- Les organismes travaillant à Kakuma ont arrêté en commun un code de déontologie applicable à tous les personnels humanitaires;
- Les communautés ont été informées sur les normes par le biais de diverses techniques, y compris la vidéo;
- Une formation interorganisations a été organisée sur les enquêtes à mener sur les allégations de comportement répréhensible.

Cadre général

Les acteurs humanitaires nationaux et internationaux jouent un rôle très important en tant que prestataires de soins de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence. Pour s'y préparer, tous doivent posséder les connaissances et les compétences voulues. Des plans de formation coordonnés d'un point de vue stratégique doivent préparer ces acteurs à réaliser les interventions d'urgence désignées comme prioritaires dans les évaluations de besoins (voir Aide-mémoire 1.1 et 2.1).

Le contenu de la formation peut présenter des analogies d'une situation d'urgence à l'autre, mais il doit être adapté à la culture, au contexte, aux besoins et aux capacités à l'œuvre dans chaque situation : il n'est donc pas automatiquement transposable d'une situation d'urgence à une autre. Les décisions concernant le choix des participants à la formation et le mode, le contenu et la méthode de l'apprentissage varient selon les conditions de l'intervention d'urgence et les capacités des acteurs. Si ces derniers sont insuffisamment orientés et formés et ne manifestent pas les attitudes et la motivation appropriées, ils peuvent faire plus de mal que de bien aux populations qu'ils cherchent à secourir.

L'enseignement indispensable peut être organisé dans le cadre de **séminaires d'initiation et de formation de courte durée suivis d'un appui et d'une supervision permanents**. Les séminaires doivent mettre l'accent sur les instructions pratiques et se concentrer sur les aptitudes, les connaissances, les règles d'éthique et les directives essentielles nécessaires pour faire face à une situation d'urgence. Ils doivent être participatifs, adaptés à la culture ainsi qu'au contexte et utiliser des modèles d'apprentissage dans lesquels les participants sont à la fois des apprenants et des éducateurs.

Interventions principales

1. Établir un plan de formation stratégique, détaillé, rapide et réaliste. Toutes les organisations partenaires s'occupant de SMSPS doivent disposer d'un plan de ce genre. Les plans doivent être coordonnés et intégrés entre les partenaires et donner suite aux recommandations des évaluations globales rapides des problèmes et des ressources (voir Aide-mémoire 1.1 et 2.1).

2. Recruter des formateurs compétents et motivés.

On utilisera de préférence des formateurs ou formateurs associés locaux ayant acquis une expérience de la population affectée et/ou des connaissances à son sujet et qui possèdent les connaissances et les compétences voulues.

Les critères de sélection des formateurs les plus importants sont les suivants :

- Sensibilité culturelle et connaissance de base des attitudes et pratiques culturelles et des systèmes de soutien social locaux.
- Stabilité psychologique
- Bonne connaissance de l'intervention d'urgence en matière de SMSPS, y compris compréhension de l'importance d'interventions intégrées et concertées.
- Expérience de terrain acquise en matière de soutien psychosocial dans des situations d'urgence antérieures.
- Bonne connaissance de l'enseignement devant déboucher immédiatement sur des interventions concrètes de SMSPS.

3. Recourir à des méthodes d'apprentissage qui facilitent l'application concrète immédiate du contenu de cet apprentissage.

- Adopter un style d'enseignement participatif (par ex. : jeu de rôles, dialogue, théâtre, recherche collective de solutions aux problèmes) qui repose sur une participation active des apprenants
- Utiliser des modèles d'apprentissage qui font des participants à la fois des apprenants et des éducateurs.
- Former les participants aux langues locales ou, si cela n'est pas possible, fournir une traduction.
- Utiliser des matériels audiovisuels et de référence adaptés à la situation locale (par ex. éviter les exposés PowerPoint en l'absence d'électricité).
- Utiliser les salles de classe pour l'apprentissage théorique et la première mise en pratique du savoir-faire acquis (par ex. le jeu de rôles, entre autres techniques).
- Mettre en œuvre une formation pratique de terrain dans des sites situés dans la région touchée par la situation d'urgence ou rappelant cette région pour mettre en pratique le savoir-faire acquis.
- Distribuer des matériels de référence écrit dans une langue accessible, y compris des manuels comportant des directives opérationnelles spécifiques (s'ils sont disponibles).

- Faire procéder à des évaluations immédiates (par les formateurs, les stagiaires et les populations assistées) de la formation dispensée afin de mettre à profit les enseignements tirés de cette formation.

4. Ajuster les modes d'apprentissage aux besoins des stagiaires.

Les **séminaires d'initiation de courte durée** (une demi-journée ou une journée) dispensent les connaissances et aptitudes fonctionnelles immédiates de base sur les besoins et les problèmes psychosociaux et sur les ressources disponibles en la matière à toute personne travaillant à un niveau d'intervention quelconque. Ces séminaires d'initiation doivent de préférence être organisés avant que les acteurs n'entreprennent leur mission.

Peuvent y participer tous les acteurs humanitaires de tous secteurs (en particulier ceux des divisions responsables des services sociaux, de la santé, de l'éducation, de la protection et des interventions d'urgence), c'est-à-dire les acteurs des organisations humanitaires et employés gouvernementaux recrutés au plan national ou international, rémunérés ou non. En fonction de la situation, les séminaires d'initiation peuvent également être suivis par des hommes, femmes ou animateurs communautaires de jeunes, choisis ou volontaires, y compris des chefs de clan, des chefs religieux, des chefs de tribu et des responsables de groupes ethniques.

Séminaires de formation. Il est recommandé aux personnes s'occupant de SMSPS ciblée et spécialisée (voir les deux étages supérieurs de la pyramide représentée au [Chapitre 1](#)) d'acquérir des connaissances et compétences plus poussées.

- La durée et le contenu des séminaires de formation varient en fonction des besoins et des capacités des stagiaires. Le personnel inexpérimenté a besoin de consacrer des périodes plus longues à la formation.
- Le calendrier des séminaires ne doit pas gêner le déroulement de l'intervention d'urgence.
- Il est recommandé de recourir à des modules successifs de courte durée en vue d'un apprentissage cumulatif, car (a) cela réduit la nécessité pour les intéressés de s'absenter de leur poste pendant des périodes prolongées et (b) ils peuvent mettre en pratique leur nouveau savoir-faire entre les séances de formation. Chaque module court ne dure que quelques heures ou jours (selon la situation) et est suivi d'un stage pratique sur le terrain au cours duquel les stagiaires bénéficient d'un appui et d'une supervision avant la réalisation du nouveau module quelques jours ou semaines plus tard.

- Les séminaires de formation doivent toujours faire l'objet d'un suivi sous la forme d'un appui et/ou d'une supervision sur le terrain (voir point 7 plus loin).

5. Établir pour les séminaires d'initiation et de formation un contenu qui ait un rapport direct avec l'intervention d'urgence attendue.

Les séminaires d'initiation courts peuvent porter sur les thèmes suivants :

- Examen des procédures de sûreté et de sécurité.
- Méthodes permettant aux travailleurs de faire face aux problèmes liés au travail (voir Aide-mémoire 4.4) ;
- Codes de déontologie et autres aspects éthiques (voir Aide-mémoire 4.2) ;
- Les droits de l'homme et les normes juridiques sur lesquels se fondent l'aide humanitaire (voir la Charte humanitaire du Projet Sphère et l'Aide-mémoire 3.3) ;
- Importance de l'accès à l'autonomie et de la participation de la population locale aux activités de secours (voir Aide-mémoire 5.1) ;
- Connaissance de base de l'impact des situations d'urgence sur la santé mentale et le soutien psychosocial des populations (voir Chapitre 1) ;
- Techniques des premiers secours psychologiques (voir Aide-mémoire 6.1) ;
- Méthodes de promotion de la dignité de la population affectée, mettant à profit les enseignements tirés de situations d'urgence antérieures ;
- Connaissance du contexte socioculturel et historique, notamment :
 - Connaissance de base de la crise et de la conception du monde des populations affectées ;
 - Informations de base sur les attitudes culturelles, les pratiques et les systèmes d'organisation sociale ainsi que sur les pratiques, rituels et stratégies de survie efficaces et nuisibles ;
 - Informations de base sur les comportements des acteurs qui pourraient être insultants pour la culture locale ;
- Informations sur les sources de référence existantes (par ex., recherche de la famille, services de santé et de protection, dispositifs de soutien communautaires traditionnels, services juridiques, etc.) ;
- Informations sur les mécanismes pertinents de coordination interorganisations.

Les contenus des séminaires de formation peuvent être notamment :

- Toutes les informations fournies pendant les séminaires d'initiation ;
- Aptitude à l'évaluation du bien-être psychosocial et de la santé mentale individuels, familiaux et communautaires dans les situations d'urgence ;
- Techniques d'intervention d'urgence en matière de soutien psychosocial et de santé mentale pouvant être enseignées rapidement, basées sur les capacités, le contexte et la culture des stagiaires et dont on sait qu'elles sont efficaces dans des contextes similaires.
- Connaissances et compétences nécessaires pour mettre en œuvre des interventions qui (a) font partie intégrante de la réponse minimale et (b) ont été recensées comme nécessaires après évaluation (voir Aide-mémoire 2.1). Cela s'applique à la formation :
 - des agents de santé (voir Aide-mémoire 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 et 6.5)
 - des agents de protection (voir Aide-mémoire 3.2, 3.3 et 5.4).
 - des travailleurs communautaires formels ou informels (voir Aide-mémoire 5.1, 5.2, 5.3 et 5.4)
 - des enseignants (voir Aide-mémoire 7.1).

6. Envisager d'établir des programmes de Formation de Formateurs (FOF) pour préparer les formateurs avant la formation.

Les programmes de FOF dispensent aux futurs formateurs les compétences qui leur permettront de former autrui. Les formateurs animant les séminaires d'initiation courts et de formation peuvent être préparés à leur tâche par un programme de ce type. Ces programmes peuvent également préparer les formateurs à transférer des informations à des groupes importants de personnes. Toutefois, ces programmes exigent une planification rigoureuse et doivent être enseignés par des formateurs maîtres compétents et expérimentés. S'ils sont mal préparés, les programmes de FOF – en particulier ceux qui s'adressent (a) aux futurs formateurs sans expérience préalable de la formation ou (b) aux futurs formateurs n'ayant acquis qu'une expérience limitée du contenu de la formation – sont généralement des échecs et peuvent déboucher sur une SMSPS déficiente, voire nuisible. Ainsi, toute FOF doit donner lieu à un suivi organisé à l'intention des futurs formateurs et de leurs stagiaires, afin de s'assurer de l'adéquation de la formation et la qualité de l'aide fournie.

7. Après chaque formation, mettre en place une procédure pour suivre, appuyer et superviser tous les stagiaires et recueillir leurs réactions, en fonction des exigences de la situation.

La supervision est importante pour s'assurer que la formation est véritablement mise en pratique. Un grand nombre de projets de formation aboutissent à un échec car la formation dispensée ne fait pas l'objet d'un suivi suffisant. Tous les séminaires de formation devraient être suivis par une formation continue de contrôle, un appui sur le terrain, des informations sur la façon dont les acteurs ayant bénéficié d'une formation s'acquittent de leurs tâches et/ou une supervision. Ces activités de suivi doivent être planifiées avant le début d'une formation quelle qu'elle soit. Le suivi peut être assuré par des formateurs ou par des professionnels expérimentés, des collègues ayant reçu la formation voulue, un réseau collégial de pairs ou d'institutions professionnelles compétentes (si elles existent). Une étroite supervision s'impose plus particulièrement dans le cas du personnel de terrain nouvellement recruté.

8. Enregistrer et évaluer l'initiation et la formation dispensées afin de recenser les enseignements à tirer, partager avec les partenaires et améliorer les interventions futures.

Principales sources d'information

1. Baron N. (2006). 'The "TOT": A global approach for the Training of Trainers for psychosocial and mental health interventions in countries affected by war, violence and natural disasters'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counseling in Areas of Armed Conflict*, 4, 109-126. <http://www.interventionjournal.com/index1.html>
2. Jensen S.B. and Baron N. (2003). 'Training Programs for Building Competence in Early Intervention Skills'. In: *Reconstructing Early Intervention After Trauma*. Editors: Ørner, R. and Schyder, U. Oxford: Oxford University Press http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html<http://www.who>
3. Psychosocial Working Group (2006). CD of training manuals from numerous organisations. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/>
4. Le Projet Sphère (2004). Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes. Genève: Le Projet Sphère. http://www.sphereproject.org/french/handbook/hdbkpdf/french2004_full.pdf
5. Van der Veer G (2006). 'Training trainers for counsellors and psychosocial workers in areas of armed conflict: some basic principles'. *Intervention: International Journal of Mental Health*,

Psychosocial Work and Counseling in Areas of Armed Conflict, 4, 97-108.

<http://www.interventionjournal.com/index1.html>

6. Weine S et al. (2002). *Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings*.

http://www.who.int/mental_health/resources/training_guidelines_for_trauma_interventions.pdf

Indicateurs de méthode types

- Le contenu des séminaires de formation est basé sur une évaluation des besoins.
- Les travailleurs humanitaires de tous secteurs peuvent participer à des séminaires d'initiation de courte durée dispensant des connaissances et des compétences fonctionnelles essentielles sur la santé mentale et le soutien psychosocial.
- Les formateurs ont des connaissances et des compétences préalables dans le domaine dans lequel ils dispensent une formation.
- La formation est suivie d'un appui et d'une supervision sur le terrain.

Exemple : Sri Lanka, 2005

- Une ONG locale assurant depuis longtemps un soutien psychosocial aux populations affectées par la guerre a temporairement recentré ses travaux sur le soutien aux victimes du tsunami.
 - L'ONG a organisé des séminaires courts à visées pratiques pour dispenser au personnel de soutien psychosocial de terrain les compétences essentielles qui lui permettent de mieux aider les personnes ayant certains problèmes de santé mentale et des problèmes psychosociaux liés au tsunami et lui enseigner des méthodes pratiques d'intervention.
 - Après les séminaires en question, elle a assuré un suivi par le biais de son système de supervision hebdomadaire.
-

Cadre général

Les acteurs humanitaires appelés à intervenir dans des situations d'urgence travaillent souvent sous pression de longues heures d'affilées et dans des conditions de sécurité difficiles. Beaucoup d'entre eux ne bénéficient pas d'un appui suffisant en matière de gestion et d'organisation, ce qu'ils ont tendance à signaler comme le plus important facteur de stress. Qui plus est, le fait d'être confronté à la détresse humaine, à l'horreur et au danger est psychologiquement éprouvant et peut affecter la santé et le bien-être mentaux des acteurs humanitaires rémunérés ou volontaires, originaires du pays concerné ou étrangers.

La fourniture d'un soutien permettant d'atténuer les conséquences psychosociales éventuelles du travail dans des situations de crise est une obligation morale et la responsabilité des organisations qui exposent leur personnel à des situations extrêmes. Pour que leurs organisations soient efficaces, les responsables doivent veiller à ce que leur personnel demeure en bonne santé. Une approche systémique et intégrée de la prise en charge du personnel s'impose à toutes les étapes de leur emploi par leur organisation – y compris dans les situations d'urgence – et à tous les échelons de l'organisation si l'on veut maintenir le bien-être du personnel et l'efficacité de l'organisation.

Dans cet aide-mémoire, le mot 'personnel' englobe les travailleurs rémunérés ou volontaires, nationaux ou internationaux, y compris les chauffeurs et les interprètes, membres d'une organisation humanitaire. Les mesures de soutien doivent en principe être les mêmes pour le personnel national et le personnel international. Toutefois, il existe certaines différences structurelles entre les deux catégories.

Par exemple, le personnel national est souvent recruté dans la zone de crise et a plus de chances d'avoir été confronté à des événements ou des situations extrêmement stressants. Par ailleurs, les acteurs recrutés dans le pays et leur famille se trouvent souvent dans l'impossibilité de quitter la zone de crise si la situation sécuritaire s'aggrave, au contraire des acteurs humanitaires recrutés au plan international, qui ont généralement accès aux opérations d'évacuation. Pour eux, les facteurs de stress sont notamment le fait d'être séparés de leur base d'appui, le choc culturel et l'adaptation à des conditions de vie difficiles. Ces différences et d'autres encore sont souvent oubliées ou négligées par les systèmes de soutien du personnel. Les organisations humanitaires doivent faire davantage pour soutenir leur

personnel et réduire l'écart existant dans ce domaine entre le personnel national et le personnel international.

Interventions principales**1. Veiller à établir un plan concret de protection et de promotion du bien-être du personnel pendant une situation d'urgence donnée.**

- La plupart des organisations ont en place une *politique* générale concernant le bien-être de leur personnel dans les situations d'urgence, mais elles devraient disposer pour chaque situation d'urgence spécifique d'un *plan* concret de soutien préventif du personnel. Les activités prévues dans le cadre de ce plan doivent être imputées au budget global de la situation d'urgence et être compatibles avec les points exposés ci-après.

2. Préparer le personnel à sa tâche et au contexte de la situation d'urgence.

- Faire en sorte que le personnel national et international reçoive des informations sur (a) sa mission (voir point 4 plus loin) et (b) la situation du moment en matière d'environnement et de sécurité et les changements qui pourraient être apportés à l'avenir à cette situation. Fournir au personnel international (et, le cas échéant, au personnel local) des informations sur le contexte socioculturel et historique local, et notamment :
 - Une connaissance de base de la crise et de l'appréhension du monde par la population affectée ;
 - Des informations de base sur les attitudes et pratiques culturelles locales et les systèmes locaux d'organisation sociale ;
 - Des informations de base sur les comportements du personnel qui peuvent être insultants dans le contexte socioculturel local.
- Veiller à ce que le personnel reçoive une formation suffisante en matière de sûreté et de sécurité.
- Veiller à ce que tous les personnels reçoivent des informations sur un éventail de techniques d'identification du stress (le stress traumatique n'étant que l'une des formes prises par le stress) et de gestion du stress, ainsi que sur la politique de l'organisation concernant le soutien psychosocial apporté au personnel.
- S'assurer de la disponibilité de cadres expérimentés sur le terrain.

3. Favoriser un cadre de travail sain.

- Appliquer la politique de soutien du personnel de l'organisation, y compris une clause de détente. Lorsque l'environnement ne fournit aucune possibilité d'activités non liées au travail, songer à multiplier les congés de détente.
- Assurer au personnel une alimentation et une hygiène appropriées, en tenant compte de sa religion et de sa culture.
- S'atteler aux pratiques excessives contraires à la santé, comme la forte consommation d'alcool parmi les acteurs humanitaires.
- En matière de logement, répondre dans la mesure du possible, au besoin de s'isoler (par ex. en séparant le lieu de travail du lieu de résidence).
- Définir les heures de travail et contrôler les heures supplémentaires. S'efforcer de répartir la charge de travail entre les membres du personnel. Si, dans les premières semaines d'une situation d'urgence, il est indispensable d'organiser le travail sur la base d'une journée de 24 heures et d'une semaine complète, envisager le travail posté avec roulement. Les postes de huit heures sont à préférer, mais si cela n'est pas possible, les postes ne doivent pas dépasser 12 heures. On peut tolérer 12 heures de travail et 12 heures de repos pendant une semaine ou deux pendant des situations d'urgence, mais il serait bon de pouvoir ajouter une demi-journée aux périodes de repos tous les cinq jours environ. Plus le climat local est chaud ou froid ou plus intense est le stress, plus il faut prévoir de pauses.
- Faciliter la communication entre les membres du personnel et leur famille et les autres mécanismes de soutien préexistants.

4. Remédier aux facteurs de stress potentiels liés au travail.

- Veiller à ce que les profils de postes soient clairs et actualisés :
 - Définir les objectifs et les activités ;
 - S'assurer auprès du personnel qu'il comprend bien ce que l'on attend de lui ;
 - Veiller à la transparence des structures de gestion et de communication.
- Évaluer quotidiennement la situation en matière de sécurité et les autres facteurs de stress potentiels découlant de la situation d'urgence.
- Veiller à ménager au personnel un approvisionnement suffisant en matériel de sécurité (gilets pare-balles, matériel de communication, etc...).
- Assurer l'égalité entre membres du personnel (personnel national et international

et différents niveaux d'encadrement) dans la décision individuelle d'accepter la prise de risque. Ne pas obliger le personnel national à prendre des risques que le personnel international n'est pas autorisé ou disposé à prendre.

- Organiser périodiquement des réunions et séances d'information pour le personnel ou l'équipe.
- Ménager une supervision technique adéquate et faisant preuve de sensibilité culturelle (par ex. une supervision clinique) pour le personnel de santé mentale et de soutien psychosocial (voir aussi Aide-mémoire 4.3).
- Constituer des équipes, favoriser l'intégration entre personnel national et personnel international et régler les conflits au sein des équipes et les autres manifestations d'une dynamique négative en leur sein.
- Assurer un appui logistique approprié et garantir les filières d'approvisionnement en équipements.
- S'assurer que les cadres supérieurs de l'organisation vont régulièrement sur le terrain voir l'avancement des projets.

5. Garantir l'accès du personnel aux soins médicaux et au soutien psychosocial.

- Former certains membres du personnel à la fourniture d'un soutien par les pairs, notamment en ce qui concerne la gestion générale du stress et les premiers secours psychologiques (pour une description des premiers secours psychologiques, se reporter à l'Aide-mémoire 6.1).
- Pour le personnel national qui peut ne pas pouvoir quitter la région touchée par la situation d'urgence, organiser un accès à des soins de santé mentale (y compris psychiatriques) et à un soutien psychosocial ainsi qu'à des soins de santé physique adaptés à la culture locale.
- Prévoir une assistance spécialisée prête à être mobilisée en cas de troubles psychiatriques à traiter en urgence (tels que les tendances suicidaires, les psychoses, la dépression grave et les réactions d'anxiété aiguës affectant le fonctionnement quotidien, les manques importants de maîtrise émotionnelle, etc.). Réfléchir à l'impact de la peur d'un jugement négatif qui peut dissuader le personnel de se faire donner des soins de santé mentale et adapter l'organisation de l'assistance en conséquence (par ex., le personnel international peut penser qu'il risque d'être renvoyé dans son pays d'origine s'il cherche à se faire soigner).
- Veiller à ce que le personnel ait accès aux mesures prophylactiques telles que les

vaccinations et les antipaludéens, aux préservatifs et (si besoin est) à des cures prophylactiques. Prévoir un approvisionnement suffisant en médicaments pour soigner les maladies physiques courantes du personnel.

- Veiller à mettre en place des procédures d'évacuation médicale ou de référencement (y compris pour la santé mentale), en assurant notamment la présence d'un personnel médical qualifié pour l'accompagnement des personnes ainsi évacuées.

6. Fournir un soutien au personnel ayant vécu (ou ayant assisté à) des événements extrêmes (incidents critiques, incidents potentiellement traumatisants)

- Pour toutes les personnes ayant été confrontées à des incidents critiques, prévoir l'administration *immédiate* des premiers secours psychologiques (PSP) (pour une description des PSP, voir Aide-mémoire 6.1). Dans le cadre des PSP, évaluer les principaux besoins et préoccupations des intéressés. Ces derniers doivent pouvoir communiquer naturellement entre eux, mais il ne convient pas de les pousser à décrire en détail ce qui leur est arrivé ou ce qu'ils ont vu ni à parler de leur expérience aux autres personnes se trouvant dans le même cas qu'eux ou à écouter ce que ces autres personnes ont elles-mêmes à raconter. Les méthodes de survie existantes (positives, négatives) doivent être discutées et ces personnes doivent être expressément dissuadées de consommer de l'alcool et des drogues pour faire face à la situation. Pour ces personnes, les risques de dépendance sont en effet plus élevés.
- Prévoir une documentation sur l'autonomie en matière de soins (voir Aide-mémoire 8.2 pour des précisions concernant l'élaboration d'une documentation adaptée à la culture locale). Cette documentation doit inclure les coordonnées d'un fonctionnaire chargé du bien-être du personnel ou d'un professionnel de la santé mentale au cas où les anciennes victimes souhaiteraient recevoir un traitement pour un trouble mental quel qu'il soit.
- Lorsque la détresse des rescapés est si aiguë qu'elle limite leur fonctionnement de base (ou qu'ils sont considérés comme constituant un risque pour eux-mêmes ou pour autrui), ils doivent s'arrêter de travailler et se faire soigner immédiatement par un professionnel de la santé mentale formé au traitement factuel du stress traumatique aigu. Il peut y avoir lieu de prévoir une évacuation médicale accompagnée.
- S'assurer qu'un professionnel de la santé mentale prend contact avec tous les membres du personnel national et international (y compris les interprètes, les

chauffeurs, les bénévoles, etc.) qui ont vécu ou observé un incident critique, entre un et trois mois après l'incident. Ce professionnel doit évaluer la façon dont l'intéressé fonctionne et se sent et donner toutes indications utiles concernant le traitement clinique qu'il recommande aux personnes dont les troubles importants n'ont pas disparu avec le temps.

7. Prévoir un soutien après la fin de la période d'emploi ou la mission.

- Les membres du personnel reçoivent de leurs supérieurs un debriefing technique de retour de mission et un rapport de notation.
- Les membres du personnel obtiennent un bilan de santé général, avec examen et évaluation de l'état de stress.
- Les mécanismes de soutien au personnel sont mis à la disposition des intéressés à leur demande.
- Prévoir une documentation d'information succincte d'aide à la compréhension et à la gestion du stress. Cette documentation doit comprendre une liste actualisée de spécialistes de la santé mentale et indiquer les possibilités de soutien par les pairs.

Principales sources d'information

1. Action Without Borders/Idealist.org (2004). Site Web présentant des sources d'information sur la gestion du stress à l'intention des travailleurs humanitaires, du personnel d'encadrement et de la famille des travailleurs humanitaires (<http://www.psychosocial.org>)
2. Antares Foundation (2005) *Managing Stress in Humanitarian Workers. Guidelines for Good Practice*. Amsterdam: Antares Foundation (www.antaresfoundation.org)
3. Headington Institute (2005). Diverses sources d'information et modules de formation en ligne gratuite pour comprendre le stress lié au travail humanitaire et y faire face (<http://www.headington-institute.org>)
4. McFarlane, C. (2004). 'Adjustment of humanitarian aid workers'. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies* ISSN: 1174-4707 Volume : 2004-1 (<http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2004-1/mcfarlane.htm>)
5. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (Second edition). http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf (Cette source d'information peut être limitée par le fait qu'elle a été spécifiquement établie pour les régions sinistrées occidentales. Ce guide décrit une forme élaborée de premiers secours psychologiques car il a été établi à l'intention de professionnels de la santé mentale.)

Indicateurs de méthode types

- L'organisation a financé des plans de protection et de promotion du bien-être du personnel appelé à participer à l'opération d'urgence.
- Les employés ayant vécu ou observé un incident critique peuvent bénéficier immédiatement des premiers secours psychologiques.
- Les employés ayant vécu ou observé un incident critique passent systématiquement un contrôle de santé mentale entre un à trois mois après l'incident et le soutien nécessaire leur est apporté.

Exemple : L'expérience d'une ONG internationale en 1999

- Après une situation de prise d'otage avec violence, tous les membres du personnel national et international ont assisté à une séance-bilan opérationnelle au cours de laquelle ils ont reçu des informations sur les possibilités de consulter à tout moment un médecin ou un professionnel de la santé mentale national ou étranger.
- Dans les jours qui ont suivi, le conseiller du personnel a organisé deux réunions avec le personnel pour examiner son état. Des soins (et une évacuation médicale) ont été organisés pour une personne souffrant de graves problèmes d'angoisse.
- Un mois plus tard, un bénévole qualifié a pris contact avec tous les membres du personnel national et international pour vérifier comment ils se sentaient.

Aide-mémoire 5.1

Créer les conditions pour une mobilisation des communautés, leur appropriation et leur contrôle de l'intervention d'urgence dans tous les secteurs

Fonction: Mobilisation et appui aux communautés

Phase: Réponse minimale

Cadre général

La population affectée et ses structures de soutien, y compris l'appareil administratif local, devraient s'approprier et contrôler dans toute la mesure possible le processus d'intervention à la suite d'une situation d'urgence. Dans ces Directives, l'expression 'mobilisation des communautés' rend compte de l'action menée aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur d'une communauté pour associer ses membres (groupes de personnes, familles, autres parents et alliés, pairs, voisins ou autres personnes ayant un intérêt commun) à l'ensemble des débats, décisions et actions ayant des incidences pour leur avenir. Cette participation est susceptible de redonner espoir à ces personnes et de leur donner les moyens de faire face à la situation et de reconstruire leur vie et leur communauté. À chaque étape, les activités de secours doivent appuyer cette participation, s'inspirer de ce que la population locale accomplit par elle-même pour améliorer sa situation et éviter de faire pour elle ce qu'elle peut faire par elle-même.

La participation des communautés peut intervenir à des degrés divers :

- La communauté contrôle dans une large mesure le processus de l'aide et détermine les interventions à réaliser à ce titre, les organisations gouvernementales et les organisations non gouvernementales prenant en charge les activités de sensibilisation et de soutien directs.
- La communauté ou ses représentants collaborent sur un pied d'égalité à la prise de toutes les décisions et à la réalisation de toutes les activités avec les différentes organisations gouvernementales et organisations non gouvernementales et les acteurs communautaires.
- La communauté ou ses représentants sont consultés pour la prise de toutes les décisions importantes.
- La communauté joue le rôle de partenaire de mise en œuvre (par ex. en appuyant la distribution de vivres ou les activités d'entraide), tandis que les décisions importantes sont prises par les organisations gouvernementales et les organisations non gouvernementales.
- Les membres de la communauté ne participent pas à la conception des activités de secours et sont très peu associés à leur mise en œuvre.

Les étapes essentielles de la mobilisation communautaire

- Prise de conscience par les membres de la communauté qu'ils ont une préoccupation commune et qu'ils seront plus efficaces s'ils collaborent entre eux ("Nous devons nous soutenir les uns les autres pour résoudre ce problème");
- Naissance du sentiment de responsabilité et d'appropriation qui découle de cette prise de conscience ("C'est quelque chose qui nous arrive et nous pouvons faire quelque chose");
- Recensement des ressources propres de la communauté et des connaissances, aptitudes et talents de chacun de ses membres ("Qui peut faire quoi ou est déjà en train de le faire ? De quelles ressources disposons-nous ? Que pouvons-nous faire d'autre ?");
- Définition des questions prioritaires ("Ce qui nous intéresse vraiment, c'est de ...");
- Les membres de la communauté planifient et gèrent les activités en utilisant leurs ressources propres;
- Accroissement de la capacité des membres de la communauté de poursuivre leur action et d'en améliorer l'efficacité.

Adapté de Donahue et Williamson (1999), *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS*, Displaced Children and Orphans Fund.

Il importe de noter que les communautés sont généralement constituées d'un grand nombre de groupes aux besoins différents et souvent en lutte pour détenir influence et pouvoir. Faciliter une authentique participation communautaire suppose une bonne intelligence de la structure locale du pouvoir et des formes de conflits communautaires et un travail avec les différents groupes, dont il convient de ne privilégier aucun en particulier.

Les aspects politiques et le caractère d'urgence de la situation déterminent le degré de participation le plus approprié. Dans les situations d'urgence absolue ou de danger caractérisé, il peut arriver de fournir des services ne faisant que peu appel à l'intervention de la communauté. Par ailleurs, la participation communautaire peut, en cas d'intégration involontaire d'auteurs de violations et de victimes, déboucher sur la terreur et des massacres (comme cela s'est produit lors de la crise de la région des Grands Lacs en 1994). Toutefois, dans la plupart des cas, des degrés supérieurs de participation sont à la fois possibles et souhaitables. On sait d'expérience qu'il y a de bonnes chances pour qu'un nombre important de membres de la communauté

fonctionnent suffisamment bien pour jouer un rôle de premier plan dans l'organisation des secours et que l'immense majorité peut aider à mettre en œuvre les activités de secours. Même si les organisations humanitaires étrangères disent souvent qu'elles n'ont pas le temps de parler à la population, il leur incombe cependant de parler à la population locale et d'apprendre d'elle. Il y a le plus souvent assez de temps pour le faire.

Néanmoins, une approche critique s'impose. Les processus extérieurs incitent souvent les communautés à s'adapter au programme des organisations humanitaires, ce qui fait problème, surtout lorsque les organisations étrangères interviennent sans coordonner leur action. Par exemple, un an après le tsunami qui a frappé l'Asie du Sud-Est, dans le cadre d'une enquête psychosociale réalisée au domicile des 50 familles d'une communauté du Nord de Sri Lanka, les personnes interrogées ont recensé 27 ONG différentes qui offraient ou fournissaient une aide. L'une de ces personnes a déclaré : 'Nous n'avions jamais eu aucun chef ici. La plupart des gens ici ont des liens de famille. Lorsque quelqu'un avait un problème, ses voisins venaient l'aider. Mais maintenant certaines personnes se comportent comme si elles étaient des chefs et négocient les dons. Les membres de la famille ne s'entraident plus.'

Comme le montre cet exemple, il peut être néfaste de favoriser des degrés supérieurs de participation communautaire alors que les différentes organisations ont chacune leur propre programme et offrent leur aide sans avoir tissé de liens étroits avec la communauté et sans la comprendre. Il est particulièrement important de créer les conditions dans lesquelles les communautés puissent organiser elles-mêmes la distribution de l'aide, plutôt que de les obliger à se conformer à un programme extérieur.

Interventions principales

1. Coordonner l'action de mobilisation des communautés.

- Rechercher activement les processus existants de mobilisation des communautés et agir en coordination avec ces processus (voir [Aide-mémoire 1.1](#)). La population locale a souvent des leaders formels ou non-formels ainsi que des structures communautaires qui peuvent jouer un rôle utile en matière de coordination. Il convient cependant de s'assurer que ces leaders et ces structures n'excluent aucun groupe particulier de la population.
- Il est important de travailler avec l'administration locale, là où des services publics existent.

2. Effectuer le plus rapidement possible une évaluation politique, social et sécuritaire de la situation.

En plus de l'évaluation et de la collecte d'informations générales sur le contexte (voir [Aide-mémoire 2.1](#)), il est important :

- D'observer et de discuter de façon informelle avec de nombreuses personnes issues de la communauté affectée ;
- De localiser les personnes clefs, aussi bien les hommes que les femmes (animateurs, enseignants, guérisseurs, etc.) qui peuvent partager des informations (a) sur les questions de pouvoir et d'organisation et sur les processus de prise de décision au sein de la communauté, (b) sur les règles culturelles à respecter et (c) sur les difficultés et les dangers dont il faut avoir conscience dans la mobilisation de la communauté.

3. Entrer en contact avec différents interlocuteurs-clefs et divers groupes formels - ou non- pour comprendre les modes d'organisation de la population locale et voir comment différentes organisations peuvent participer aux opérations de secours.

Les communautés se composent de groupes, aux intérêts divergents et dont l'influence ou le pouvoir diffèrent, dont il convient de tenir compte à chaque étape de la mobilisation des communautés. Il est souvent utile de rencontrer séparément les représentants des différents groupes définis selon l'appartenance religieuse ou ethnique, les tendances politiques, le sexe et l'âge, ou la caste et la classe socioéconomique. Poser à ces groupes des questions telles que les suivantes :

- Lors des situations d'urgence antérieures, comment la population locale a-t-elle fait face à la crise ?
- Selon quelles modalités les habitants s'entraident-ils aujourd'hui?
- Comment la population locale peut-elle participer à l'intervention d'urgence?
- Qui sont les personnes ou groupes clefs qui pourraient aider à organiser les dispositifs de soutien sanitaire, de soutien en matière de logement, etc.?
- Comment chaque secteur d'un camp ou d'un village peut-il 'personnaliser' son espace?
- Serait-il utile de mobiliser des structures et des processus décisionnels préexistants? Dans l'affirmative, que peut-on faire pour donner aux habitants d'un camp les moyens de se grouper (par ex. par village ou par clan)?

- En cas de différends à propos des ressources ou des équipements, comment la communauté en réduit-elle l'acuité ? Quel est le processus de règlement des différends?

4. Favoriser la participation des personnes marginalisées.

- Être bien conscient des questions de pouvoir et d'injustice sociale.
- Associer les personnes marginalisées à la planification et à l'acheminement de l'aide.
- Engager des discussions sur les moyens d'autonomiser les groupes marginalisés et de prévenir ou de réduire la stigmatisation ou la discrimination.
- Ces discussions doivent, si possible, rester compatible avec la nécessité de tenir compte des structures d'autorité existantes, y compris de l'appareil administratif local.
- Faire participer les jeunes, qui, bien que sont souvent considérés comme une source de problèmes, peuvent jouer un rôle précieux dans l'intervention d'urgence car ils sont souvent capables de s'adapter rapidement et de façon créatrice à une situation en évolution rapide.

5. Prévoir très rapidement des espaces sûrs et suffisants pour accueillir les discussions sur la planification et la diffusion de l'information.

Des espaces sûrs, qui peuvent être couverts ou ouverts, permettent aux groupes de se réunir pour planifier leur participation à l'intervention d'urgence et de mener des activités relevant des efforts propres à la communauté (voir [Aide-mémoire 5.2](#)) ou des activités religieuses et culturelles (voir [Aide-mémoire 5.3](#)). Ces endroits sûrs peuvent également être utilisés pour offrir une protection et un soutien aux enfants ([Aide-mémoire 3.2 et 5.4](#)), pour mener des activités d'apprentissage ([Aide-mémoire 7.1](#)) et pour communiquer des informations importantes aux membres de la communauté ([Aide-mémoire 8.1, 8.2](#)).

6. Promouvoir des processus de mobilisation des communautés.

- Organiser, si la situation sécuritaire le permet, des discussions sur le contexte social, politique et économique et les causes de la crise. Le fait de donner une

motivation et un sens à l'action peut être un puissant moyen de soutien psychosocial.

- Créer les conditions d'un processus de réflexion collective impliquant les acteurs clés, les groupes communautaires ou l'ensemble de la communauté sur les thèmes suivants :
 - Vulnérabilités à traiter maintenant et vulnérabilités auxquelles on peut s'attendre à l'avenir ;
 - Moyens et compétences permettant de faire face à ces vulnérabilités ;
 - Sources potentielles de résilience recensées par le groupe ;
 - Mécanismes qui ont aidé dans le passé les membres de la communauté à s'adapter aux malheurs, à la violence et au deuil ;
 - Organisations (par ex. groupes de femmes, groupes de jeunes, organisations professionnelles, syndicats ou organisations politiques) susceptibles d'être associées au processus d'acheminement de l'aide ;
 - Comment d'autres communautés ont su faire face à des crises.
- L'une des activités de base d'un processus de mobilisation participative consiste à aider la population à faire le lien entre ce dont la communauté disposait auparavant, la situation actuelle de ses membres, le but qu'ils se fixent et les moyens de le réaliser. La facilitation de ce processus implique de créer les conditions permettant à la population d'atteindre ses objectifs d'une manière non directive et aussi peu intrusive que possible. Au besoin, il peut être utile d'organiser des activités (par ex. basées sur des méthodes pédagogiques courantes) qui puissent favoriser un dialogue et un échange productifs. Si les ressources disponibles le permettent, ce processus de réflexion doit être enregistré pour être diffusé auprès des autres organisations s'occupant de mobilisation des communautés.
- Le processus indiqué ci-dessus doit déboucher sur la discussion de 'plans d'action' d'urgence qui coordonnent les activités et répartissent les fonctions et les responsabilités, compte tenu des priorités convenues et de la faisabilité des actions prévues. La planification pourrait également prévoir des scénarios à plus long terme et définir à l'avance des actions potentiellement fécondes. Il doit être clairement précisé si l'action relève de la responsabilité de la communauté elle-même ou d'acteurs extérieurs (tels que l'État). Si c'est la communauté qui en a la responsabilité, un plan d'action communautaire peut être élaboré, tandis que si la responsabilité en incombe à des acteurs extérieurs, un plan de sensibilisation communautaire pourrait être mis en place.

Principales sources d'information

1. Action on the Rights of the Child. *Community Mobilisation*. http://www.savethechildren.net/arc/files/f_commmob.pdf
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*. http://www.Odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf (English); <http://www.psicosocial.net> (Spanish).
3. Donahue J Williamson J (1999). *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS*. Displaced Children and Orphans Fund. http://pdf.dec.org/pdf_docs/pnacj024.pdf
4. Norwegian Refugee Council/ Camp Management Project (2004, revised 2007). *Camp Management Toolkit*. <http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071>
5. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). *Journey of Life – A Community Workshop to Support Children*. <http://www.repssi.org>
6. Segerström E. (2001). 'Community Participation' in *The Refugee Experience*, Oxford Refugee Studies Centre. http://earlybird.qeh.ox.ac.uk/rfgexp/rsp_tre/student/commpart/com_int.htm
7. Le Projet Sphère (2004). *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*, Norme commune 1: participation. pp.32-33. Genève: Le Projet Sphère. http://www.sphereproject.org/french/handbook/hdbkpdf/french2004_full.pdf
8. UNHCR (2002). *Guide for Shelter Planning* (chapters on Community Participation and Community Organising). <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/opendoc.pdf?tbl=PARTNERS&id=3c4595a64> (English); http://www.acnur.org/index.php?id_pag=792 (Spanish)
9. UNHCR (2006). Tool for Participatory Assessment in Operations. <http://www.unhcr.org/publ/PUBL/450e963f2.html>

Indicateurs de méthode types

- Des espaces sûrs ont été établis et ils sont utilisés pour des réunions de planification et la communication d'informations.
 - La population locale organise périodiquement des réunions sur l'organisation et la mise en œuvre de l'intervention d'urgence.
 - Les hommes, les femmes et les jeunes de la population locale – y compris les membres des groupes marginalisés – sont associés à la prise des décisions importantes pendant la situation d'urgence.
-

Exemple : Mexico, 1985

- En 1985, à la suite du terrible tremblement de terre survenu à Mexico, où la population disposait de solides organisations communautaires préexistantes, la communauté a organisé les opérations de secours d'urgence.
- La population locale a accompli l'essentiel du travail de nettoyage, distribué des vivres et d'autres articles, mis sur pied des abris temporaires et conçu de nouveaux locaux d'habitation.
- L'intervention d'urgence locale s'est transformée en un mouvement social qui a aidé la population sur une période de cinq ans.
- Les études réalisées entre trois et cinq ans après le tremblement de terre n'ont fait état d'aucune augmentation de la prévalence des problèmes de santé mentale.

Cadre général

Toutes les communautés renferment en leur sein des dispositifs de soutien psychosocial et des capacités à faire face et de résilience. Presque tous les groupes de population touchés par une situation d'urgence comprennent des personnes vers lesquelles se tourner lorsqu'on a besoin d'un soutien psychosocial. Au sein des familles et des communautés, il y a lieu de prendre, dès la toute première phase de l'urgence, des mesures destinées à mobiliser et renforcer les dispositifs de soutien locaux et à encourager la mobilisation de l'entraide communautaire.

Il est essentiel d'adopter une approche fondée sur l'entraide, car le fait de contrôler certains aspects de sa vie est en lui-même favorable à la santé mentale et au bien-être psychosocial de la population ayant vécu des expériences terribles. En règle générale, les groupes de population touchés disposent de structures formelles ou non par le biais desquelles ils s'organisent pour répondre à des besoins collectifs. Même si ces structures ont été désorganisées, elles peuvent être remobilisées et appuyées dans le cadre de la mise en place d'une intervention d'urgence efficace. Renforcer et construire à partir de systèmes et structures de soutien local existants permettra de mettre sur pied des interventions communautaires durables, adaptées à la culture et qui obtiendront l'adhésion de la population locale. Dans le cadre d'une telle approche, la fonction des organismes extérieurs n'est pas tant de fournir des services directs que de faciliter la mise en place de dispositifs de soutien psychosocial qui renforcent les capacités des ressources disponibles au sein de ces populations.

Le fait de favoriser le soutien social et l'entraide communautaire requiert du doigté et de l'esprit critique. Les communautés comprennent souvent en leur sein des groupes divers et en compétition qui ont chacun leurs programmes et jouissent de degrés de pouvoir différents. Il est indispensable d'éviter de renforcer certains groupes au détriment d'autres et de promouvoir l'inclusion de personnes qui sont généralement invisibles ou tenues à l'écart des activités du groupe.

Interventions principales**1. Recenser les ressources humaines dans la communauté.**

Ces ressources sont notamment les notables importants –souvent les « anciens »-, les animateurs de communauté (y compris les responsables de l'administration locale),

les guérisseurs traditionnels, les chefs ou groupes religieux, les enseignants, les acteurs sanitaires et de santé mentale, les travailleurs sociaux, les groupes de jeunes et de femmes, les groupes de quartier, les chefs syndicalistes et les chefs d'entreprise.

Il est utile de recenser les ressources locales (voir aussi Aide-mémoire 2.1) en demandant aux membres de la communauté vers qui ils se tournent lorsqu'ils ont besoin d'un soutien en temps de crise. Certains noms ou groupes de personnes ne manqueront pas d'être mentionnés à maintes reprises, ce qui permettra de recenser les personnes susceptibles de fournir une aide au sein de la population touchée.

- S'entretenir avec ces personnes, y compris celles qui sont membres de groupes marginalisés, en leur demandant si elles sont en mesure de fournir une aide.
- Recenser les groupes ou mécanismes sociaux qui fonctionnaient avant la situation d'urgence et qui pourraient être réactivés pour aider à répondre aux besoins immédiats. Il pourrait s'agir de groupes de travail collectif, de groupes d'entraide, de tontines, de sociétés funéraires et de groupes de jeunes et de femmes.

2. Faciliter le processus par lequel les communautés définissent les actions prioritaires par le biais d'une « évaluation rurale participative » et d'autres méthodes participatives.

- Recenser les dispositifs de soutien non professionnels ou professionnels disponibles qui pourraient être mobilisés immédiatement ou renforcés.
- Promouvoir un processus collectif de réflexion sur le passé, le présent et l'avenir de la population pour faciliter la planification. En dressant un bilan des dispositifs de soutien qui ont existé antérieurement, mais ont été désorganisés par la situation d'urgence, la population peut choisir de remobiliser des dispositifs utiles. En se demandant où elle veut en être dans quelques années, elle peut envisager son avenir et prendre des dispositions pour concrétiser son projet.
- Examiner les questions suivantes avec les principaux acteurs ou groupes communautaires :
 - les organisations qui faisaient auparavant face aux situations de crise et qu'il pourrait être utile de remobiliser ;
 - les mécanismes (rituels, fêtes, groupes de discussion féminins, etc.) qui ont aidé dans le passé les membres de la communauté à faire face aux malheurs, à la violence et au deuil ;
 - comment la situation actuelle a désorganisé les réseaux sociaux et les mécanismes de résilience ;

- comment la population a été touchée par la crise ;
 - les actions que la population devrait entreprendre en priorité afin de commencer à réaliser son projet d'avenir ;
 - les actions qui lui permettraient d'atteindre ses objectifs prioritaires ;
 - les succès enregistrés par des organisations dans la communauté en question et dans les communautés avoisinantes.
- Communiquer les résultats de ce processus de recensement au groupe de coordination (voir Aide-mémoire 1.1 et 2.1)

3. Appuyer les initiatives communautaires, en encourageant activement celles qui favorisent le soutien familial et communautaire à tous les membres de la communauté touchés par la situation d'urgence, y compris les personnes les plus vulnérables.

- Déterminer ce que les membres de la population affectée font déjà pour eux-mêmes et pour autrui et étudier les moyens de renforcer leurs efforts. Par exemple, si la population locale organise des activités éducatives, mais a besoin de ressources de base telles que du papier et du matériel pour écrire, appuyer ses activités en aidant à fournir le matériel nécessaire (tout en étant conscient du problème éventuel de création de dépendance). Demander régulièrement ce qui peut être fait pour appuyer les activités locales.
- Appuyer les initiatives communautaires proposées par des membres de la communauté durant l'évaluation participative, le cas échéant.
- Encourager au besoin la création de groupes, en particulier de ceux qui se situent dans le prolongement de groupes préexistants, afin de réaliser diverses activités d'entraide et de planification.

4. Encourager et appuyer des activités supplémentaires qui favorisent le soutien familial et communautaire à tous les membres de la communauté touchés par la situation d'urgence et, en particulier, aux personnes les plus vulnérables.

En sus d'appuyer les initiatives propres à la communauté, on peut envisager de prendre diverses initiatives supplémentaires appropriées. Faciliter les contributions communautaires (a) en choisissant les activités à appuyer, (b) en élaborant, exécutant et suivant les activités choisies et (c) en appuyant et en facilitant les processus de référencement. On trouvera dans l'encadré ci-dessous des exemples d'activités pouvant être appropriées.

Exemples d'activités qui favorisent le soutien familial et communautaire à tous les membres de la communauté touchés par la situation d'urgence et, en particulier, les personnes les plus vulnérables

- Discussions en groupe sur la façon dont la communauté peut aider les groupes à risque identifiés lors des évaluations comme ayant besoin de protection et d'appui (voir Aide-mémoire 2.1) ;
- Comités de protection communautaire des enfants, qui recensent les enfants à risque, suivent les risques qu'ils encourent, interviennent lorsque cela est possible et adressent, le cas échéant, les cas aux autorités de protection ou aux services communautaires (voir Aide-mémoire 3.2) ;
- Organiser des placements structurés et un suivi dans des familles d'accueil pour les enfants séparés, dans la mesure du possible, plutôt que dans des orphelinats (voir Aide-mémoire 3.2) ;
- Recherche de la famille et réunification pour tous les groupes d'âges (voir Aide-mémoire 3.2) ;
- Protection des enfants des rues et des enfants ayant été associés à des forces et des groupes armés, et insertion de ces enfants dans la communauté ;
- Activités qui favorisent l'incorporation des personnes isolées dans les réseaux sociaux (orphelins, veuves, veufs, personnes âgées, personnes souffrant de graves troubles ou handicaps mentaux ou personnes séparées de leur famille) ;
- Groupes de soutien et d'activité pour les femmes, le cas échéant ;
- Programmes de soutien et de formation des parents quant à leur rôle ;
- Sports et clubs de jeunes et autres activités récréatives, par ex. pour les adolescents exposés au risque de consommation de drogues ou présentant des problèmes comportementaux ou d'intégration sociale ;
- Relance des manifestations culturelles et religieuses pour tous (voir Aide-mémoire 5.3) ;
- Discussion de groupe permanente sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des membres de la communauté ;
- Création de réseaux reliant les communautés affectées aux organisations humanitaires, aux services gouvernementaux ou autres services ;
- Pratiques de conciliation communautaires (voir Aide-mémoire 5.3) ;

- Autres activités qui aident les membres de la communauté à prendre ou reprendre contrôle de leur vie ;
- Activités qui favorisent le règlement non violent des conflits : discussions, théâtre et chansons, activités conjointes de membres de camps opposés, etc. ;
- Activités structurées pour les enfants et les adolescents (en incluant l'éducation informelle comme dans les espaces pour enfants (voir Aide-mémoire 7.1) ;
- Organiser l'accès à l'information sur les événements en cours, les services disponibles, les personnes disparues, les questions de sécurité etc... (voir Aide-mémoire 8.1) ;
- Organiser l'accès aux abris temporaires et aux services de base (voir Aide-mémoire 9.1, 10.1 et 11.1).

5. Assurer des séances de formation participative de courte durée selon les besoins (voir Aide-mémoire 4.3), assorties d'un suivi.

Lorsque les systèmes de soutien local sont incomplets ou trop fragiles pour atteindre des objectifs spécifiques, il peut être utile de former des acteurs communautaires, y compris des volontaires, à la réalisation de tâches telles que les suivantes :

- Définir les besoins spécifiques des membres de la communauté qui ne vont pas bien et répondre à ces besoins ;
- Élaborer et mettre en place des appuis adaptés à la culture locale ;
- Soutien de base, c'est-à-dire premiers secours psychologiques, aux personnes en grande détresse psychologique après avoir été exposées à des facteurs de stress extrêmes (voir Aide-mémoire 6.1) ;
- Créer des groupes "mères et enfants" aux fins de discussion et de stimulation des jeunes enfants (voir Aide-mémoire 5.4) ;
- Fournir, au besoin, des informations aux familles sur l'éducation des enfants et comment résoudre les problèmes ;
- Recenser, protéger et assurer la prise en charge des enfants séparés ;
- Faire participer les personnes handicapées à diverses activités ;
- Fournir un appui aux victimes de violence sexuelle ;
- Faciliter la libération et la ré-insertion des garçons et des filles ayant été associés à des forces et des groupes armés ;

- Création de groupes d'entraide ;
- Impliquer les jeunes, par ex. dans l'exercice d'un leadership éclairé, l'organisation de clubs de jeunes, les activités sportives, le dialogue visant la résolution des conflits, l'éducation en matière d'hygiène, de la santé reproductive et l'acquisition d'autres compétences pour la vie courante ;
- Impliquer les adultes et les adolescents dans des activités concrètes à but précis et présentant un intérêt pour les deux groupes (par ex. construction/organisation de logements, organisation de la recherche de la famille, distribution de vivres, préparation de repas, assainissement, organisation de vaccinations, activités d'enseignement s'adressant aux enfants) ;
- Référer, en fonction des besoins et des disponibilités, les personnes touchées vers les services juridiques, sanitaires, de l'emploi, de nutrition et sociaux.

6. En cas de besoin, plaider, au sein et en dehors de la communauté, en faveur des personnes marginalisées et vulnérables.

Le plus souvent, les personnes qui se trouvaient déjà marginalisées avant une crise sont négligées et demeurent invisibles et privées de soutien, à la fois pendant et après la crise. Les acteurs humanitaires peuvent remédier à ce problème en établissant un lien entre leur travail et la justice sociale, en plaidant la cause de personnes qui, à défaut, pourraient être négligées et en permettant aux personnes marginalisées de faire entendre leur voix.

Principales sources d'information

1. IASC (2005), *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Genève: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20French.pdf>
2. IFRC (2003), 'Promouvoir les efforts personnels d'une communauté', in *Soutien psychologique basé sur la communauté : Manuel de formation*, pp.57- 65, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Genève. http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/PSP_Manual_fr.pdf
3. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project. (2004, revised 2007). *Camp Management Toolkit*. <http://flyktinghjelpen.no/?did=9072071>
4. Pretty, J. N. and Vodouhé D.S. (1997). 'Using rapid or participatory rural appraisal'. FAO: New York. <http://www.fao.org/docrep/W5830E/w5830e08.htm>

5. Refugee Studies Centre & UNICEF (2002), 'Addressing the needs of children, their families and communities'. In *Working with Children in Unstable Situations - Principles and Concepts for Psycho-social Interventions* (draft), pp.47-79. <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/1Disaster-general/WorkWithChild.UnstableSitua.pdf>
6. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006), *The Journey of Life* (Awareness and action workshops). <http://www.repssi.org/>
7. Save the Children (1996), *Promoting Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and approaches*. <http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychsocwellbeing2.pdf>

Indicateurs de méthode types

- Des mesures ont été prises pour recenser, mobiliser et renforcer les ressources locales qui soutiennent la santé mentale et le bien-être psychosocial.
- Les processus et initiatives communautaires impliquent et appuient les personnes les plus vulnérables.
- En cas de besoin, une formation courte est dispensée pour renforcer la capacité des dispositifs de soutien locaux.

Exemple : Bosnie, dans les années 90

- Dans les zones rurales de Bosnie, de nombreuses femmes victimes de viols durant les guerres des années 90 et qui avaient perdu des membres de leur famille, avaient besoin d'un soutien psychosocial. Par honte et de peur d'être déconsidérées, elles refusaient de rencontrer des psychologues ou des psychiatres.
- Poursuivant une pratique antérieure à la guerre, les femmes se retrouvaient en groupes pour tricoter, prendre un café et se soutenir les unes les autres.
- Les organisations étrangères ont facilité ces projets en fournissant une aide financière modeste pour l'achat de la laine et en mettant en place un système de référencement vers des services appropriés.

Cadre général

Dans les situations d'urgence, des personnes peuvent souffrir de stress collectif d'ordre culturel, spirituel et religieux pouvant nécessiter un traitement immédiat. Les intervenants extérieurs à la culture locale pensent souvent en termes de symptômes et des réactions individuels, comme la dépression et le stress traumatique, alors que de nombreuses victimes, en particulier dans les sociétés non occidentales, expriment leurs souffrances en termes spirituels, religieux, familiaux ou communautaires.

Les victimes peuvent être particulièrement affectées par leur incapacité à accomplir les rites funéraires conformes à leur culture, dans les situations où elles ne disposent pas du corps des défunts ou lorsque les ressources financières ou l'espace privé nécessaires à l'accomplissement de ces rites font défaut. De même, des personnes peuvent endurer un stress aigu si elles ne sont pas en mesure de se livrer à leurs pratiques religieuses, spirituelles ou culturelles normales. Cet aide-mémoire porte sur les dispositifs de soutien religieux et culturel (y compris spirituel) communautaires s'adressant à des groupes de personnes qui ne cherchent pas nécessairement à se faire soigner, tandis que l'[Aide-mémoire 6.4](#) couvre les soins traditionnels à apporter aux individus et aux familles souhaitant se faire soigner.

Il est souvent possible de traiter le stress collectif provenant de sources de cette nature en donnant aux intéressés les moyens de se livrer aux pratiques culturelles, spirituelles et religieuses appropriées. L'accomplissement des rites mortuaires ou funéraires peut atténuer le stress et permettre le travail de deuil. Dans certaines situations, les cérémonies de purification et d'apaisement contribuent au rétablissement et à la réinsertion. Pour les populations très pieuses, la foi ou des pratiques telles que la prière sont une source de réconfort et donnent un sens à la situation difficile à laquelle elles sont confrontées. Comprendre et, le cas échéant, rendre possible des pratiques culturelles de conciliation peuvent améliorer le bien-être psychosocial de beaucoup de victimes. L'ignorance de ces pratiques, induit le risque d'une prolongation de la détresse et peut faire du tort en mettant de côté des moyens culturels utiles pour faire face à l'adversité. Dans de nombreux contextes, collaborer avec les chefs religieux et les ressources qu'ils peuvent mettre à disposition, est un volet essentiel du soutien psychosocial d'urgence.

La nécessité de composer avec la religion ou la culture locale exige souvent des acteurs humanitaires extérieurs qu'ils tiennent compte de conceptions du monde

très différentes de la leur. Certaines pratiques locales pouvant causer des préjudices (par exemple dans les contextes où la spiritualité et la religion sont politisées), les acteurs humanitaires doivent faire preuve d'esprit critique en ne soutenant que les pratiques et ressources locales conformes aux normes internationales en matière de droits de l'homme.

Interventions principales**1. Prendre contact avec les chefs religieux et spirituels et autres guides culturels locaux pour prendre connaissance de leurs vues sur la manière dont la population a été affectée et les pratiques susceptibles de l'aider.**

On aura notamment intérêt à :

- Faire le bilan des évaluations existantes ([voir Aide-mémoire 2.1](#)) pour éviter le risque de reposer les mêmes questions ;
- Prendre contact avec les chefs religieux et spirituels locaux, de préférence par le truchement d'un enquêteur appartenant au même groupe ethnique ou religieux, afin de se familiariser avec leurs vues ([voir Intervention principale 3](#) ci-dessous). Étant donné que la population affectée peut se composer de groupes et de tendances différents, il importe de prendre contact avec tous les principaux groupes ou tendances religieux. Le simple fait de prendre contact, met en avant les questions spirituelles et religieuses et ce qui en ressort, peut permettre d'organiser l'aide de façon à appuyer les ressources locales qui améliorent le bien-être.

2. Faire preuve de sensibilité éthique.

En faisant appel –si nécessaire- aux services d'un interprète compétent, utiliser la langue locale pour poser les questions qu'un guide culturel (une personne connaissant bien la culture locale) a indiquées comme étant appropriées. Il peut être difficile pour les victimes de communiquer des informations sur leur religion ou leur spiritualité à des étrangers, en particulier dans les situations de génocide et de conflit armé dans lesquelles leurs croyances religieuses et/ou leur identité ethnique ont été mises à mal.

L'expérience montre qu'il est possible pour les acteurs humanitaires de parler aux chefs religieux et spirituels s'ils font preuve de respect et indiquent que leur but est de trouver la meilleure façon de fournir un soutien à la population affectée et éviter toute pratique dommageable. Dans beaucoup de situations d'urgence, les chefs

religieux et spirituels ont été des partenaires clés des acteurs humanitaires en leur montrant comment fournir un appui à la population affectée. La sensibilité éthique est également nécessaire parce que certaines pratiques spirituelles, culturelles et religieuses (comme l'immolation des veuves) sont répréhensibles. Il importe de conserver son sens critique en n'appuyant les pratiques culturelles, religieuses et spirituelles que si elles sont conformes aux normes relatives aux droits de l'homme. La couverture médiatique de pratiques locales peut poser un problème et n'est admissible qu'avec le plein consentement des membres de la communauté concernés.

3. Se familiariser avec les mécanismes de soutien et de survie culturels, religieux et spirituels.

Une fois que de bonnes relations sont établies, aborder des questions telles que les suivantes :

- Quelles sont, à votre avis, les causes et les conséquences spirituelles de la situation d'urgence ?
- Comment la population a-t-elle été affectée sur les plans culturel ou spirituel ?
- Quelle est la suite appropriée à donner au décès d'une personne ?
- Est-il prévu d'accomplir des rites ou de se livrer à des pratiques culturelles et, dans l'affirmative, à quel moment ?
- Qui est le plus qualifié pour fournir des recommandations sur la manière d'accomplir ces rites et d'inhumier les corps ?
- À qui dans la communauté les rites de purification ou d'apaisement seraient-ils particulièrement bénéfiques et pourquoi ?
- Êtes-vous disposé à fournir aux acteurs humanitaires présents dans cette région des conseils sur la façon de fournir un appui spirituel à la population et d'éviter de lui infliger un dommage spirituel ?

Si cela est possible, revenir plusieurs fois pour gagner la confiance de ses interlocuteurs et en apprendre davantage sur les pratiques religieuses et culturelles. Toujours si cela est possible, confirmer les informations recueillies en discutant avec un anthropologue local ou d'autres guides culturels connaissant parfaitement la culture et les pratiques locales.

4. Diffuser les informations recueillies parmi les acteurs humanitaires dans le cadre de réunions sectorielles et de coordination.

Communiquer les informations recueillies aux collègues des différents secteurs, notamment dans le cadre des réunions de coordination intersectorielle de la SMSPS, afin de faire mieux connaître les questions et pratiques culturelles et religieuses. Faire état du dommage qui pourrait être infligé par l'inhumation précipitée d'un grand nombre de corps ou l'acheminement de vivres ou d'autres articles réputés insultants pour des raisons religieuses.

5. Créer les conditions nécessaires à des pratiques d'apaisement appropriées.

Les acteurs humanitaires ont pour rôle de faciliter la mise en œuvre de pratiques qui sont importantes pour la population affectée et qui sont conformes aux normes internationales en matière de droits de l'homme. Les principales mesures consistent à :

- Collaborer avec les leaders sélectionnés pour savoir comment mettre en œuvre les pratiques appropriées ;
- Recenser les obstacles (le manque de ressources, par exemple) à la mise en œuvre des pratiques ;
- Éliminer les obstacles (par exemple, fournir des espaces pour l'accomplissement des rites et des ressources telles que des vivres pour les invités aux cérémonies funèbres et des matériaux pour les inhumations) ;
- Accepter, le cas échéant, les pratiques mixtes existantes (locales et occidentalisées, par exemple).

Principales sources d'information

1. PAHO/WHO (2004). 'Sociocultural aspects'. In: *Management of Dead Bodies in Disaster Situations* pp.85-106. Washington: PAHO. <http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf>
2. Psychosocial Working Group (2003). *Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: A Conceptual Framework*. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/Conceptual%20Framework.pdf>
3. Le Projet Sphère (2004). *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*. Aspects mentaux et sociaux de la santé, pp.346-349. Genève: Le Projet Sphère . http://www.sphereproject.org/french/handbook/hdbkpdf/french2004_full.pdf

Indicateurs de méthode types

- Les dispositifs de soutien culturel, religieux et spirituel locaux ont été recensés et les informations sont communiquées aux acteurs humanitaires.
- Les obstacles à la mise en œuvre des pratiques appropriées ont été recensés et éliminés ou atténués.
- Des mesures ont été prises pour faciliter la mise en œuvre des pratiques auxquelles la population affectée est attachée et qui sont conformes aux normes internationales en matière de droits de l'homme.

Exemple: Angola, 1996

- Un ancien enfant soldat dit qu'il se sent stressé et a peur parce que l'esprit d'un homme qu'il a tué lui apparaît la nuit. Le problème est communautaire dans la mesure où sa famille et sa communauté le considèrent comme impur et craignent que l'esprit ne se venge si le garçon n'est pas purifié.
- Des travailleurs humanitaires consultent les guérisseurs locaux, qui disent qu'ils peuvent chasser les esprits en colère en procédant à un rite de purification, dont le garçon dit avoir besoin.
- Une ONG internationale fournit les vivres et les animaux nécessaires et le guérisseur accomplit un rite censé purifier le garçon et protéger la communauté. Par la suite, le garçon et la communauté font état d'un mieux-être.

Cadre général

La petite enfance (0 à 8 ans) est la plus importante des périodes de la vie humaine pour ce qui est du développement physique, cognitif, affectif et social. Cette période est celle d'un développement décisif et rapide du cerveau, lequel dépend d'une protection adéquate, de la stimulation et de la prise en charge de l'enfant. Les pertes précoces (comme le décès d'un parent), le fait d'être témoin d'actes de violence physique ou sexuelle et d'autres événements traumatisants peuvent distendre les liens affectifs et porter atteinte au développement social et affectif à long terme. Toutefois, la plupart des enfants se rétablissent, en particulier si les soins et le soutien appropriés leur sont apportés.

Dans les situations d'urgence, le bien-être des jeunes enfants dépend dans une large mesure de la situation de leur famille et de leur communauté. Il peut diminuer si leur mère ou toute autre personne leur prodiguant des soins est accablée, épuisée ou déprimée et se trouve physiquement ou psychologiquement hors d'état de leur fournir les soins et le soutien dont ils ont besoin dans leur vie quotidienne. Les enfants qui ont été séparés de leur parents ont pu faire l'objet d'un placement temporaire qui ne donne pas satisfaction. Dans la communauté, les parents comme les enfants peuvent courir un risque du fait de la désorganisation des services médicaux, d'une alimentation insuffisante et d'une série de menaces à la protection.

Dans les situations d'urgence, les programmes relatifs à la petite enfance doivent être coordonnés (voir [Aide-mémoire 1.1](#)) et doivent s'appuyer sur des évaluations appropriées (voir [Aide-mémoire 2.1](#)), qui fournissent notamment des estimations du nombre et de l'âge des enfants âgés de moins de 8 ans, du nombre de femmes enceintes et du nombre de femmes qui viennent d'avoir des enfants. Ces programmes doivent appuyer la prise en charge des jeunes enfants par leur famille et les ceux qui s'occupent d'eux. Les activités s'adressant aux jeunes enfants doivent fournir la stimulation nécessaire, faciliter la nutrition de base (dans les situations de grave pénurie alimentaire), favoriser la protection et promouvoir l'établissement de liens affectifs entre les nourrissons et ceux qui leur apportent des soins. Ces activités sont destinées à répondre aux besoins fondamentaux de ces enfants et contribuent à atténuer les traumatismes dus à la catastrophe dans un environnement sûr, protégé et structuré tout en apportant des secours et une aide à ceux qui leur apportent des soins.

Interventions principales

1. Faire en sorte que chaque enfant reste avec sa mère, son père, sa famille ou celui qui lui dispense des soins habituellement.

(a) **Prévenir la séparation.** Dans les situations d'urgence, qui rendent probables des déplacements de population, aider les communautés et les familles à mettre au point des méthodes culturellement acceptables et appropriées pour éviter la séparation.

- Donner la priorité au maintien des mères allaitantes avec leur enfants.
- Apprendre aux enfants plus grands des chansons indiquant leur nom de famille, celui de leur village et les coordonnées de personnes à contacter.
- Donner aux enfants des plaques d'identité pour réduire autant que possible la séparation.

(b) **Regrouper les enfants et les parents** (voir Aide-mémoire 3.2). Si les enfants sont séparés :

- Prendre contact avec l'organisation s'occupant de la réunification.
- Faciliter la recherche de la famille et la réunification. Enregistrer la date et le lieu de découverte d'enfants séparés. Recueillir des informations auprès des enfants eux-mêmes à l'aide de méthodes adaptées à leur âge, consistant notamment à leur faire dessiner l'endroit où ils vivaient ou à les faire parler d'eux-mêmes.
- Faire des vêtements portés par les enfants l'un des principaux moyens d'identification des enfants séparés et de leur réunification avec leurs parents.

(c) **Favoriser les cadres de prise en charge non conventionnels.** Dans les situations de crise et d'urgence où aucune autre option de prise en charge n'existe, il peut être nécessaire d'organiser des centres provisoires pour assurer la protection des enfants séparés jusqu'à ce qu'une solution à long terme soit trouvée. En attendant d'être rendus à leur famille, les enfants séparés peuvent être placés auprès d'une personne ou dans une famille qui peut assurer une prise en charge et une protection appropriées. Les orphelinats doivent être considérés comme une solution de dernier ressort car ils ne fournissent généralement pas le soutien approprié.

- Décider du cadre de prise en charge en fonction de *ce qui est dans l'intérêt supérieur de l'enfant dans le contexte culturel local*.
- Maintenir l'enfant dans la famille élargie et/ou la communauté chaque fois que cela est possible et éviter de séparer les enfants d'une même famille.
- Lorsque cela est possible, prévoir une seule famille d'accueil permanente au lieu de familles d'accueil multiples.

- Pour les nouveau-nés qui ont perdu leur mère ou ont été séparés de leurs parents, répondre aux besoins de base d'alimentation, de chaleur et de protection, en se souvenant que, dans certaines cultures, les filles courent plus souvent le risque d'être négligées.

Si les enfants ont déjà été placés dans des orphelinats ou d'autres établissements, il conviendrait de procéder à une évaluation rapide permettant d'établir l'état de santé de ces enfants et de déterminer les mesures à prendre éventuellement pour promouvoir des activités de développement du jeune enfant (ECD).

2. Promouvoir la poursuite de l'allaitement maternel.

L'allaitement maternel est optimal pour le bien-être physique, psychosocial et cognitif des nourrissons et des enfants qui font leurs premiers pas. Il favorise le développement cognitif de l'enfant, reconforte l'enfant, renforce probablement le lien entre la mère et l'enfant, ne nécessite pas de préparation particulière, est gratuit et le plus souvent tout à fait sûr (pour les mises en garde en matière de sécurité, voir la référence UNICEF (2002) dans la section sur les principales sources d'information pour des conseils sur la question de l'allaitement maternel et du VIH/sida).

- Encourager l'allaitement maternel par le biais d'un soutien individuel et de dialogues communautaires.
- Les mères de nouveau-nés (et les autres membres de la famille) doivent recevoir des conseils pour les soins aux nouveau-nés en ce qui concerne l'allaitement exclusif, la façon d'emballoter leur bébé et de le réchauffer, le bain différé et l'hygiène.
- Éviter la distribution régulière de préparations à base de lait en poudre car elles dissuadent les mères d'allaiter.
- Donner un rang de priorité élevé à l'alimentation complémentaire pour les femmes enceintes ou allaitantes.
- Ne pas trop insister auprès des mères pour qu'elles allaitent. Les mères qui se refusent ou ont beaucoup de difficultés à allaiter ou ne peuvent pas le faire doivent recevoir le soutien voulu.

3. Favoriser le jeu, les soins attentifs et le soutien social.

Diverses activités de développement du jeune enfant doivent être organisées pendant les situations d'urgence, comme l'éducation des parents, les visites à domicile, les garderies organisées par les parents ou la collectivité, les 'espaces sûrs', les

bibliothèques de jouets pour enfants et les rencontres informelles de parents dans les ‘espaces sûrs’ (voir [Aide-mémoire 5.1](#)).

- Organiser des occasions appropriées au plan local de jeu d’action, d’activités d’éveil et de socialisation. Ces activités peuvent contribuer à atténuer l’impact psychosocial négatif des situations de crise.
- Adapter les activités à l’âge, au sexe et à la culture des enfants. Pour que leur détresse s’estompe autant qu’il est possible, les enfants ont besoin de retrouver un semblant de vie normale et d’avoir le sentiment de participer à des activités normalisantes, qui doivent tenir compte des activités quotidiennes habituelles des enfants (par ex., pour un enfant appartenant à un milieu nomade qui n’est jamais allé à l’école, l’éducation formelle peut n’être ni ‘normalisante’ ni réconfortante). Dans la planification et la mise en oeuvre des programmes, se laisser guider par les jalons du développement de l’enfant correspondant à la culture locale, telles que les rites de passage, jalons qui peuvent être plus appropriés que les modèles de développement occidentaux.
- Organiser dans les ‘espaces sûrs’ (voir [Aide-mémoire 5.1 et 7.1](#)) des activités de soutien spécifique aux très jeunes enfants. Si les conditions s’y prêtent, constituer les groupes d’activité de façon à ce qu’ils puissent accueillir des enfants ayant à peu près le même âge ou étant parvenus en gros au même stade de développement : 0 à 12/18 mois (période préverbale et précédant la marche), 12/18 mois à 3 ans, et 3 à 6 ans (les activités s’adressant aux enfants âgés de 6 à 8 ans sont traitées dans [l’Aide-mémoire 7.1](#)). Apprenez aux parents, aux frères et sœurs, aux grands-parents et aux jeunes à travailler avec le personnel disponible et à montrer au reste de la famille comment contribuer au bon développement des jeunes enfants. Penser à engager des femmes âgées et des jeunes femmes de confiance comme bénévoles dans les ‘espaces sûrs’.
- Penser à utiliser des jeux, chansons et danses connus ainsi que des jouets fabriqués à la maison car ce sont les plus pratiques dans une situation d’urgence.
- Prévoir un espace où l’enfant et celui/celle qui s’occupe de lui peuvent jouer et communiquer dans tous les services destinés aux jeunes enfants, tels que les programmes d’alimentation thérapeutique, les hôpitaux et les dispensaires, ainsi que les locaux de distribution de nourritures et d’autres articles. Faciliter l’organisation pour les jeunes enfants d’activités qui valorisent le renforcement du lien social et la non-violence dans les communautés touchées par la violence.
- Intégrer les enfants ayant des besoins spéciaux aux activités de garde, ludiques et de soutien social au niveau de la communauté.

- Pour des conseils spécifiques sur la stimulation des jeunes enfants durant les crises alimentaires, voir la référence concernant l’OMS (2006) dans la section sur les principales sources d’information.

4. Soins envers ceux qui s’occupent des enfants.

Dans les situations d’urgence, il est important d’organiser des réunions pendant lesquelles les personnes s’occupant de jeunes enfants puissent parler du passé, du présent et de l’avenir, confronter leurs expériences en matière de règlement de problèmes et s’épauler pour donner à leurs enfants les soins dont ils ont besoin.

- Dans les ‘espaces sûrs’ (voir [Aide-mémoire 5.1 et 7.1](#)), organiser des groupes de soutien devant lesquels les parents/les mères puissent parler de leurs propres souffrances.
- Conseiller aux parents de ne pas évoquer en détail des événements atroces devant leurs enfants. Durant les activités en petits groupes organisées pour les familles et leurs jeunes enfants, les parents ont l’occasion d’apprendre en suivant ce que font d’autres parents avec leurs enfants. Lorsque de tels échanges positifs entre parents et enfants ont lieu, il convient d’attirer l’attention sur ce fait et d’encourager les autres parents à communiquer avec leurs propres enfants d’une façon analogue.
- Aider les parents et ceux qui s’occupent des enfants à comprendre les changements qu’ils constatent chez leurs enfants à la suite d’une crise. Leur expliquer qu’un comportement tel qu’une peur intensifiée d’autrui et le repli sur soi, ou le fait qu’ils se battent plus souvent avec les autres enfants sont des réactions courantes au stress et ne sont pas les manifestations d’un échec de la part de celui qui est en charge de l’enfant.
- Leur communiquer des informations sur la manière de déceler les problèmes et de soutenir la santé psychosociale de leurs enfants, notamment sur la façon de contrôler, canaliser et modifier leur comportement agressif en leur imposant une discipline cohérente et en leur fixant des limites. Recenser les réactions dommageables au stress d’un enfant, tels que les coups, l’abandon ou la stigmatisation, et proposer des stratégies de substitution aux parents et aux leaders des communautés. Les parents qui éprouvent des difficultés à s’occuper de leurs enfants en raison de graves problèmes de santé mentale doivent être référés vers les membres du personnel des services de santé qualifiés pour leur prodiguer des soins de santé mentale (voir [Aide-mémoire 6.2](#)). Une dépression grave peut, en particulier, jouer sur la capacité à s’occuper d’enfants.

Principales sources d'information

1. Bernard van Leer Foundation (2005). *Early Childhood Matters. Volume 104: Responding to young children in post-emergency situations*. http://www.bernardvanleer.org/publication_store/publication_store_publications/Early_Childhood_Matters_104/file
2. Consultative Group on Early Childhood Care and Development (1996). *Children as Zones of Peace: Working with Children Affected by Armed Violence*. http://www.ecdgroup.com/docs/Children_as_Zones_of_Peace;_Working_with_Children_Affected_by_Armed_Violence-13_05_2001-13_53_24.pdf
3. Emergency Nutrition Network Online (2006). *Infant Feeding in Emergencies*. <http://www.enonline.net/ife/>
4. Human Sciences Research Council of South Africa (HSRC). Psychosocial Support Resources: Davids D. (Hesperian Foundation), *Emotional Behaviour Book*. http://www.hsrc.ac.za/Research_Programme-Page-76.phtml
5. CICR, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR et World Vision (2004). *Principes directeurs inter-agences relatifs aux enfants non accompagnés ou séparés de leur famille*. Genève : CICR. [http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/p1101/\\$File/ICRC_001_1011.PDF!Open](http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/p1101/$File/ICRC_001_1011.PDF!Open)
6. INFO Reports/Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2006). *Breastfeeding Questions Answered: A Guide for Providers*. <http://www.infoforhealth.org/infoforeports/breastfeeding/infort5.pdf>
7. Save the Children UK. (2006). *ECD Guidelines for Emergencies – the Balkans*. <http://www.savethechildren.org.uk/scuk/jsp/resources/details.jsp?id=4174&group=resources§ion=policy&subsection=details&pagelang=en>
8. UNESCO and IIEP (2006). *Guidebook for Planning Education in Emergencies and Reconstruction*. <http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/guidebook.htm>
9. UNICEF et Macksoud M. (2000). *Aider les enfants à gérer les tensions engendrées par la guerre : un manuel pour les parents et les enseignants*. http://www.unicef.org/french/publications/files/Aider_enfants__guerre.pdf
10. UNICEF (2002). *HIV and Infant Feeding*. http://www.unicef.org/publications/files/pub_hiv_infantfeeding_en.pdf
11. OMS. (2006). *Santé mentale et bien-être psychosocial des enfants en situation de pénurie alimentaire sévère*. Genève : OMS. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mental_health_food_shortage_french.pdf
12. Women's Commission for Refugee Women and Children (2005). *Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*. http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC_ffg.pdf

Indicateurs de méthode types

- Les *Principes directeurs inter-agences relatifs aux enfants non accompagnés ou séparés de leur famille* sont mis en œuvre.
- Des activités de développement du jeune enfant (ECD) sont organisées pour les petites filles et les petits garçons (0 à 8 ans) et ceux qui s'occupent d'eux.
- L'allaitement maternel est encouragé.
- Les personnes en charge des enfants se réunissent dans des espaces sûrs pour discuter de leurs problèmes et s'épauler.

Exemple : Angola, 1999-2000

- Peu d'activités étaient organisées pour les jeunes enfants vivant dans les camps de personnes déplacées (IDP) et les parents passaient peu de temps à communiquer avec leurs jeunes enfants.
- Après avoir localisé des adultes auxquels la population locale demandait aide et conseils sur les soins à prodiguer à de jeunes enfants, une ONG internationale a assuré une formation sur la manière d'organiser des activités d'éveil et d'interaction sociale positive en fonction de l'âge et du sexe.
- Même en l'absence d'écoles ou d'autres lieux de réunion, les participants locaux ont animé des activités à l'ombre des arbres, fait participer les mères à ces activités et ont référé les enfants ayant besoin d'une assistance spéciale. Plusieurs milliers de mères et d'enfants ont participé à ces activités.

Cadre général

Dans la plupart des situations d'urgence, un décalage existe entre les dispositifs de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) et les soins de santé générale. Or, la manière dont les soins de santé sont dispensés affecte souvent le bien-être psychosocial de la population aux prises avec une situation d'urgence. Les soins prodigués d'une façon bienveillante et psychologiquement réconfortante protègent le bien-être des victimes, alors qu'un traitement dédaigneux ou une mauvaise communication menace la dignité des intéressés, les dissuade de chercher à se faire soigner et compromet le respect des traitements prescrits, y compris pour des maladies potentiellement mortelles telles que le VIH/sida. Il est fréquent que les problèmes de santé physique et mentale apparaissent simultanément, en particulier chez les victimes d'une catastrophe. Dans la précipitation avec laquelle sont organisés et dispensés les soins médicaux, on méconnaît souvent les liens étroits qui existent entre les aspects sociaux, mentaux et physiques de la santé.

Il est fréquent que les centres de soins de santé générale –tels que les centres de soins de santé primaires– représentent le premier point de contact pour secourir les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et psychosociaux. Les prestataires de soins de santé générale constatent souvent des problèmes psychologiques chez les victimes dont ils soignent les maladies et les blessures, et notamment en traitant les conséquences sur la santé de violations des droits fondamentaux telles que la torture et le viol. Certaines formes du soutien psychologique (c'est-à-dire les premiers secours psychologiques de base) à fournir aux personnes souffrant d'une détresse psychologique aiguë ne requièrent pas de connaissances d'un niveau avancé et peuvent facilement être enseignées à des agents de santé n'ayant jamais reçu de formation à la santé mentale.

Cet aide-mémoire couvre les aspects psychologiques et sociaux de la prestation globale de soins de santé générale dans les situations d'urgence. Le traitement des troubles mentaux graves dans les situations d'urgence fait l'objet d'un autre aide-mémoire (voir [Aide-mémoire 6.2](#)). Les interventions décrites ci-après s'appliquent aux services de santé préexistants comme à ceux qui sont liés à la situation d'urgence.

Interventions principales

1. Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la prestation de soins de santé générale. Mettre en place des soins de santé équitables, appropriés et accessibles qui soient conformes aux normes minimales Sphère en matière de santé afin de préserver la dignité de l'existence. Les aspects sociaux ci-après sont applicables :

- Maximiser la participation de la population affectée des deux sexes à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de tout service de santé d'urgence (pour des précisions, on peut se reporter au chapitre de l'ouvrage du réseau ALNAP indiqué dans la section sur les principales sources d'information et aux [Aide-mémoire 2.1, 2.2 et 5.1](#)).
- Maximiser l'accès aux soins de santé en localisant tout nouveau service dans lequel les membres de la communauté peuvent se rendre à pied en toute sécurité. Veiller à ce que les deux sexes et les principaux groupes minoritaires et linguistiques soient représentés parmi le personnel de santé, afin de maximiser l'accès des victimes aux services de santé. Au besoin, faire appel à des interprètes.
- Protéger et promouvoir les droits des patients suivants :
 - Consentement éclairé (pour les deux sexes) préalable aux interventions médicales ou chirurgicales (une explication précise de l'intervention à réaliser est particulièrement nécessaire lorsque les soins d'urgence sont dispensés par le personnel international, qui peut avoir une approche différente de la médecine) ;
 - Respect de l'intimité (par ex., dans toute la mesure possible, prévoir un rideau pour la salle de consultation) ;
 - Caractère confidentiel des informations concernant l'état de santé des patients. La prudence est tout particulièrement de mise en ce qui concerne les données relatives à des violations des droits fondamentaux (par ex. torture, viol).
- Utiliser les médicaments essentiels figurant sur la *Liste type de médicaments essentiels de l'OMS* pour faciliter la prestation de soins abordables et, partant, durables. Utiliser dans toute la mesure possible les médicaments génériques disponibles sur place.
- Enregistrer et analyser les données ventilées par sexe et par âge dans les systèmes d'informations sanitaires.
- Communiquer à la population touchée des informations sanitaires importantes en rapport avec la situation d'urgence (voir [Aide-mémoire 8.1](#)).

2. Fournir des extraits d'actes de naissance et des actes de décès (le cas échéant).

La certification du décès est importante pour les demandes (y compris les demandes de règlement de succession) présentées par les membres de la famille survivants.

La certification de la naissance est souvent indispensable aux fins de l'établissement de l'identité et d'une demande de nationalité et, partant, pour accéder aux services fournis par l'État (l'éducation, par exemple) et pour être protégé contre l'adoption illégale, le recrutement forcé et la traite. Si les autorités constituées ne sont pas en mesure de fournir ces documents, les agents de santé devraient le faire.

3. Faciliter le référencement vers les principales ressources extérieures au système de santé, notamment :

- Les services et dispositifs de soutien sociaux disponibles sur le plan local et les mécanismes de protection mis en place par la communauté (voir Aide-mémoire 3.2, 3.3 et 5.2) ;
- Services d'appui juridique et/ou d'attestation à fournir aux victimes, selon les besoins et les possibilités ;
- les organisations spécialisées dans la recherche (tracing) pour les personnes qui ignorent où se trouvent les membres disparus de leur famille.

4. Initier le personnel de santé générale et le personnel de santé mentale aux aspects psychologiques des soins de santé d'urgence.

Voir aussi l'intervention principale 4.3 pour des indications sur l'organisation des séances d'initiation. Prévoir des séminaires d'initiation d'une demi-journée ou, de préférence, d'une journée à l'intention du personnel de santé national et international. Ces séminaires peuvent comporter les volets suivants :

- Psychoéducation et informations générales, notamment :
 - L'importance qu'il y a à traiter avec respect les survivants de catastrophes, afin de préserver leur dignité ;
 - Informations de base sur l'état des connaissances en ce qui concerne l'impact des situations d'urgence sur la santé mentale et le bien-être psychosocial (voir Chapitre 1), y compris une présentation des interventions locales en matière de soutien psychosocial face à une situation d'urgence ;
 - Principales conclusions tirées des évaluations locales de la santé mentale et du soutien psychosocial (voir Aide-mémoire 2.1)

- Éviter toute pathologisation/médicalisation inappropriée (en établissant une distinction entre la détresse non pathologique et les troubles mentaux nécessitant un traitement clinique et/ou un référencement)
- Connaissance de tous les services de soins de santé mentale de la région, afin de faciliter le référencement des personnes souffrant de graves troubles mentaux (voir Aide-mémoire 6.2).
- Connaissance des dispositifs de soutien social et des mécanismes de protection disponibles sur le plan local afin de faciliter les aiguillages appropriés (voir Aide-mémoire 5.2 et 3.2) ;
- Communiquer avec les patients en leur donnant des informations précises et exactes sur leur état de santé et sur les services pouvant les intéresser, tels que la recherche de la famille. Prévoir une remise à niveau sur la communication empathique :
 - Écoute active ;
 - Connaissances de base sur la manière de communiquer une mauvaise nouvelle d'une manière empathique ;
 - Connaissances de base sur la manière de s'occuper de patients en colère, très angoissés, suicidaires, psychotiques ou repliés sur eux-mêmes ;
 - Connaissances de base sur la manière de réagir à la communication d'événements extrêmement intimes et chargés d'émotion, tels que la violence sexuelle ;
- Comment soutenir la résolution de problèmes et l'autonomisation en aidant la population à préciser ses problèmes, en recherchant avec elle les moyens de faire face, en faisant des choix et en évaluant l'intérêt et les conséquences de ces choix ;
- Techniques de base de gestion du stress, y compris les techniques de relaxation locales (traditionnelles) ;
- Traitement non pharmacologique des troubles somatiques inexplicables par la médecine et référencement nécessaire (après élimination des causes physiques) (voir le Forum for Research and Development dans la section sur les Principales sources d'information).

5. Prévoir un soutien psychologique pour les personnes ayant été exposées à des facteurs de stress extrêmes.

- La plupart des personnes souffrant de détresse psychologique aiguë après avoir été exposées à des facteurs de stress extrêmes n'ont pas besoin de médicaments. Tous les acteurs humanitaires et, en particulier, les agents sanitaires doivent être capables de fournir les *premiers secours psychologiques (PSP)* de base. Les PSP sont souvent considérés, à tort, comme une intervention psychiatrique clinique ou d'urgence. En fait, ils représentent une réaction humaine de solidarité avec une personne qui souffre et peut avoir besoin d'un soutien. Les PSP sont très différents du « debriefing » psychologique en ce qu'ils ne consistent pas nécessairement à discuter de l'événement qui est à l'origine de la détresse constatée. Ils englobent :
 - Protéger contre de nouveaux risques (dans de rares situations, des personnes très traumatisées peuvent prendre des décisions qui leur font courir le risque d'être victimes de nouvelles violences). Le cas échéant, informer les victimes de leur droit de refuser de discuter des événements avec (d'autres) travailleurs humanitaires ou avec des journalistes ;
 - Donner l'occasion aux victimes d'évoquer ces événements, mais sans faire pression sur elles pour qu'elles le fassent. Respecter leur souhait de ne pas parler et ne pas essayer d'obtenir de ces personnes plus d'informations qu'elles ne sont disposées à donner ;
 - Ecouter de façon patiente faite d'acceptation de l'autre et sans jugement moral ;
 - Témoigner d'une authentique compassion ;
 - Recenser les besoins concrets de base et veiller à ce qu'il y soit répondu ;
 - S'enquérir des préoccupations de ces personnes et s'efforcer d'y remédier ;
 - Les dissuader d'adopter des méthodes de survie négatives (en particulier, les dissuader de s'en remettre à l'alcool et à d'autres substances, en leur expliquant que les personnes souffrant de détresse profonde courent un risque plus grand de développer une dépendance aux substances qu'elles consomment) ;
 - Les encourager à participer à des activités quotidiennes normales (si c'est possible) et à mettre en œuvre des méthodes de survie positives (par ex. des méthodes de relaxation adaptées à la culture locale, accès à des dispositifs de soutien culturels et spirituels utiles) ;
 - Les encourager à demander à l'un ou à plusieurs membres de leur famille ou à un ou des amis de leur tenir compagnie, mais sans chercher à le leur imposer ;

- Selon les besoins, leur réserver la possibilité de revenir pour bénéficier d'un soutien supplémentaire ;
- Le cas échéant, les référer vers les mécanismes de soutien disponibles au plan local (voir [Aide-mémoire 5.2](#)) ou vers des cliniciens qualifiés.
- Dans un petit nombre de cas, lorsque la détresse *aiguë* limite le fonctionnement de base, il faut probablement envisager un traitement clinique (pour la façon de procéder, voir *Where There is No Psychiatrist* dans la section sur les Principales sources d'information). Si cela est possible, référer le patient vers un clinicien ayant les qualifications requises pour aider les personnes souffrant de troubles mentaux et lui-même supervisé (voir [Aide-mémoire 6.2](#)). Le traitement clinique doit être fourni en association avec d'autres dispositifs de soutien formels ou non formels (voir [Aide-mémoire 5.2](#)).
- S'agissant du traitement clinique de la détresse aiguë, les benzodiazépines sont beaucoup trop souvent prescrites dans la plupart des situations d'urgence. Toutefois, il peut être judicieux de prescrire ces médicaments pour une très courte période pour traiter certains problèmes cliniques spécifiques (l'insomnie grave, par exemple). La prudence est toutefois de mise, car l'utilisation des benzodiazépines entraîne parfois rapidement une pharmacodépendance, en particulier chez les personnes très traumatisées. Différents experts ont soutenu que les benzodiazépines peuvent retarder le processus de rétablissement d'une personne ayant été exposée à des facteurs de stress extrêmes.
- Dans la plupart des cas, la détresse aiguë diminue de façon naturelle avec le temps, sans intervention extérieure. Toutefois, dans un petit nombre de cas, un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux chronique (y compris l'état de stress post-traumatique grave) apparaît. S'il s'agit d'un trouble grave, il doit être traité par un clinicien qualifié dans le cadre de l'intervention d'urgence minimale (voir [Aide-mémoire 6.2](#)). S'il ne s'agit pas d'un trouble grave (par exemple si la personne peut fonctionner et supporter la souffrance), la personne doit recevoir les soins appropriés dans le cadre d'une réponse humanitaire globale. Au besoin, des agents de santé des collectivités en poste dans les services de santé (par ex., travailleurs sociaux et psychologues) qualifiés et bénéficiant d'une supervision clinique peuvent contribuer au traitement de ces cas.

6. Recueillir des données sur la santé mentale dans les centres de soins de santé primaires.

Tous les personnels des centres de soins de santé primaires doivent enregistrer les problèmes de santé mentale dans le cadre de l'établissement de leurs données sur la morbidité en utilisant des catégories simples et explicites (voir [Aide-mémoire 6.2 pour plus de précisions](#)).

Principales sources d'information

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). Participation and health programmes. In: *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners* (pp. 315-330). <http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
2. Forum for Research and Development (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
3. Médecins Sans Frontières (2005). *Mental Health Guidelines*. Amsterdam: MSF. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
4. National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (Second edition). http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf (Cette source d'information peut être limitée par le fait qu'elle a été spécifiquement établie pour les régions sinistrées occidentales. Ce guide décrit une forme élaborée de premiers secours psychologiques car il a été établi à l'intention de professionnels de la santé mentale.)
5. Patel V. (2003). Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
6. Le Projet Sphère (2004). *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*. Normes minimales relatives aux systèmes et aux infrastructures de santé, Genève : Le Projet Sphère.
7. http://www.sphereproject.org/french/handbook/hdbkpdf/french2004_full.pdf
8. WHO/UNHCR/UNFPA (2004). *Clinical Management of Survivors of Rape: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons [revised edition]*. Geneva: WHO/UNHCR. http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/

Indicateurs de méthode types

- Les personnels de santé savent protéger et promouvoir le droit de leurs patients à la dignité par le biais du consentement éclairé, de la confidentialité et du respect de l'intimité.
- Les personnels de santé sont capables d'administrer les premiers secours psychologiques à leurs patients dans le cadre de leur prise en charge.
- Les personnels de santé réfèrent leurs patients, selon leurs besoins, vers (a) des dispositifs de soutien social communautaire en dehors du système de santé, (b) des agents communautaires (agents d'appui, psychologues) qualifiés et bénéficiant d'une supervision clinique en poste dans les services de santé (selon les disponibilités) et (c) des cliniciens qualifiés et supervisés pour le traitement clinique des problèmes de santé mentale.

Exemple: Macédoine, 1999

- Les réfugiés kosovars ont afflué dans des camps de fortune. Les agents de santé des communautés (ASC) ont reçu une brève formation leur permettant de repérer les cas (médicaux et sociaux) vulnérables et de les référer. La formation portait notamment sur les connaissances de base en matière de gestion du stress.
- Les ASC ont travaillé sous la supervision d'un personnel spécialisé dans les centres de soins de santé primaires. Ils ont été recrutés parmi la population locale et les réfugiés et se sont vu confier les responsabilités suivantes : observation, repérage des personnes vulnérables dans le camp, référencement vers des organisations médicales et sociales, suivi des cas médicaux et des cas de santé mentale (action de proximité) et fourniture d'informations aux nouveaux arrivants.
- Les services de santé mentale (soutien psychiatrique et soutien psychologique aux personnes en état de crise aiguë), détachés auprès du centre de soins de santé primaires, ont traité les cas que leur avait signalés le personnel du centre. Lorsque la situation d'urgence s'est stabilisée, les ASC ont bénéficié d'une formation et d'une supervision intensives et sont devenus agents de soutien psychologique dans le camp.

Cadre général

Les troubles mentaux représentent quatre des 10 principales causes d'incapacité dans le monde et pourtant, la santé mentale est l'un des domaines des soins de santé auxquels est affecté le moins de moyens. Peu de pays sont capables de faire face à leurs besoins cliniques en matière de santé mentale en temps normal, à plus forte raison pendant une situation d'urgence. Les services cliniques de santé mentale existants dans les pays à revenu inférieur et moyen sont souvent rattachés aux hôpitaux de grandes villes et sont souvent inaccessibles pour la majeure partie de la population.

Il a été calculé que, pendant les situations d'urgence, le pourcentage de personnes souffrant de graves troubles mentaux (par exemple, psychoses et cas de troubles de l'humeur et de troubles de l'anxiété gravement invalidants) augmente en moyenne de 1 % par rapport à une proportion de départ de 2 à 3 %. En outre, le pourcentage de personnes souffrant de troubles mentaux légers ou modérés, y compris la plupart des cas de troubles de l'humeur et de troubles anxieux (tels que l'état de stress post-traumatique (ESPT)), peut augmenter de 5 à 10 % par rapport à une proportion de départ estimée à 10 % (OMS, 2005a). Dans la plupart des situations, le rétablissement naturel (c'est-à-dire la guérison sans intervention extérieure) se produit pour un grand nombre de victimes souffrant de troubles légers ou modérés, mais pas toutes.

Le présent aide-mémoire décrit l'intervention humanitaire **minimale** nécessaire au traitement des troubles mentaux **graves**. Bien que le vocabulaire utilisé renvoie pour l'essentiel au traitement des troubles mentaux graves, de nombreuses recommandations s'appliquent également au traitement de certains troubles neurologiques dans les pays où leur traitement relève de la responsabilité des professionnels de la santé mentale.

Les troubles graves sur lesquels porte le présent aide-mémoire peuvent être **préexistants** ou **causés par la situation d'urgence**. Il s'agit des troubles suivants :

- Psychoses de toutes sortes ;
- Cas gravement invalidants de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux (y compris les cas gravement invalidants d'ESPT) ;
- Troubles mentaux graves dus à la consommation d'alcool ou d'autres substances psychotropes (voir [Aide-mémoire 6.5](#) pour des indications sur les problèmes liés à la consommation de substances en général) ;

- Troubles comportementaux et affectifs graves chez les enfants et les jeunes ;
- Déficiences intellectuelles graves préexistantes ;
- Troubles neuropsychiatriques, y compris l'épilepsie, le délire et la démence, et les troubles mentaux résultant d'un traumatisme crânien ou d'autres affections médicales sous-jacentes (par ex. substances toxiques, infection, maladie métabolique, tumeur, maladie dégénérative) ;
- Tout autre problème de santé mentale grave, y compris (a) les troubles graves tels que définis localement qui ne cadrent pas bien avec les classifications internationales (voir [Aide-mémoire 6.4](#)) et (b) les comportements à risques communément associés aux troubles mentaux (par ex., comportement suicidaire, blessures volontaires).

Il arrive que les personnes souffrant de troubles mentaux se présentent dans un premier temps dans un centre de soins de santé primaires (SSP) pour se faire soigner pour des affections somatiques inexplicables. Toutefois, les personnes souffrant de troubles mentaux graves peuvent ne pas se présenter du tout du fait de l'isolement, de la stigmatisation, de la peur, par négligence de soi, en raison d'un handicap ou des difficultés d'accès. Ces personnes sont doublement vulnérables, à cause de la gravité de leur trouble et du fait que la situation d'urgence peut les priver des dispositions de soutien social dont elles bénéficiaient jusque-là. Les familles sont souvent stressées et stigmatisées par la charge des soins à fournir à ces personnes en temps normal. Les personnes en question courent donc un risque accru d'être abandonnées dans les situations d'urgence qui impliquent un déplacement. Une fois qu'elles sont repérées, toutefois, des mesures peuvent être prises pour leur fournir immédiatement protection et secours et pour soutenir les personnes qui s'occupent d'elles à ce moment là. La priorité devrait être accordée aux personnes dont la survie est gravement menacée ou à celles qui vivent dans des cadres qui portent atteinte à leur dignité et à leurs droits fondamentaux ou dans lesquels les dispositions de soutien sont fragiles et les membres de la famille ont du mal à faire face à la situation.

En règle générale, le traitement et le soutien des personnes souffrant de graves troubles mentaux requièrent une conjonction d'interventions d'ordre biologique, social et psychologique. La formation et la supervision du personnel permettent d'éviter tant l'insuffisance des soins que la surmédicalisation. En principe, il ne faut pas prescrire de médicaments aux personnes présentant une détresse subclinique causée par une catastrophe : elles réagissent bien aux premiers secours psychologiques (voir [Aide-mémoire 6.1](#)) et au soutien social individuel et

communautaire (voir [Aide-mémoire 5.2](#)). De plus, certains troubles mentaux peuvent être traités efficacement uniquement par des interventions psychologiques pratiques et les médicaments ne doivent être prescrits qu'en cas d'échec de ces interventions.

Les interventions décrites ci-après relèvent de la réponse **minimale** à apporter pour répondre aux besoins des personnes présentant de graves troubles mentaux pendant une situation d'urgence. Elles peuvent également constituer la première phase d'une réponse globale. Ces interventions concernent les autorités sanitaires locales, les agents de santé locaux et les organisations médicales locales et internationales. Si les infrastructures sanitaires locales ou les capacités locales font défaut, les organisations étrangères doivent assurer les services de santé mentale d'urgence. Toutefois, ces services doivent être mis en place de manière à ne pas évincer les capacités sociales et informelles à guérir et à faire face existantes et à ce qu'ils puissent être intégrés par la suite dans les services de santé de l'État.

Interventions principales

1. Evaluer. Déterminer si des évaluations ont déjà été réalisées et passer en revue les informations disponibles. Préparer au besoin de nouvelles évaluations. Pour des indications sur le processus d'évaluation et sur ce qu'il faut évaluer, voir [Aide-mémoire 2.1](#). Pour ce qui concerne le présent aide-mémoire, il importe tout particulièrement de :

- Recenser les structures, les sites, les effectifs et les ressources préexistants en matière de soins de santé mentale dans le secteur de la santé (y compris les politiques, les disponibilités en médicaments, le rôle des services de soins de santé primaires et les hôpitaux psychiatriques, etc.), ainsi que les services sociaux correspondants (voir le *Mental Health Atlas* de l'OMS pour des données sur les ressources officielles en matière de soins de santé mentale dans tous les pays du monde) ;
- Apprécier l'impact de la situation d'urgence sur les services préexistants ;
- Déterminer si les autorités et les communautés locales envisagent de répondre aux besoins des personnes souffrant de graves troubles mentaux du fait de l'urgence et préciser ce qui peut être accompli et les dispositifs de soutien à mettre éventuellement en place ;
- Repérer les personnes souffrant de graves troubles mentaux ayant besoin d'aide en i. Demandant à tous les organismes gouvernementaux et organisations non gouvernementales (en particulier à ceux qui ont des responsabilités dans les domaines de la santé, des abris et de la gestion et de la protection des camps) et

- aux leaders de communautés d'enregistrer et de signaler aux travailleurs de la santé, lorsqu'ils les rencontrent ou entendent parler d'elles, les personnes qui semblent être dans un état de confusion ou désorientées, s'expriment de façon incohérente, ont des idées étranges, se comportent de façon bizarre ou semblent incapables de s'occuper d'elles-mêmes ;
- ii. Rendant visite aux guérisseurs traditionnels et, le cas échéant, en collaborant avec eux. Ils savent souvent où se trouvent les personnes qui souffrent et peuvent fournir des informations d'ordre culturel aux spécialistes venus de l'extérieur (voir [Aide-mémoire 6.4](#)) ;
- iii. Se rendant dans les différents établissements officiels ou informels pour évaluer les besoins et s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes qui y sont prises en charge (voir [Aide-mémoire 6.3](#));
- iv. Apprenant aux agents de SSP nationaux et internationaux à enregistrer les problèmes de santé mentale dans les dossiers de SSP, en utilisant des catégories simples qu'ils n'auront pas besoin d'une formation poussée pour reconnaître. Par exemple, un médecin généraliste saura vite utiliser les quatre catégories suivantes :
 - a. Maladies somatiques médicalement inexplicables
 - b. Détresse émotionnelle grave (par ex., symptômes d'une profonde tristesse ou réactions sévères au stress)
 - c. Comportement déviant grave (décrit sur le formulaire SSP dans les termes utilisés localement pour désigner la 'folie').
 - d. Abus d'alcool et de substances psychotropes.
- Communiquer les résultats au groupe de coordination de la santé mentale et du soutien psychosocial (voir [Aide-mémoire 1.1 et 2.1](#)) et au groupe de coordination de l'ensemble du secteur de la santé.

2. Veiller à ce que toutes les trousse de médicaments d'urgence contiennent un nombre suffisant de médicaments psychiatriques essentiels.

- Une trousse doit contenir au minimum un antipsychotique générique, un antiparkinsonien (pour traiter les effets secondaires extrapyramidaux éventuels), un anticonvulsivant/antiépileptique, un antidépresseur et un anxiolytique (pour le traitement des cas graves d'abus de substances psychotropes et de convulsions), tous médicaments à prendre sous forme de comprimés et qui figurent sur la Liste type de médicaments essentiels de l'OMS

- La trousse sanitaire d'urgence interorganisations (OMS, 2006) ne comporte pas (a) d'antipsychotique en comprimés, (b) d'anxiolytique en comprimés, (c) d'antiparkinsonien ni (d) d'antidépresseur. Il faudra soit organiser soit l'achat sur place, soit importer ces quatre médicaments si cette trousse est utilisée.
- Il est recommandé d'utiliser les médicaments génériques figurant sur la Liste type de l'OMS, car ils sont généralement aussi efficaces que les médicaments de fabrication récente commercialisés sous une marque, mais sont beaucoup moins onéreux et favorisent de ce fait une programmation durable.

3. Permettre à au moins un membre de l'équipe de SSP d'urgence de fournir des soins de santé mentale de première ligne.

À cette fin, il est possible de mettre en œuvre les mécanismes suivants :

- Professionnels nationaux ou internationaux de la santé mentale détachés auprès d'équipes de SSP relevant de l'État et/ou d'une ONG (les agents internationaux doivent être initiés à la culture et à la situation locales (voir Aide-mémoire 4.3 et 6.1) et doivent travailler avec des interprètes compétents) ;
- Formation et supervision des agents de SSP locaux pour faire entrer les soins de santé mentale, y compris l'utilisation rationnelle des psychotropes, dans la pratique courante et leur affecter le temps nécessaire (voir point 4 ci-après et Aide-mémoire 4.3) ;
- Formation et supervision d'un membre de l'équipe de SSP locale (un médecin ou un(e) infirmier/-ère) pour assurer des soins de santé mentale à plein temps parallèlement aux autres services de SSP (voir point 4 ci-après et Aide-mémoire 4.3).

4. Former et superviser le personnel de SSP disponible pour traiter en première ligne les troubles mentaux graves (voir aussi l'Aide-mémoire 4.3).

- La formation doit porter à la fois sur la théorie et la pratique et peut commencer dès le début de la situation d'urgence sous la supervision d'un spécialiste international de la santé mentale travaillant en collaboration avec les autorités sanitaires locales. Cette formation doit se poursuivre au-delà de la situation d'urgence dans le cadre de la réponse globale. Elle doit porter sur toutes les compétences mentionnées dans l'intervention principale 4 de l'Aide-mémoire 6.1, en y ajoutant :
- Le comportement respectueux envers tous les bénéficiaires des services ainsi que des personnes qui s'occupent d'eux ;

- L'examen de l'état de santé mentale ;
 - Le diagnostic et le traitement de première ligne de tous les troubles graves énumérés dans la section relative au cadre général ci-dessus ;
 - La fourniture de directives et de protocoles relatifs à ce qui précède (voir les Principales sources d'information) ;
 - La capacité à bien gérer le temps ; la formation correspondante devant être axée sur la manière d'intégrer la santé mentale à l'activité clinique courante ;
 - Les interventions psychologiques pratiques simples telles qu'elles sont abordées dans *Where There is No Psychiatrist* (voir les Principales sources d'information) ;
 - La tenue des registres cliniques. En remettre des copies aux personnes en charge des patients, si possible, car la population peut se déplacer ;
 - La garantie de confidentialité. Lorsque, pour des raisons de protection, la confidentialité ne peut plus être assurée, régler les questions de tutelle et médico-légales et informer les bénéficiaires des services et le personnel soignant ;
 - La constitution d'un réseau approprié de référencement vers les dispositifs de soutien existant dans la communauté (voir Aide-mémoire 5.2 et 6.4) et vers les services de deuxième et troisième niveaux s'ils existent et sont accessibles.
- Pour le personnel autorisé à prescrire des médicaments dans le pays touché, les bonnes pratiques en matière de prescription sont notamment les suivantes :
- Prescription rationnelle des médicaments psychiatriques essentiels figurant dans les trousseaux d'urgence, dans le respect des directives énoncées dans *Essential Drugs in Psychiatry* et cadrant avec *Where There is No psychiatrist* (voir les Principales sources d'information) ;
 - Comment faciliter l'accessibilité et la prise continues des médicaments prescrits dans le cas des personnes souffrant de troubles chroniques (par ex. de psychose chronique ou d'épilepsie) ;
 - Comment éviter de prescrire des psychotropes aux personnes souffrant de détresse non pathologique causée par une catastrophe (voir Aide-mémoire 6.1), en formulant des stratégies non pharmacologiques de gestion du stress ;
 - Comment éviter de prescrire des médicaments placebos pour traiter des maladies somatiques médicalement inexpliquées ;
 - Comprendre les risques et les avantages des benzodiazépines, en particulier le risque de dépendance associée à une prise prolongée ;

- Comment réduire au minimum la prescription inutile de médicaments multiples.
- Le traitement et l'appui à fournir aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères que ceux qui ont été enchaînés ou sont physiquement restreintes d'une autre manière par ceux qui en ont la charge, impliquent les mesures suivantes :
 - Tout d'abord favoriser la mise en œuvre de soins psychiatriques et sociaux de base comme, par exemple, l'administration de médicaments appropriés, l'accompagnement et le soutien de la famille ;
 - Favoriser des conditions de vie humaines ;
 - Ensuite, envisager de retirer le dispositif de contention. Toutefois, dans les rares cas où la personne a eu dans le passé un comportement violent, prendre au préalable les dispositions voulues pour assurer la sécurité d'autrui.

5. Éviter de surcharger les agents de SSP en leur imposant de multiples séances de formation différentes.

- Les stagiaires doivent avoir le temps d'intégrer la formation à la santé mentale à leur pratique quotidienne de façon à pouvoir dispenser des soins de santé mentale.
- Les stagiaires ne doivent pas recevoir une formation dans un grand nombre de domaines différents (par ex. santé mentale, tuberculose, paludisme, fourniture de conseils en ce qui concerne le VIH) sans que l'on ait planifié la manière dont les compétences ainsi acquises seront intégrées et utilisées.
- La formation théorique dispensée dans des stages de courte durée est insuffisante et peut déboucher sur des interventions dommageables. Elle doit toujours être suivie par une supervision poussée en cours d'emploi (voir Aide-mémoire 4.3 et l'exemple de l'encadré).

6. Prévoir de dispenser des soins de santé mentale à des points d'accès logiques supplémentaires.

Appliquer les critères de la santé publique générale (par ex. population desservie, nombre escompté de dossiers de bénéficiaires des services souffrant de troubles graves, durabilité potentielle des services) pour déterminer où dispenser des soins de santé mentale. Les équipes de santé mentale SSP ou communautaires mobiles peuvent représenter un bon moyen d'assurer l'accès aux soins d'urgence en différents points d'un secteur donné. Les points d'accès logiques peuvent par exemple être :

- Les services des urgences ;
- Les services de consultations externes des établissements de second et troisième niveaux ;
- Les centres d'accueil thérapeutique pour la santé mentale ;
- Les services des hôpitaux généraux dans lesquels un nombre élevé d'hospitalisations ont un rapport avec les situations d'urgence ;
- Les visites à domicile (y compris les visites dans les tentes, les centres de rassemblement, les casernes ou tout abris temporaire) ;
- Les écoles et les espaces adaptés aux besoins des enfants.

7. Essayer d'éviter la création de services de santé mentale parallèles se focalisant sur des diagnostics spécifiques (l'ESPT, par exemple) ou sur des groupes restreints (les veuves, par exemple). Le risque est d'aboutir à une prestation de services fragmentés non viables tandis que les personnes ne relevant pas de ces catégories ou de ces groupes continueraient d'être négligées. Cela pourrait aussi contribuer à cataloguer et à stigmatiser les personnes qui en relèvent. Cela n'exclut pas les actions de proximité ciblées sur de vastes populations (telles que les dispensaires de proximité pour les enfants ouverts dans les écoles) dans le cas d'un service intégré.

8. Informer la population de l'existence des soins de santé mentale.

- Annoncer cette existence par le canal des sources d'information pertinentes, telles que la radio (voir Aide-mémoire 8.1).
- Veiller à ce que tous les messages soient présentés avec doigté et n'amènent pas la population à considérer des comportements normaux et des réactions normales au stress comme dénotant un trouble mental grave.
- Informer les responsables de la communauté et, le cas échéant, la police locale de l'existence des soins de santé mentale.

9. Collaborer avec les structures communautaires locales en vue de repérer les personnes souffrant de graves troubles mentaux, de leur rendre visite et de leur fournir une assistance (voir Aide-mémoire 5.2 et 6.4).

10. Participer à toutes les activités de coordination interorganisations concernant la santé mentale (voir Aide-mémoire 1.1). Engager des processus de planification stratégique à plus long terme concernant les services de santé mentale. Les situations d'urgence sont souvent des catalyseurs de réforme dans le domaine de la santé mentale et des améliorations peuvent se produire rapidement.

Principales sources d'information

1. Forum for Research and Development (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
2. Médecins Sans Frontières (2005). 'Individual treatment and support'. In *Mental Health Guidelines* pp. 40-51. Amsterdam: MSF. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
3. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist*. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. WHO (1993). *Essential Drugs in Psychiatry*. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.27.pdf
5. WHO/UNHCR (1996). 'Troubles mentaux courants'. In *La santé mentale des réfugiés*, pp. 44-69. Geneva: WHO and UNHCR. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242544868.pdf>
6. WHO (1998). *Mental Disorders in Primary Care: A WHO Educational Package*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf
7. WHO (2001). *The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: View from the Developing World*. Geneva: WHO http://www.who.int/mental_health/media/en/50.pdf
8. OMS (2003). *Santé mentale en urgence : Aspects mentaux et sociaux de la santé des populations exposées à des facteurs de stress extrêmes*. Genève: OMS. http://www.who.int/mental_health/media/en/706.pdf
9. WHO (2005a). *Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia*. http://www.who.int/mental_health/resources/tsunami/en/index.html
10. WHO (2005b), *Mental Health Atlas*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/
11. OMS (2005c), *Liste type des médicaments essentiels*. Genève: OMS. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/FRENCH_EML15.pdf
12. WHO (2006). *The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months*. Geneva: WHO. <http://www.who.int/medicines/publications/mrhealthkit.pdf>

Indicateurs de méthode types

- Nombre d'agents de SSP bénéficiant d'une formation et d'une supervision, nombre d'heures de formation, nombre de séances de supervision en cours.
- Les médicaments psychotropes essentiels dans chaque catégorie thérapeutique (antipsychotiques, antiparkinsoniens, antidépresseurs, anxiolytiques, antiépileptiques) sont achetés et des filières d'approvisionnement durable sont mises en place.
- Nombre et types de problèmes de santé mentale rencontrés dans les dispensaires de SSP et les autres services de santé mentale.
- Nombre de cas référés vers des services spécialisés de soins de santé mentale.

Exemple : Aceh (Indonésie), 2005

- Une ONG internationale a impulsé la fourniture de soins de santé mentale d'urgence dans le cadre des SSP après avoir consulté les autorités compétentes, les organes de coordination et les organisations nationales et internationales.
- Des agents de SSP nationaux travaillant dans des dispensaires fixes et mobiles ont reçu une formation à la santé mentale et la supervision correspondante. On a ajouté à chaque équipe de SSP un(e) infirmier/-ère qualifié(e) et supervisé(e) chargé(e) de diriger un service de santé mentale. Une formation de 6 mois a été nécessaire pour que le personnel puisse travailler sans supervision. La formation et la supervision se sont prolongées pendant une année après la phase d'urgence extrême.
- L'ONG a participé à la planification stratégique de la santé mentale de la province. Par la suite, la stratégie des provinces en matière de santé mentale a inclus le modèle de la formation d'infirmiers/-ères de santé mentale appelé(e)s à être affecté(e)s aux services de SSP.

Protéger et soigner les personnes souffrant de graves troubles mentaux ou d'autres handicaps mentaux ou neurologiques placées en institution

Fonction: Services de santé

Phase: Réponse minimale

Cadre général

Les personnes placées en institution sont parmi les plus vulnérables de la société et elles sont plus particulièrement à risque durant les situations d'urgence. Le chaos qui règne pendant une urgence aggrave leur vulnérabilité générale. Elles peuvent être abandonnées par le personnel des institutions concernées et laissées sans protection face aux conséquences d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit.

Il est fréquent qu'un trouble mental grave soit stigmatisé et soit l'objet de préjugés qui se concrétisent par la négligence, l'abandon et la violation des droits fondamentaux des personnes qui présentent un trouble de ce genre. Vivre dans une institution isole ces personnes de la protection de leur famille et du soutien qu'elles pourraient en attendre et qui peuvent être indispensables pour survivre à une situation d'urgence. Certaines personnes souffrant de graves troubles mentaux vivant en institution sont (trop) dépendantes des soins qui leur sont prodigués pour pouvoir facilement aller ailleurs durant une urgence. Une dépendance totale à l'égard des soins en institution peut aggraver leur angoisse, les rendre agitées ou les amener à se replier totalement sur elles-mêmes. La difficulté à réagir comme il convient dans un climat d'urgence à évolution rapide peut réduire l'efficacité des mécanismes d'autoprotection et de survie.

Les professionnels locaux doivent prendre la tête de l'intervention d'urgence chaque fois que cela est possible. Cette intervention doit être focalisée sur la protection et le rétablissement des soins préexistants de base. Les soins de base et la dignité impliquent la fourniture des vêtements, de nourriture, un abri, des installations sanitaires, des soins corporels et du traitement de base (médicaments et soutien psychosocial). Il faudrait faire porter l'attention sur les niveaux préexistants de soins qui ne correspondent pas aux normes médicales et en matière de droits de l'homme. En pareil cas, l'intervention d'urgence doit s'occuper non de réinstaurer la prise en charge préexistante, mais de faire respecter les normes et pratiques générales minimales en matière de soins psychiatriques. Dans la plupart des pays, dès que la phase la plus grave de la situation d'urgence est terminée, une intervention bien conçue implique de développer les services de santé mentale communautaire.

Le présent aide-mémoire est principalement consacré aux besoins créés par une situation d'urgence chez les personnes souffrant de troubles mentaux placées

dans des établissements psychiatriques. Il convient toutefois de noter que ces établissements hébergent non seulement des personnes souffrant de graves troubles mentaux, mais aussi, souvent, des personnes souffrant d'autres incapacités mentales ou neurologiques chroniques et graves, auxquelles le présent aide-mémoire est également applicable. En outre, bon nombre des mêmes besoins et interventions recommandées ici s'appliquent aux personnes souffrant de graves troubles mentaux ou d'autres incapacités mentales ou neurologiques qui vivent en prison, dans des institutions relevant de la protection sociale et d'autres établissements, y compris des institutions gérées par des guérisseurs traditionnels (voir aussi Aide-mémoire 6.4).

Interventions principales

1. Faire en sorte qu'au moins une agence médicale accepte la responsabilité d'assurer la prise en charge et la protection des personnes placées en institution.

- La responsabilité principale en incombe au gouvernement, mais s'il ne peut l'assumer, le groupe de coordination de la santé mentale et du soutien psychosocial (voir Aide-mémoire 1.1) et le groupe de coordination de la santé/groupe sectoriel (« cluster ») de la santé doivent aider à trouver un organisme de soins de santé.
- Il convient d'élaborer des plans d'intervention d'urgence pour les institutions conformément aux Interventions principales 2, 3 et 4 ci-après. Si ces plans n'ont pas été établis avant l'urgence, ils doivent l'être, le cas échéant pendant celle-ci.

2. Si les personnels des établissements psychiatriques ont quitté leur poste, mobiliser les ressources humaines de la communauté et du système de santé pour prendre en charge les personnes souffrant de graves troubles mentaux qui ont été abandonnées.

Si l'état des patients le permet, ils devraient être pris en charge en dehors des établissements concernés.

- Examiner avec les leaders communautaires les responsabilités de la communauté dans la mise sur pied d'un réseau de soutien et de protection. Les groupes ci-après peuvent être mobilisés :
 - Les professionnels de la santé et, si possible, les professionnels de la santé mentale ;
 - Le cas échéant, les prestataires de soins de santé non allopathiques locaux (par ex. les chefs religieux et les guérisseurs traditionnels : voir Aide-mémoire 6.4) ;
 - Les travailleurs sociaux et les autres mécanismes basés sur les communautés (par ex. les groupes de femmes et les organisations de consommateurs de soins de santé mentale) ;

- Les membres de la famille.
- Dispenser une formation de base sur des thèmes tels que l'utilisation éthique des protocoles de contention, la gestion des crises (y compris l'agression), les soins continus et les moyens simples d'améliorer l'auto-prise en charge des patients.
- Assurer la supervision continue et étroite des personnes mobilisées pour fournir des soins de base et leur accès à l'information sur la manière de se maintenir elles-mêmes en bonne santé émotionnelle (voir Aide-mémoire 8.2).

3. Protéger la vie et la dignité des personnes placées dans des établissements psychiatriques.

- Protéger les patients contre les blessures volontaires ou les violences infligées par autrui (par ex. les visiteurs, le personnel, les autres patients, les pillards, les factions belligérantes). Régler aux niveaux appropriés les questions de violence sexuelle, de maltraitance, d'exploitation (par ex. traite, travail forcé) et celles touchant d'autres violations des droits fondamentaux (voir Aide-mémoire 3.1 et 3.3).
- S'assurer qu'il est répondu à leurs besoins physiques de base : eau potable, hygiène, alimentation suffisante, abris et installations sanitaires et accès à un traitement pour les troubles physiques.
- Suivre l'état de santé générale des patients et mettre en place, ou renforcer, une surveillance des droits de l'homme. Cette tâche doit être confiée à des organes de contrôle externes (s'ils existent), à des organisations s'occupant des droits de l'homme ou à des spécialistes de la protection.
- S'assurer que des plans d'évacuation des patients à l'intérieur et à l'extérieur des établissements existent et que le personnel maîtrise bien les procédures d'évacuation. Si les établissements contiennent des installations ou cellules fermées, instituer une hiérarchie des responsabilités pour les clefs de façon à ce que les portes puissent être ouvertes à n'importe quel moment.
- En cas d'évacuation, remettre autant que faire se peut les patients à leur famille et, si cela n'est pas possible, faire savoir aux familles et aux personnes en charge des soins où les patients sont emmenés. Garder une trace écrite de ces déplacements.

4. Faciliter l'administration de soins de santé et de santé mentale de base pendant toute la durée de la situation d'urgence.

- Procéder régulièrement à des examens médicaux (physiques et psychiatriques).

- Fournir un traitement pour les troubles physiques.
- Fournir des soins de santé mentale de base continus :
 - S'assurer que les médicaments essentiels, y compris les psychotropes, sont disponibles en quantité suffisante pendant toute la durée de la situation d'urgence. Le manque soudain de psychotropes peut être nocif et dangereux. Faire en sorte que les médicaments soient prescrits d'une manière rationnelle en évaluant régulièrement (au moins une fois par semaine) les ordonnances.
 - Garantir le stockage des médicaments dans de bonnes conditions.
 - Favoriser la disponibilité des dispositifs de soutien psychosocial.
- La contention physique et l'isolement sont vivement déconseillés, mais ils sont couramment pratiqués dans de nombreux établissements. Appliquer un protocole prévoyant des inspections fréquentes et réglant l'alimentation, le traitement et l'évaluation régulière de la nécessité de l'isolement.

Principales sources d'information

1. WHO (2003). 'Custodial hospitals in conflict situations'. Geneva: WHO. <http://www.who.int/mediacentre/background/2003/back4/en/print.html>
2. WHO (2003-2006). WHO Mental Health Policy and Services Guidance Package. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/policy/en/. [Cet ensemble de directives est applicable à la réponse globale postérieure à la situation d'urgence. Certains modules ont été traduits en français. En particulier, voir le module Organisation des services de santé mentale (http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf)]
3. WHO/ICRC (2005). 'Mental health in prisons: Information sheet'. Geneva: WHO and ICRC. http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf

Indicateurs de méthode types

- La réponse aux besoins physiques de base des personnes placées dans les établissements psychiatriques est maintenue.
- Les personnes placées dans les établissements psychiatriques continuent de recevoir des soins de santé et de santé mentale de base.
- Les droits fondamentaux des personnes placées dans les établissements psychiatriques sont surveillés et respectés.
- Des plans d'évacuation et des plans d'urgence ont été mis en place.

Exemple : Sierra Leone, 1999

- Durant le conflit, tous les membres du personnel sauf deux infirmières psychiatriques avaient quitté un établissement psychiatrique. Celui-ci était partiellement endommagé et les patients erraient dans la communauté, certains d'entre eux retournant la nuit dormir dans l'établissement. Les patients ont été utilisés pour faire des commissions de part et d'autre du front et passer de la nourriture.
- Les leaders de la communauté ont été réunis pour discuter de la situation. La communauté a décidé d'aider à retrouver les patients avec l'aide et les conseils des deux infirmières. Des dispositions ont été prises pour assurer un approvisionnement régulier en vivres de la communauté et de l'établissement.
- Une ONG médicale internationale a appuyé le contrôle médical des patients et assuré l'approvisionnement en médicaments.
- Contact a été pris avec les membres de la famille des patients pour qu'ils leur fournissent un appui sous la supervision des infirmières psychiatriques et du personnel médical de l'ONG.
- Des travaux de reconstruction de base ont été effectués et un plan d'urgence a été établi pour le cas où l'établissement serait attaqué.

Cadre général

Les soins de santé mentale allopathiques (ce terme s'entend ici de la santé mentale classique, occidentale et biomédicale) sont généralement centrés sur les hôpitaux, les dispensaires et, de plus en plus, sur les communautés. Ils sont dispensés par un personnel ayant étudié la médecine, les sciences du comportement et la psychothérapie ou le travail social dans des institutions officielles. Toutefois, on trouve dans toutes les sociétés des systèmes de soins de santé non allopathiques, c'est-à-dire locaux, non officiels, traditionnels, autochtones, complémentaires ou fondés sur d'autres moyens de guérison, qui peuvent avoir leur importance. En Inde, par exemple, le système de médecine traditionnelle Ayurveda jouit d'une grande popularité et connaît un grand développement (avec ses propres écoles de médecine qui forment ses praticiens). En Afrique du Sud, les guérisseurs traditionnels sont reconnus par la loi et, dans les sociétés occidentales, beaucoup de gens font appel à des médecines complémentaires, y compris à des psychothérapies peu orthodoxes et à d'autres traitements (comme l'acupuncture, l'homéopathie, la guérison basée sur la foi, l'automédication) en dépit de la grande fragilité de leurs fondements scientifiques. Dans bien des communautés rurales des pays à bas revenus, les systèmes informels et traditionnels peuvent représenter le cadre principal de l'offre de soins de santé.

Même lorsque les services de santé allopathiques sont disponibles, les populations peuvent préférer faire appel aux concours locaux et traditionnels pour régler leurs problèmes de santé mentale et physique. Ces concours peuvent être moins onéreux, plus accessibles, socialement plus acceptables, suscitant moins de stigmatisation et, dans certains cas, potentiellement efficaces. Ces pratiques, qui reposent souvent sur des modèles de causalité que la population locale peut appréhender, sont notamment la guérison par des chefs religieux ayant recours à des prières ou incantations ; les méthodes similaires mises en œuvre par des guérisseurs spécialisés reconnus par la communauté religieuse ou, enfin, les pratiques de guérisseurs spécialisés opérant dans le cadre culturel local. Ces dernières pratiques peuvent impliquer l'utilisation d'herbes ou d'autres substances naturelles, le massage ou d'autres manipulations physiques, ou le recours à des rituels et/ou à la magie, ainsi qu'à des rituels invoquant les esprits.

Bien que certains chefs religieux peuvent ne pas approuver ces pratiques, voire les proscrire activement, ces guérisseurs locaux ont souvent la faveur du public

et obtiennent parfois des résultats. Dans certaines cultures, ces croyances et pratiques se fondent dans les pratiques de grandes religions reconnues. En outre, les pharmacies locales dispensent parfois des soins de santé en distribuant des médicaments allopathiques et autochtones. Certains groupes religieux offrent parfois des moyens de guérison basés sur la foi.

Il convient de noter que certaines pratiques curatives traditionnelles sont nocives. Elles peuvent, par exemple, consister à fournir de fausses informations, à administrer des coups, à faire subir un jeûne prolongé, à faire des incisions, à imposer une contrainte physique prolongée ou à accomplir des rites de purification sociale qui impliquent l'expulsion de 'sorciers' hors de la communauté. En outre, certains rituels sont extrêmement onéreux; et certains guérisseurs ont saisi l'occasion des situations d'urgence pour faire du prosélytisme et exploiter des populations vulnérables. La difficulté, en pareil cas, est de trouver des moyens efficaces et constructifs de s'opposer aux pratiques nocives, autant qu'il est possible de le faire dans un climat d'urgence. Avant d'appuyer des pratiques purificatrices ou curatives traditionnelles, il faut absolument déterminer ce que ces pratiques impliquent et si elles peuvent être bénéfiques, neutres ou nocives.

Que les méthodes curatives traditionnelles soient cliniquement efficaces ou non, le dialogue avec les guérisseurs traditionnels peut donner des résultats positifs, tels que les suivants :

- Meilleure compréhension du mode d'expression et de prise en charge de la détresse émotionnelle et des maladies psychiatriques ([voir Aide-mémoire 2.1](#)) et un tableau plus complet du type et du niveau de détresse parmi la population touchée ;
- Amélioration des systèmes de référencement ;
- Rapports continus avec les guérisseurs, auxquels un grand nombre de personnes demandent de les aider ;
- Meilleure appréhension des mondes spirituel, psychologique et social des personnes affectées ;
- Meilleure acceptation des nouveaux services par les victimes ;
- Étude des possibilités d'actions concertées en matière de guérison, ce qui permettrait d'augmenter le nombre des traitements potentiellement efficaces pour la population ;
- Mise en place de services allopathiques pouvant être mieux reçus sur le plan culturel ;
- Possibilité de suivre et de pallier éventuellement toute violation des droits de l'homme pouvant se produire dans les systèmes traditionnels de soins.

On notera que certains guérisseurs traditionnels peuvent rechercher une 'distance' physique et symbolique vis-à-vis des praticiens allopathiques, et peuvent éviter toute collaboration. De leur côté, le personnel sanitaire formé à la médecine allopathique peut ne pas soutenir les pratiques traditionnelles ou se déclarer hostiles à ces pratiques et peut tout en ignorer. Dans certaines situations, il peut être préférable de maintenir une certaine distance, mais les interventions principales décrites dans cet aide-mémoire peuvent faciliter la communication entre les différents systèmes de soins.

Interventions principales

1. Évaluer et recenser les soins fournis.

Répertorier les principaux systèmes curatifs du secteur et en déterminer l'importance, l'acceptation et le rôle dans la communauté. Au début, l'information peut ne pas être fournie spontanément par une population qui redoute la désapprobation des étrangers ou considèrent les pratiques en question comme secrètes ou accessibles uniquement aux personnes qui ont la confiance de la communauté. Les 'étrangers' internationaux et nationaux doivent adopter une approche neutre et respectueuse mettant en exergue la volonté de comprendre les convictions religieuses et spirituelles locales et la coopération éventuelle avec la façon locale de travailler. Les situations d'urgence ne doivent jamais servir à promouvoir les convictions religieuses et spirituelles des personnes étrangères à la communauté concernée.

- Demander aux représentants de la communauté -des deux sexes- où ils vont pour demander de l'aide quand ils ont des problèmes et à qui ils s'adressent pour obtenir un appui.
- Demander aux agents de santé primaires et aux sages-femmes d'indiquer les systèmes traditionnels existants.
- Se rendre dans les pharmacies locales pour faire le point des médicaments et remèdes disponibles et s'enquérir de la façon dont ils sont distribués.
- Demander aux personnes se faisant soigner à un point de santé quelles sont, selon elles, la nature et la cause de leurs problèmes et si elles consultent ou ont déjà consulté quelqu'un d'autre pour lui demander son aide.
- Demander aux chefs religieux locaux s'ils fournissent des services curatifs et s'il y a d'autres membres de la communauté qui le font.
- Demander à l'une quelconque des personnes susvisées si elle serait disposée à

servir d'intermédiaire pour une prise de contact avec les guérisseurs locaux et à organiser une rencontre.

- Ne pas oublier qu'il peut exister plusieurs systèmes de soins non officiels et que les praticiens de l'un d'eux peuvent ne pas reconnaître ou mentionner les autres.
- Être bien conscient que les guérisseurs locaux peuvent se disputer les 'patients' ou être en désaccord quant à la méthode à mettre en œuvre pour les soigner. En d'autres termes, les processus susvisés peuvent devoir être souvent répétés.
- Parler avec les anthropologues/sociologues/personnes du secteur connaissant bien les croyances et coutumes locales et lire la littérature disponible sur la question.
- Observer. Demander à être autorisé à assister à une séance de traitement et se rendre dans les sanctuaires ou sites religieux locaux utilisés pour les pratiques curatives. Il peut exister des systèmes non officiels de placement en institution, y compris des systèmes où les patients sont placés en détention (voir Aide-mémoire 6.3).
- Se rendre dans les lieux de culte où ont lieu des séances curatives et y assister.
- Demander aux patients comment ils conçoivent les processus à l'œuvre dans la maladie et la guérison.
- Déterminer si les pratiques traditionnelles comportent des mesures pouvant être nocives ou inacceptables.
- Communiquer les résultats des évaluations au groupe de coordination (voir Aide-mémoire 1.1 et 2.1).

2. Se familiariser avec la politique nationale relative aux guérisseurs traditionnels.

Avoir bien conscience que :

- Certains gouvernements et/ou certaines autorités médicales dissuadent les travailleurs de la santé de collaborer avec les guérisseurs traditionnels ou leur interdisent de le faire ;
- D'autres gouvernements encouragent la collaboration et ont mis en place des services spécialisés dans la formation officielle des guérisseurs et dans la recherche sur la médecine traditionnelle et son évaluation. Un tel service peut être une bonne source d'information.

3. Entrer en relation avec les guérisseurs répertoriés.

- Se rendre chez le guérisseur, de préférence en compagnie d'un intermédiaire ayant

sa confiance (ancien patient, chef religieux bien disposé à son égard, autorité locale telle qu'un maire, ou ami).

- Se présenter; expliquer son rôle et son désir d'aider la communauté.
- Manifester du respect pour le rôle du guérisseur et lui demander s'il peut expliquer en quoi consiste son travail et comment celui-ci a été affecté par la situation d'urgence (par ex. si le nombre de patients a augmenté ou s'il rencontre des difficultés en raison de la pénurie de matériaux nécessaires ou de la destruction d'installations). Certains guérisseurs peuvent ne pas vouloir donner d'informations précises sur leurs méthodes et la confiance peut prendre du temps à s'instaurer.
- Le cas échéant, manifester de l'intérêt pour la création de liens de coopération et un échange d'idées.

4. Encourager les guérisseurs locaux à participer à des séances d'échange d'informations et de formation.

- Inviter les guérisseurs à des réunions d'information et à des séances de formation communautaires.
- Étudier la possibilité de conférer aux guérisseurs un rôle dans la formation, par ex. en leur faisant expliquer ce qui, à leur avis, cause la maladie ou présenter leur définition de la maladie. Dans les cas où leurs conceptions sont incompatibles avec l'approche des organisations locales ou internationales impliquées dans l'intervention d'urgence, la compréhension de leur modèle est indispensable à la qualité des soins dispensés aux patients car ce modèle peut fonder l'idée que ces derniers se font eux-mêmes de leur problème.
- Essayer de trouver des zones d'accord et examiner les possibilités de référencement croisé (voir ci-dessous).
- Savoir que dans beaucoup de pays, un grand nombre de guérisseurs traditionnels ne savent ni lire ni écrire.

5. Si cela est possible, mettre sur pied des services combinés.

- Une collaboration active (et non pas simplement l'échange d'informations dont il a été question plus haut) est utile si :
 - Les systèmes traditionnels jouent un rôle important pour la majorité de la population ;

- Ces systèmes ne sont pas nocifs (cependant, dans le cas des pratiques nocives, un dialogue constructif reste nécessaire aux fins de sensibilisation et de changement).
- Une collaboration utile pourrait prendre les formes suivantes :
 - Invitations à des consultations ;
 - Référencement croisé (par exemple, des problèmes tels que le stress, l'anxiété, le deuil, l'hystérie de conversion et la détresse existentielle peuvent éventuellement être mieux traités par un guérisseur traditionnel, tandis que les guérisseurs allopathiques sont mieux armés pour traiter les graves troubles mentaux et l'épilepsie) ;
 - Evaluations conjointes ;
 - Dispensaires communs ;
 - Partage des soins : par exemple, les guérisseurs pourraient être disposés à apprendre comment suivre les patients psychotiques à qui l'on a prescrit des médicaments pour une longue période et à organiser l'hébergement des patients pendant qu'ils reçoivent un traitement classique. Les méthodes de relaxation et les massages traditionnels peuvent être incorporés dans la pratique allopathique.

Principales sources d'information

1. Centre for World Indigenous Studies, USA www.cwis.org
2. *International Psychiatry*, Vol 8, 2005, pp. 2-9. Thematic papers on traditional medicines in psychiatry. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/ip/ip8.pdf>
3. Save the Children (2006). *The Invention of Child Witches in the Democratic Republic of Congo: Social Cleansing, Religious Commerce And The Difficulties Of Being A Parent In An Urban Culture*. http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/3894_DRCWitches1.pdf
4. OMS/UNHCR (1996). 'Médecine traditionnelle et guérisseurs', pp.100-113. *La santé mentale des réfugiés*. Genève: OMS et UNHCR. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242544868.pdf>
5. WHO (2003), *Traditional Medicine: Fact Sheet*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>
6. OMS (2006). Site Web sur la *Médecine traditionnelle* <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html>.

Indicateurs de méthode types

- L'évaluation des principaux systèmes curatifs locaux a été effectuée et ses résultats communiqués aux organes de coordination de l'aide.
- Les guérisseurs non allopathiques peuvent jouer un rôle dans les séances de formation aux soins de santé mentale (lorsque cela est justifié dans le contexte local).
- Nombre de guérisseurs participant aux séances de formation.

Exemple : Est du Tchad, 2005-06

- Une ONG internationale, dispensant des soins de santé mentale dans le cadre des services de santé primaires, a collaboré avec des guérisseurs traditionnels qui vivaient dans les camps de réfugiés du Darfour.
- Le personnel de l'ONG a rencontré les guérisseurs en vue de discussions au cours desquelles ces derniers ont examiné la crédibilité de l'ONG. Les guérisseurs (a) ont exposé les difficultés qu'ils rencontraient dans leur travail du fait de l'absence de livres de prière et d'herbes, (b) indiqué l'endroit où l'on avait enchaîné des personnes atteintes de graves maladies mentales, (c) décrit la classification qu'ils utilisent et leurs interventions dans le cas des personnes présentant des problèmes affectifs ou atteintes d'une maladie mentale et (d) précisé que la plupart des réfugiés cherchent à se faire soigner en même temps selon les méthodes traditionnelles et les méthodes allopathiques.
- Des séminaires de formation ont été organisés et ont donné lieu à un échange de connaissances et de compétences. Pendant une période de 6 mois, les guérisseurs et le personnel de l'ONG se sont rencontrés régulièrement pour des discussions qui ont incluses la clitoridectomie, les aspects médicaux du jeûne, la nutrition et l'allaitement maternel, le stress émotionnel, les traumatismes et les réactions post-traumatiques, les troubles mentaux graves, les difficultés d'apprentissage et l'épilepsie.

Cadre général

Les conflits et les catastrophes naturelles créent des situations dans lesquelles les personnes affectées peuvent se heurter à de graves problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres substances (CAAS). Il s'agit de problèmes lourds de conséquences sur les plans de la protection, du bien-être psychosocial, de la santé mentale, de la santé générale et de la situation socioéconomique.

- La CAAS peut augmenter parmi les populations affectées par une situation d'urgence, lesquelles essaient de réagir au stress. Cela peut entraîner une consommation ou une dépendance dommageable.
- Les communautés éprouvent des difficultés à se remettre des effets des catastrophes lorsque :
 - la CAAS empêche les individus et les communautés de surmonter leurs problèmes ;
 - les ressources limitées des familles et des communautés sont affectées à la CAAS ;
 - la CAAS est associée à la violence, à l'exploitation, à l'abandon moral des enfants et à d'autres menaces à la protection.
- La CAAS est associée aux comportements présentant un risque pour la santé, tels qu'une sexualité à risque en état d'ébriété, et elle favorise la transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Le partage du matériel d'injection est l'un des moyens de transmission du VIH et d'autres virus transmissibles par le sang.
- Les situations d'urgence peuvent désorganiser l'approvisionnement en substances et tout traitement préexistant des problèmes de CAAS, entraînant brutalement un état de manque chez les personnes ayant développé une dépendance à ces substances. Dans certains cas, en particulier avec l'alcool, un tel manque peut mettre la vie en danger. Qui plus est, la pénurie des drogues courantes peut faire adopter l'administration par voie intraveineuse, jugée plus efficace, et promouvoir ce mode de consommation à risque.

Les dommages associés à la CAAS sont de plus en plus souvent considérés comme un important problème de santé publique et de protection requérant une intervention multisectorielle dans les situations d'urgence.

Interventions principales**1. Procéder à une évaluation rapide.**

- Coordonner les activités d'évaluation. Passer en revue les informations disponibles sur la CAAS et désigner une ou plusieurs agences responsables pour la préparation et de la mise en œuvre des évaluations participatives rapides supplémentaires qui pourront être nécessaires (voir Aide-mémoire 1.1 et 2.1).
- Dans le cadre des évaluations supplémentaires, recenser : les substances communément consommées; les dommages associés à leur consommation; les facteurs favorisant ou limitant ces dommages; et l'impact de la désorganisation causée par la situation d'urgence sur les approvisionnements, le matériel et les interventions (voir tableau).
- Réévaluer la situation à intervalles réguliers. Les problèmes associés à la CAAS peuvent évoluer dans le temps en fonction de l'évolution de l'offre de substances et des ressources financières.
- Communiquer les résultats des évaluations aux groupes de coordination compétents.

2. Prévenir la consommation nocive d'alcool et d'autres substances et la dépendance à ces substances.

- Sur la base de toutes les informations tirées des évaluations (voir aussi Aide-mémoire 2.1), plaider pour la mise en œuvre de l'intervention multisectorielle décrite dans la matrice (Chapitre 2) en vue d'influer sur les facteurs de stress à l'origine de la consommation et de la dépendance nocives.
- Préconiser ou faciliter la relance aussi rapide que possible des activités éducatives et récréatives et des possibilités d'activités rémunérées sans rapport avec l'alcool (voir Aide-mémoire 1.1, 5.2, 7.1).
- Impliquer les hommes et les femmes de la communauté dans la prévention du problème de la CAAS et l'intervention correspondante (voir Aide-mémoire 5.1 et 5.2), ainsi que les membres de tout groupe d'entraide ou de toute association d'anciens consommateurs.
- Former et superviser les agents de santé, les enseignants, les agents communautaires et autres animateurs dans les domaines suivants :
 - La détection précoce et les *brèves interventions* pour recenser les personnes courant un risque de consommation dommageable ou de dépendance et les inciter à réduire leur CAAS (voir les notes 6 et 9 des Principales sources d'information).

- Les méthodes non médicales de traitement de la détresse aiguë (premiers secours psychologiques : voir [Aide-mémoire 6.1](#)).
- Former et superviser les agents de santé dans les domaines suivants :
 - La prescription rationnelle des benzodiazépines et (lorsqu'ils sont disponibles et abordables) recours à d'autres médicaments qui ne créent pas une dépendance ;
 - La détection de la CAAS dangereuse, nocive et provoquant une dépendance ;
 - Le repérage, traitement et référencement des personnes souffrant de graves troubles mentaux, qui courent un risque accru de problèmes de CAAS (voir [Aide-mémoire 6.2](#)).
- Intégrer la CAAS à la formation à la gestion du stress des agents de santé et autres travailleurs (voir [Aide-mémoire 4.4](#) et les Principales sources d'information pour des indications sur les stratégies reposant sur les efforts propres à la communauté).
- Former et superviser les agents communautaires à la localisation et au ciblage des groupes vulnérables pour un soutien supplémentaire (par ex. les victimes de la violence ou les familles des usagers dépendants), tout en évitant de créer un service parallèle (voir [Aide-mémoire 4.3](#) et [5.2](#)).

3. Faciliter les interventions visant à réduire les risques au sein de la communauté.

- Garantir, d'une manière adaptée à la culture locale, l'accessibilité des préservatifs masculins et aux informations sur leur utilisation dans les lieux de rencontre (tels que les points de vente d'alcool) des personnes se livrant à la CAAS (voir les *Directives du CPI concernant les interventions contre le VIH/sida dans les situations d'urgence*).
- Préconiser auprès des autorités responsables et des groupes communautaires la relocalisation des points de vente d'alcool afin de réduire au minimum les implications pour la communauté.
- Fournir des informations en matière de réduction des risques à des groupes ciblés (par ex. concernant la consommation de drogues injectables, la consommation d'alcool ou une sexualité à risque).
- Assurer l'accessibilité et l'élimination du matériel d'injection sans danger pour les consommateurs de drogues injectables, si l'évaluation en fait état.
- Organiser des séances de sensibilisation à la réduction de la CAAS et aux risques associés parmi les responsables (hommes et femmes) de la communauté, s'il y a

lieu. Par exemple, dans certaines situations, les interventions visant à réduire les risques associés à une forte consommation d'alcool ont notamment consisté à enseigner les méthodes de distillation sans danger pour la bière locale, à limiter les heures d'ouverture des points de vente, à exiger le paiement immédiat des consommations et à décider d'interdire le port d'armes dans les lieux de vente ou de consommation d'alcool.

4. Traiter l'état de manque et d'autres problèmes graves.

- Élaborer pour les dispensaires et les hôpitaux des protocoles concernant le traitement de l'état de manque, de l'intoxication, de l'overdose et d'autres manifestations courantes recensées dans l'évaluation.
- Former et superviser les travailleurs sanitaires en matière de traitement et de référencement des cas de manque ou d'autres manifestations graves, ainsi que d'administration de médicaments suffisants, y compris les benzodiazépines pour l'état de manque d'alcool. Les organismes communautaires doivent former et superviser les agents communautaires en ce qui concerne le diagnostic, le traitement initial et l'aiguillage des manifestations courantes graves, telles que l'état de manque.
- Dans les régions où la dépendance aux opiacés est répandue, envisager la possibilité de recourir à une thérapie de substitution à faible seuil (en utilisant par exemple la méthadone et la buprénorphine).
- Rétablir la thérapie de substitution préexistante aussitôt que possible.

Evaluation de la consommation d'alcool et d'autres substances (CAAS)

Pour des indications sur la méthode d'évaluation, voir [Aide-mémoire 2.1](#) et les Principales sources d'informations ci-dessous. Les données pertinentes incluent :

A. Facteurs contextuels et disponibilité d'alcool et d'autres substances

- Normes culturelles préexistantes concernant la CAAS et la façon dont le problème était traité par la communauté (pour les populations déplacées et d'accueil, hommes et femmes).
- Toutes données de départ sur la CAAS et les autres problèmes psychologiques, sociaux et médicaux associés, y compris la prévalence du VIH.
- Cadres réglementaires et législatifs applicables.

B. Évolution actuelle de la CAAS

- Disponibilité et coût approximatif des substances psychotropes courantes, autres informations sur la chaîne d'approvisionnement, y compris l'interruption de l'approvisionnement du fait de la situation d'urgence.
- Substances consommées et méthode d'administration (y compris évolution des modes de consommation, par exemple passage de la drogue fumée à la drogue injectée, introduction de nouvelles substances) selon les groupes (par ex. l'âge, le sexe, l'activité [par ex. agriculteur, ex-combattant, travailleur/-euse du sexe], l'appartenance ethnique, la religion).

C. Problèmes associés à la CAAS

- Problèmes psychosociaux et de santé mentale associés (par ex. violence sexiste et autres formes de violence, suicide, maltraitance ou abandon moral d'enfants ; troubles mentaux et comportementaux provoqués (ou aggravés) par la consommation de substances, discrimination, criminalisation).
- Comportements à risque associés (par ex. comportement sexuel et/ou méthodes d'injection à risque).
- Problèmes médicaux associés (par ex. transmission du VIH et d'autres virus transmissibles par le sang, overdoses, syndromes de manque et, en particulier, l'état de manque d'alcool mettant la vie en danger).
- Problèmes socioéconomiques (par ex. ménages vendant des articles d'alimentation ou d'autres articles, trafic de drogue ou d'alcool, commerce du sexe lié aux drogues).

D. Ressources existantes (voir aussi Aide-mémoire 2.1)

- Services de santé, psychosociaux et communautaires (y compris les services de lutte contre la consommation d'alcool et d'autres substances, programmes de réduction des dommages associés à la CAAS et, le cas échéant, groupes ou associations d'entraide pour anciens consommateurs). Rassembler des informations sur l'interruption des services du fait de la situation d'urgence.
- Services de base, parmi lesquels l'alimentation, l'eau et le logement.
- Institutions communautaires et culturelles en état de fonctionner.
- Espaces sûrs pour les personnes courant le risque de subir des actes de violence

liés à la CAAS (le cas échéant).

- Prise en charge familiale et communautaire des personnes dépendantes aux substances (le cas échéant).
- Possibilités en matière d'éducation, de loisirs et d'emploi (le cas échéant).

Principales sources d'information

1. Costigan G., Crofts N., Reid G. (2003). *The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia*. Melbourne: Centre for Harm Reduction. http://www.rararchives.org/harm_red_man.pdf
2. IASC (2003). Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence. 7.3 Approvisionnement et fournitures en préservatifs, 7.5. Garantir des soins appropriés aux utilisateurs de drogues injectables, pp.74-77, pp.82-85. Genève: IASC. <http://www.who.int/3by5/publications/en/directivesvihinalesfr.pdf>
3. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist*. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. OMS/UNHCR (1996). 'Alcoolisme et autres toxicomanies. In *La santé mentale des réfugiés*, pp. 114-123. Genève: OMS/UNHCR. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242544868.pdf>
5. WHO (1998). *Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (IDU-RAR)*. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf
6. WHO (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf
7. WHO (2001). *What Do People Think They Know of Substance Dependence: Myths and Facts*. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/about/en/dependence_myths&facts.pdf
8. WHO (2002). *SEX-RAR Guide: The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour*. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/docs/sex_rar.pdf
9. WHO (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf
10. WHO (2003). *The Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf
11. WHO (2003). *Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf

Indicateurs de méthode types

- Une évaluation récente des dommages associés à la consommation d'alcool et d'autres substances (CAAS) a été menée.
- Des préservatifs sont disponibles en permanence dans les lieux où les personnes consommant de l'alcool ou d'autres substances se retrouvent.
- Pourcentage de travailleurs sanitaires formés à la réalisation d'interventions de courte durée en matière de CAAS.

Exemple : Bam, Iran, 2003-04

- Un tremblement de terre s'est produit dans une région de forte dépendance aux opiacés. De façon non officielle, le gouvernement a immédiatement pris contact avec tous les hôpitaux du pays en recommandant une thérapie de substitution pour tous les évacués toxicomanes en l'absence de toute contre-indication clinique.
- 10 jours plus tard, des chercheurs iraniens ont procédé, à la demande du Ministère de la santé, à une évaluation de la situation en matière de consommation de substances.
- L'évaluation a confirmé que le tremblement de terre avait interrompu l'approvisionnement en substances d'un grand nombre d'hommes dépendants aux opiacés, ce qui avait déclenché chez eux un état de manque.
- Des protocoles de traitement normalisés concernant le contrôle de la douleur chez les personnes dépendantes aux opiacés, le traitement clinique de l'état de manque et la thérapie de substitution à faible dose, ont été mis à la disposition des établissements de santé.

Cadre général

Dans les situations d'urgence, l'éducation est une intervention psychosociale essentielle – elle fournit un cadre protecteur et stable aux apprenants et leur donne le sentiment d'un retour à une vie normale, à la dignité et à l'espoir en leur offrant des activités structurées, appropriées et de nature à les reconforter. Pour beaucoup d'enfants et de parents, participer à l'acte éducatif est l'une des assises d'une enfance accomplie. Par ailleurs, une éducation bien conçue aide la population affectée à faire face à sa situation en diffusant des messages essentiels de survie, qui facilitent l'apprentissage de l'autoprotection et appuient les stratégies mises en œuvre par la population locale pour remédier à la situation d'urgence. Il importe de (re)lancer immédiatement les activités d'éducation formelle et non formelle, en accordant la priorité à la sécurité et au bien-être de tous les enfants et jeunes, y compris ceux qui courent un risque accru (voir Préambule) ou ont des besoins spéciaux en matière d'éducation.

L'impossibilité de poursuivre ses études est souvent l'un des plus graves facteurs de stress pour les apprenants et leur famille, qui considèrent l'éducation comme ouvrant la voie à un avenir meilleur. L'éducation peut être un instrument essentiel au service des communautés alors qu'elles tentent de rebâtir leur vie. L'accès à l'éducation formelle et non formelle dans un cadre favorable développe les compétences intellectuelles et affectives des apprenants, leur fournit un soutien social par le biais de la communication avec les pairs et les éducateurs et renforce chez eux le sentiment de prendre leur vie en main et l'estime de soi. Par ailleurs, il permet d'acquérir les compétences de la vie courante qui renforcent les stratégies de survie, facilitent la recherche d'un emploi futur et réduisent la détresse économique. Toutes les interventions en matière d'éducation pendant une situation d'urgence devraient permettre de réaliser les *Normes minimales en matière d'éducation dans les situations d'urgence, les crises chroniques et la reconstruction rapide élaborées* par l'INEE (Réseau interorganisations pour l'éducation dans les situations d'urgence).

Les éducateurs – maîtres de l'enseignement scolaire, instructeurs d'apprentissage non formel et animateurs d'activités éducatives – ont un rôle essentiel à jouer en soutenant la santé mentale et le bien-être psychosocial des apprenants. Beaucoup trop souvent, les éducateurs doivent déployer des efforts considérables pour surmonter les difficultés auxquelles leurs élèves et eux-mêmes sont confrontés, y compris leurs propres problèmes de santé mentale et psychosociaux associés à la

situation d'urgence. La formation et la supervision et le soutien de ces éducateurs, leur permettent une meilleure compréhension de leur rôle de promotion du bien-être des apprenants et les aident à protéger et à favoriser le développement des enfants, des jeunes et des adultes durant l'urgence.

Interventions principales

1. Promouvoir un environnement protecteur et propice à l'apprentissage

L'éducation remplit un important rôle de protection en constituant une instance de diffusion de messages et de compétences en matière de protection dans un cadre qui se trouve à l'abri de la violence.

Les mesures à prendre immédiatement sont les suivantes :

- Évaluer les besoins et les capacités en matière d'éducation formelle et non formelle, en prenant en considération les questions liées à la protection et en se demandant comment intégrer et appuyer les initiatives locales. L'éducation formelle et l'éducation non formelle doivent se compléter et être mises en place simultanément là où cela est possible.
- Faire participer au maximum la communauté affectée, y compris les parents, et les autorités chargées de l'éducation (par ex. les fonctionnaires du Ministère de l'éducation, si possible) à l'évaluation, à la planification, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation du programme d'éducation.
- Évaluer les questions de sécurité dans le choix de l'emplacement et de la conception des espaces, des structures d'enseignement ou des écoles :
 - Situer les écoles loin des zones ou installations militaires ;
 - Situer les écoles à proximité des localités ;
 - Prévoir des latrines distinctes pour les hommes et pour les femmes, installées dans des endroits sûrs.
- Suivre la situation du point de vue de la sécurité à l'intérieur et autour des espaces d'études/écoles (par ex. en désignant un coordonnateur dans l'école) et prendre des mesures pour faire face aux menaces que le conflit armé fait peser sur les apprenants.
- Faire des espaces d'études/écoles des zones de paix :
 - Demander aux groupes armés de ne pas prendre les espaces d'études/écoles pour cible et de ne pas y recruter ;
 - Interdire les armes dans les espaces d'études/écoles ;

- Accompagner les enfants se rendant dans un lieu d'activités éducatives ou une école et rentrant chez eux .
- Recenser les principales menaces à la protection extérieures au système éducatif (par ex. un conflit armé) et les menaces internes (par ex. brimades, punitions violentes) :
- Recenser les principales menaces à la protection émanant du système éducatif, telles que la violence basée sur le genre, le recrutement des enfants ou la violence en milieu éducatif ;
- Prévoir des messages sur la manière de prévenir et de pallier ces problèmes et d'autres problèmes de protection (tels que celui des enfants séparés et des mesures de protection à l'échelle de la collectivité – voir Aide-mémoire 3.2) dans le processus éducatif ;
- Lancer des actions de suivi de l'éducation et de la protection de chaque enfant afin de repérer et d'appuyer les apprenants qui sont vulnérables à des menaces à leur protection ou en subissent déjà ;
- Appliquer les Directives *du CPI relatives aux interventions face à la violence sexiste dans les situations d'urgence humanitaires* pour prévenir la violence sexiste à l'intérieur et autour des espaces d'études/écoles.
- Organiser rapidement une éducation informelle sous la forme, par exemple, de 'centres d'animation' pour les enfants et les jeunes ou de groupes éducatifs communautaires informels. Les membres de la collectivité, les agents humanitaires et les éducateurs peuvent aider à organiser ces derniers en l'absence d'infrastructures telles que les centres pendant que le système éducatif est (r)établi ou remobilisé. Le personnel des 'centres d'animation' doivent posséder une bonne aptitude à la communication interpersonnelle, savoir pratiquer l'apprentissage actif et avoir acquis une expérience des programmes d'éducation non formelle ou communautaires. Une expérience de l'éducation formelle n'est pas nécessaire dans ce cadre.

2. Rendre l'éducation formelle et l'éducation non formelle mieux adaptées aux besoins et plus intéressantes.

Lors d'une urgence, il est important que l'éducation soit adaptée aux besoins et intéressante pour pouvoir promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial des apprenants tout en permettant de dispenser un enseignement efficace.

Les mesures à prendre immédiatement sont les suivantes :

- Rendre l'éducation assez souple pour s'adapter aux besoins affectifs, cognitifs et

sociaux induits par la situation d'urgence et aux capacités des apprenants. Par exemple : prévoir des activités plus courtes si les apprenants ont des difficultés de concentration; établir des emplois du temps souples pour éviter de trop stresser les apprenants, les éducateurs et leur famille en leur proposant des périodes de travail variables; revoir les calendriers des examens pour donner aux apprenants plus de temps pour s'y préparer.

- S'employer à fournir une éducation qui contribue à donner aux enfants un sentiment d'organisation, de prévisibilité et de retour à une vie normale; crée des possibilités d'expression, de choix, de communication sociale et de soutien social; et développe les aptitudes des enfants et leurs compétences dans la vie courante. Par exemple : établir des programmes d'activités et les afficher de façon bien visible dans l'établissement d'enseignement ou l'espace d'études; éviter de punir les apprenants dont les résultats en classe se ressentent de leurs problèmes de santé mentale et psychosociaux; utiliser des jeux reposant sur la collaboration plutôt que sur la compétition; pratiquer davantage l'apprentissage expressif et actif; organiser des activités structurées adaptées à la culture locale, telles que des jeux, chansons, danses et pièces de théâtre qui fassent appel à des matériels disponibles sur place.
- Faire acquérir les compétences de la vie courante et donner des informations sur la situation d'urgence. Les compétences de la vie courante et le contenu de l'apprentissage qui peuvent présenter un intérêt particulier dans le cadre des situations d'urgence sont notamment la promotion de l'hygiène, le règlement des conflits par des moyens non violents, l'aptitude à la communication interpersonnelle, la prévention de la violence sexiste, la prévention des maladies sexuellement transmissibles (comme le HIV/sida), la sensibilisation aux mines et aux explosifs et des informations sur la situation du moment (tremblement de terre, conflit armé, etc.). Il s'agit de fonder le contenu et la facilitation de l'acquisition des compétences de la vie courante sur une évaluation des risques et une hiérarchisation des besoins.
- Mettre en œuvre des méthodes participatives qui associent les représentants de la collectivité et les apprenants aux activités d'apprentissage. La participation des adolescents et des jeunes à l'animation des activités en faveur des enfants plus jeunes est particulièrement précieuse. L'application des méthodes de prise en charge par d'autres jeunes doit également être envisagée.
- Utiliser l'éducation en tant que mécanisme de mobilisation des communautés

(voir Aide-mémoire 5.1). Impliquer les parents dans la gestion de l'apprentissage et de l'éducation et associer la communauté à la (re)construction des établissements d'enseignement (qui pourront être des structures temporaires et/ou permanentes). Animer des rencontres communautaires hebdomadaires avec les représentants des enfants, des jeunes et de la communauté pour organiser des activités adaptées au contexte local et mettant à profit les connaissances et les compétences locales.

- S'assurer que chaque groupe de coordination de l'éducation ou de travail sur l'éducation prend bien en considération la santé mentale et le bien-être psychosocial. Désigner un point de contact entre le groupe de coordination de la santé mentale et du bien-être psychosocial (voir Aide-mémoire 1.1) et le mécanisme de coordination de l'éducation.
- Prévoir la possibilité, dans les centres d'animation pour les enfants et les jeunes, d'acquérir les compétences de la vie courante et de participer, par exemple, à des activités d'éducation complémentaire ou de formation professionnelle, et à des activités artistiques, culturelles et en rapport avec l'environnement et/ou à des activités sportives.
- Appuyer l'apprentissage non formel, comme l'éducation des adultes, les cours d'alphabétisation et la formation professionnelle visant à faire acquérir des compétences adaptées à l'environnement économique du moment et futur et qui correspondent à l'offre d'emplois. En ce qui concerne les enfants âgés de moins de 15 ans, l'éducation non formelle doit non remplacer, mais compléter l'éducation formelle.
- Le cas échéant, utiliser des produits alimentaires aux fins des programmes d'éducation afin de promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial. Le fait de distribuer des vivres (sur place ou sous forme de rations à emporter chez soi) dans les cadres éducatifs peut être efficace s'agissant d'améliorer l'assiduité et la rétention, ce qui contribue à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial (voir Aide-mémoire 9.1). En outre, la distribution de vivres dans ces cadres peut être directement bénéfique pour le bien-être psychosocial en renforçant la concentration, en réduisant les distinctions sociales entre "riches" et "pauvres", etc. La distribution de vivres ou l'exécution de programmes d'alimentation dans les cadres éducatifs ne doit intervenir que lorsque cela peut être fait de façon efficace, ne nuit pas à l'état nutritionnel des apprenants et ne porte pas un coup trop rude aux traditions sociales (par ex. le rôle de la famille dans la fourniture d'une alimentation appropriée aux enfants).

3. Renforcer l'accès à l'éducation pour tous.

- Renforcer rapidement l'accès à l'éducation formelle et/ou non formelle, ce qui peut impliquer d'être créatif et souple en échelonnant l'ouverture des écoles, en organisant un enseignement par roulement ('double-shifting') ou en utilisant d'autres sites.
- Assouplir temporairement les règles concernant les documents à présenter à l'appui des dossiers d'admission et faire preuve de souplesse lors de l'inscription. Les personnes touchées par les situations d'urgence peuvent ne pas être en possession d'un certificat de citoyenneté, d'un extrait d'acte de naissance ou d'un certificat estimant l'âge, de pièces d'identité ou de bulletins scolaires. Il convient de ne pas appliquer les limites d'âge aux enfants et aux jeunes touchés par une situation d'urgence.
- Appuyer les besoins spécifiques de certains apprenants – par ex., faire assurer des services de garde d'enfants pour les mères adolescentes et les frères et sœurs devant s'occuper d'enfants plus jeunes; mettre des fournitures scolaires à la disposition des apprenants nécessiteux.
- Rendre les espaces d'études accessibles et appropriés pour différents groupes d'enfants, en particulier les enfants marginalisés (par ex. les enfants handicapés ou économiquement défavorisés, ou les enfants appartenant à des minorités ethniques). Prévoir des activités distinctes pour les adolescents et les jeunes, qui, souvent, ne se voient pas accorder suffisamment d'attention.
- Le cas échéant, prévoir des cours de rattrapage et un apprentissage accéléré pour les enfants plus âgés (par ex., ceux qui étaient précédemment associés avec des forces ou groupes armés) qui ont été privés d'éducation.
- Le cas échéant, organiser des campagnes en faveur du retour à l'école, au cours desquelles les communautés, les autorités chargées de l'éducation et la communauté humanitaire valorisent l'accès de tous les enfants et de tous les jeunes à l'éducation.

4. Préparer et encourager les éducateurs à soutenir le bien-être psychosocial des apprenants.

Les éducateurs peuvent fournir un soutien psychosocial aux apprenants à la fois en adaptant la manière dont ils communiquent avec eux, c'est-à-dire en créant un cadre sûr et favorable dans lequel les apprenants puissent exprimer leurs émotions et leurs expériences, et en insérant des activités psychosociales structurées spécifiques dans le

processus d'enseignement et d'apprentissage. Cela dit, ils ne doivent pas tenter d'offrir un traitement, lequel requiert des compétences spécialisées. Le fait de fournir un appui au bien-être psychosocial des éducateurs eux-mêmes est un volet essentiel de l'appui à fournir aux apprenants.

- Adapter la communication avec les élèves en :
 - intégrant au processus d'apprentissage des thèmes liés à la situation d'urgence ;
 - s'attaquant à la cause des comportements à problème dans la classe (comme l'agressivité) ;
 - aidant les apprenants à se comprendre et à s'appuyer mutuellement.
- Fournir en permanence aux éducateurs des occasions d'apprentissage, une formation utile et un appui professionnel en vue de la situation d'urgence plutôt qu'une formation ponctuelle ou de courte durée ne faisant pas l'objet d'un suivi (voir Aide-mémoire 4.3). Les principaux thèmes peuvent être les suivants :
 - Encourager la participation communautaire et créer des conditions d'apprentissage sûres ;
 - Impact d'expériences et de situations difficiles sur le bien-être psychosocial et la capacité d'adaptation des enfants, y compris des filles et des garçons d'âges différents; éthique du soutien psychosocial (voir Aide-mémoire 4.2) ;
 - Compétences de la vie courante présentant un intérêt dans le cadre de la situation d'urgence (voir Intervention principale 2 pour quelques idées) ;
 - Méthodes constructives de gestion des classes qui expliquent pourquoi il ne faut pas recourir aux punitions corporelles et fournissent des solutions concrètes en remplacement de l'utilisation de la violence ;
 - Comment traiter d'une manière constructive les problèmes des apprenants tels que la colère, la peur et le chagrin ;
 - Comment animer des activités de groupe structurées telles que des activités artistiques, culturelles et sportives, des jeux et des activités de renforcement des aptitudes ;
 - Comment collaborer avec les parents et les communautés ;
 - Comment utiliser les mécanismes d'aiguillage pour fournir un appui supplémentaire aux apprenants qui présentent de graves problèmes de santé mentale et psychosociaux (voir Intervention principale 5 plus loin) ;
 - Comment élaborer des plans d'action pour mettre en œuvre un soutien psychosocial dans le travail des éducateurs ;

- Aider les éducateurs à mieux faire face aux défis de la vie pendant et après la situation d'urgence, en examinant notamment l'impact du stress sur les éducateurs, la capacité d'adaptation, la supervision de nature à reconforter et l'entraide entre pairs.
- Mettre en œuvre des méthodes d'apprentissage participatives adaptées au contexte et à la culture locaux. Ménager aux éducateurs des occasions de communiquer leurs propres connaissances et données d'expérience du développement de l'enfant et des pratiques d'assistance au niveau local et de mettre en pratique de nouvelles aptitudes. Il convient d'évaluer périodiquement la validité et l'utilité de la formation. Un soutien permanent doit être apporté aux éducateurs sous la forme d'une supervision professionnelle et de matériels.
- Mobiliser le soutien psychosocial disponible pour les éducateurs. Par exemple, réunir les éducateurs en présence d'un animateur qualifié pour commencer à évoquer le passé, le présent et l'avenir, ou mettre en place un mécanisme de soutien communautaire pour aider les éducateurs à faire face à des situations de crise.

5. Renforcer la capacité du système éducatif à aider les apprenants qui ont des difficultés psychosociales et de santé mentale.

- Renforcer la capacité des établissements d'enseignement de fournir un appui aux apprenants qui ont des difficultés particulières dans le domaine de la santé mentale et du bien-être psychosocial :
 - Désigner des coordonnateurs chargés de contrôler et de suivre chaque enfant ;
 - S'il existe des conseillers pédagogiques, leur dispenser une formation sur le traitement des questions liées à la situation d'urgence.
- Aider le personnel scolaire – administrateurs, conseillers, enseignants et agents de santé – à comprendre dans quel cas ils doivent référer les enfants présentant de graves difficultés de santé mentale et psychosociales (il peut s'agir notamment d'enfants qui ne sont pas affectés par l'urgence, mais peuvent présenter des difficultés préexistantes) vers les services de santé mentale, les services sociaux et les dispositifs de soutien psychosocial appropriés existant dans la communauté (voir Aide-mémoire 5.2) et, le cas échéant, vers les services de santé (voir Aide-mémoire 6.2, et notamment les critères de référencement pour les cas graves de santé mentale). S'assurer que les apprenants, les parents et les membres de la communauté comprennent comment utiliser ce système de référencement.

Principales sources d'information

1. Active Learning Network for Accountability and Performance (ALNAP) (2003). Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners. Chapter 12, 'Participation and Education', pp. 331-342. <http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
2. Annan J., Castelli L., Devreux A. and Locatelli E. (2003). Training Manual for Teachers. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/WiderPapers/Widerpapers.htm>
3. Crisp, J., Talbot C. and Cipollone D. (eds.) (2001). Learning for a Future: Refugee Education in Developing Countries, Geneva: UNHCR. <http://www.unhcr.org/pubs/epau/learningfuture/prelims.pdf>
4. Danish Red Cross (2004). Framework for School-Based Psychosocial Support Programmes: Guidelines for Initiation of Programmes. <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Docman/Documents/2Children-armed/PSPC.Final.Report.pdf>
5. IASC (2005). *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Genève : IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20French.pdf>
6. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2004). *Normes minimales d'éducation en situations d'urgence, de crises et de reconstruction* http://www.ineesite.org/minimum_standards/INEE_MSEE_Fr.pdf IASC guidelines version française révisée VCA 1ère partie
7. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2005). *Promoting INEE Good Practice Guides – Educational Content and Methodology*. <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1238>, puis suivre les liens suivant : <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1134> <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1137> <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1146>
8. Macksoud M. (1993). *Aider les enfants à gérer les tensions engendrées par la guerre : un manuel pour les parents et les enseignants*. UNICEF. http://www.unicef.org/french/publications/files/Aider_enfants_guerre.pdf
9. Nicolai S. (2003). Education in Emergencies: A Tool Kit for Starting and Managing Education in Emergencies, Save the Children UK. http://www.ineesite.org/core_references/EducationEmertoolkit.pdf
10. Save the Children (1996). Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and Approaches. Geneva. <http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychosocwellbeing2.pdf>
11. Sinclair M. (2002). Planifier l'éducation en situation d'urgence et de reconstruction, Paris : UNESCO. Institut international de planification de l'éducation. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001293/129356f.pdf>

Indicateurs de méthode types

- Pourcentage d'apprenants qui ont accès à une éducation formelle.
- Les espaces d'éducation non formelle sont ouverts et accessibles aux filles et garçons d'âges différents.
- Pourcentage d'enseignants ayant reçu une formation et bénéficiant d'un suivi sur la manière de soutenir le bien-être psychosocial des apprenants.
- Les enseignants et les autres éducateurs réfèrent les enfants présentant de graves problèmes de santé mentale et psychosociaux vers les services ou dispositifs de soutien spécialisés.

Exemple : Territoire palestinien occupé, 2001

- À la suite de la deuxième intifada, le Plan national d'action palestinien en faveur des enfants (un groupe d'ONG locales et internationales) a coordonné l'activité déployée par des organisations nationales et internationales pour fournir une éducation formelle et non formelle sûre et rassurante.
- Les organisations ont organisé des campagnes en faveur du retour à l'école et appuyé des camps d'été et des centres d'animation pour les enfants et les jeunes. Le processus éducatif a été remanié de façon à en renforcer le caractère protecteur, utile et rassurant en multipliant les possibilités d'expression et en consolidant les compétences de la vie courante aux fins de la protection.
- Les éducateurs ont été formés à comprendre les besoins affectifs et comportementaux de leurs élèves; des programmes de mentorat réalisés par des jeunes ont été institués en faveur d'adolescents et des séances psychosociales structurées ont fait leur apparition dans les écoles.

Cadre général

Dans les situations d'urgence, les hommes et les femmes ne sont pas les seules victimes, la justice et la vérité sont également souvent affectées. Les urgences tendent à déstabiliser les moyens classiques d'information et de communication. Les infrastructures de communication peuvent être détruites et celles qui subsistent peuvent être utilisées de manière abusive par certains pour des agendas spécifiques comme par exemple la diffusion de rumeurs, de messages de haine, ou pour inventer des histoires pour couvrir leurs négligences dans l'exercice de leurs fonctions.

Les rumeurs et l'absence d'informations crédibles et précises sont souvent une source importante d'angoisse pour les personnes affectées par une situation d'urgence. Elles peuvent être un facteur de confusion et créer un sentiment d'insécurité. L'ignorance par les personnes affectées de leurs droits, peut conduire à des phénomènes d'exploitation. Une information appropriée reçue au bon moment peut y mettre fin. Un mécanisme responsable devrait pouvoir très tôt diffuser des informations utiles.

Les systèmes d'information et de communication peuvent être conçus pour aider les membres de la communauté à jouer un rôle actif dans le processus de retour à la normale et, ce faisant, à être des survivants actifs plutôt que victimes passives. Les technologies de l'information et de la communication et les méthodes traditionnelles de communication et de divertissement – telles que les sketches, les chansons et les pièces de théâtre – peuvent jouer un rôle essentiel en diffusant des informations sur les droits des victimes. Une information appropriée sur les secours et le lieu où se trouvent les personnes déplacées peut aider à réunir des familles qu'une situation d'urgence a fait éclater.

En sus des interventions spécifiques décrites ci-dessous, l'accès à l'information pendant une situation d'urgence peut être amélioré si le pays touché est gouverné selon les principes de la transparence, de la responsabilité et de la participation.

Interventions principales**1. Faciliter la formation d'une équipe chargée de l'information et de la communication.**

- Si les systèmes de communication habituels (en termes de personnels et

d'infrastructure) ne fonctionnent pas complètement, aider à constituer une équipe de communicateurs pour fournir des informations sur la situation d'urgence, les opérations de secours et les droits juridiques, et faire entendre la voix des groupes marginalisés et oubliés. Les membres de l'équipe peuvent être choisis parmi les médias locaux, les chefs de communautés, les organismes de secours, les membres de l'administration ou d'autres parties associées à l'intervention d'urgence. Les membres des communautés affectées peuvent jouer un rôle de premier plan dans la diffusion d'informations sur les services.

2. Faire régulièrement un bilan de la situation et recenser les principales lacunes de l'information et les principales informations à diffuser.

- Étudier les évaluations disponibles et les difficultés qu'ils mettent en lumière (voir [Aide-mémoire 2.1](#)).
- Déterminer qui contrôle les moyens de communication, en cherchant à savoir si certains groupes ne diffusent pas des informations en fonction d'agendas spécifiques.
- Effectuer, le cas échéant, des évaluations supplémentaires sur les questions suivantes :
 - Quelles communautés ou quels groupes de personnes se déplacent et quels sont ceux qui se sont fixés quelque part ?
 - Quelles sont les personnes à risque : s'agit-il de celles communément reconnues comme telles (voir le [Chapitre 1](#)) ou s'agit-il de nouvelles venues ?
 - A-t-on signalé des victimes incapables de se déplacer ? Dans l'affirmative, les localiser et déterminer les mesures prises à leur sujet.
 - Où les personnes peuvent-elles s'installer en toute sécurité et quels sont les endroits où il est dangereux de le faire ?
 - Si des dispositifs de soutien de la santé mentale et de soutien psychosocial existent, qui les fournit ? Quels sont les organisations présentes dans la région ? S'occupent-elles de toutes les communautés affectées et de tous les segments de la population ? Y a-t-il des groupes de la communauté qui ont été laissés de côté ?
 - Quelles sont les possibilités d'intégrer des campagnes d'information et de communication aux autres opérations de secours ?
 - Quel est le taux d'alphabétisation des hommes, des femmes, des enfants et des adolescents parmi la population ?
 - Quels sont les moyens de communication préexistants en état de fonctionner ?

Quels sont ceux qui, dans la situation du moment, pourraient le plus efficacement diffuser des messages sur la situation d'urgence, les opérations de secours et les droits juridiques ?

- Quels sont les groupes de la population qui n'ont pas accès aux médias ?
- Quels sont les groupes qui n'ont pas accès aux médias en raison d'un handicap (par ex. déficience visuelle ou auditive) ? Quelles méthodes pourraient devoir être mises au point pour que l'information puisse atteindre ces personnes ?
- Recueillir et compiler chaque jour les informations pertinentes. Il peut s'agir d'informations concernant :
 - La disponibilité de moyens de secours et leur innocuité pour la population ;
 - Les accords de cessez-le-feu, les zones de sécurité et les autres initiatives de paix ;
 - La récurrence d'événements liés à la situation d'urgence (par ex. la violence ou les secousses secondaires après un tremblement de terre) ;
 - L'emplacement et la nature des différents services humanitaires ;
 - L'emplacement des 'espaces sûrs' (voir [Aide-mémoire 5.1](#)) et les services qui y sont disponibles (voir [Aide-mémoire 5.1](#), [5.2](#), [5.4](#) et [7.1](#)) ;
 - Les principaux résultats des évaluations et des opérations de contrôle de l'acheminement de l'aide ;
 - Les principales décisions prises par les dirigeants politiques et les organes de coordination de l'aide humanitaire ;
 - Les différents droits et avantages (par ex. la quantité de riz à laquelle a droit une personne déplacée, les droits fonciers, etc.).
- Suivre les informations publiées par les gouvernements ou les autorités locales, en particulier les informations concernant les programmes de secours.
- Interroger différentes parties prenantes au sein de la population et les travailleurs humanitaires au sujet des principales lacunes de l'information qu'il conviendrait de combler (par ex. le fait de ne pas disposer d'informations sur les services, les avantages auxquels on a droit, l'endroit où se trouvent les membres de sa famille, etc.). S'enquérir auprès des victimes du type et du contenu des messages qu'elles aimeraient diffuser et de la façon appropriée de le faire, en essayant de prévoir l'impact que cela pourrait avoir sur le public.
- Recenser de façon continue les pratiques dommageables des médias ou les fausses informations contre lesquelles il convient de réagir. Ces pratiques sont notamment les suivantes :

- Diffusion de messages dommageables ou de messages d'incitation à la haine ;
- L'interrogation agressive des personnes au sujet de leurs expériences émotionnelles ;
- L'incapacité à organiser l'accès à un soutien psychosocial pour les personnes qui ont été interrogées sur leurs expériences émotionnelles en rapport avec la catastrophe ;
- La stigmatisation des personnes interrogées par des questions inappropriées ;
- L'utilisation d'images, de noms ou d'autres informations à caractère personnel sans disposer du consentement éclairé des intéressés ou selon des modalités de nature à mettre les victimes en danger.
- Recenser régulièrement les pratiques positives des médias, telles que :
 - L'invitation de travailleurs humanitaires expérimentés (dans le domaine des SMSPS) à donner des conseils dans les médias ;
 - La diffusion de conseils spécifiques à travers les bulletins d'information.

3. Élaborer un plan de communication et de campagne.

- Maximiser la participation de la communauté au processus d'élaboration d'un plan de communication et de campagne.
- Mettre en place un système de diffusion d'informations utiles qui comblent les lacunes constatées.
- Sensibiliser les médias locaux à la question des pratiques potentiellement utiles ou dommageables et à la façon d'éviter ces dernières.
- Respecter les principes de confidentialité et de consentement éclairé.

4. Mettre en place des moyens d'accès et de diffusion d'informations fiables auprès de la population affectée.

- Recenser les membres de la population affectée qui exercent une influence sur la diffusion d'informations au sein des communautés.
- Établir un répertoire des médias et de la communication, comprenant :
 - Une liste des médias locaux, indiquant le nom et les coordonnées des principaux journalistes qui font des reportages concernant la santé et les enfants et privilégiant la dimension humaine.

- Une liste des noms et coordonnées des journalistes qui rendent compte de la situation d'urgence.
- Un répertoire des agents des différentes organisations humanitaires qui s'occupent des questions de communication.
- Les équipes de communication peuvent créer des moyens de diffusion d'informations dans les langues locales. Il peut y avoir lieu de négocier un temps d'antenne auprès des stations de radio locales ou un espace sur les panneaux d'affichage situés aux principaux carrefours et dans d'autres lieux publics, ou dans les écoles, les camps de secours ou les toilettes.
- En l'absence de médias, songer à innover en distribuant des radios, par exemple.
- Recruter du personnel local à chaque étape du processus de communication, et veiller à ce que les messages soient empathiques (témoignant d'une compréhension de la situation des victimes de la catastrophe) et simples (c'est-à-dire compréhensibles par des enfants de 12 ans).
- Organiser des réunions d'information destinées à la presse pour fournir des informations sur le lancement à venir d'activités humanitaires spécifiques, en précisant le type d'activité, la date, le lieu et les organisateurs de l'activité en question, etc.
- Faire en sorte que les médias locaux ne reprennent pas en boucle inutilement des événements atroces antérieurs (par ex. éviter la répétition fréquente de documents vidéo des pires moments d'une catastrophe) en organisant des réunions d'information destinées aux médias et des visites sur place. Inviter les médias et les journalistes à s'abstenir d'utiliser inutilement des images de nature à provoquer une détresse profonde chez les personnes qui les verront. Inviter les médias à ne pas diffuser seulement des images et des reportages sur des personnes désespérées, mais également des images et des reportages sur la résilience des victimes et leur participation aux travaux de reconstruction.
- Entretenir l'intérêt des médias locaux en dégageant des perspectives différentes, telles que les divers aspects de la santé mentale et du bien-être psychosocial, des exemples de rétablissement offerts par les victimes, la participation des groupes vulnérables aux travaux de reconstruction et les projets d'intervention types.
- Diffuser des messages sur les droits des victimes, tels que les lois sur les personnes handicapées, les lois relatives à la santé publique, les droits fonciers en rapport avec la reconstruction, les programmes de secours, etc.

- Songer à préparer des messages sur les normes internationales relatives à l'aide humanitaire, telles que les normes minimales Sphère.
- Réfléchir à des méthodes de distribution qui facilitent l'accès à l'information (par ex. piles pour radios, installation de panneaux d'affichage pour les journaux de rue).

5. Veiller à la coordination des activités des personnels de communication des différentes agences.

La coordination est importante pour :

- Assurer la cohérence des informations diffusées auprès de la population affectée ;
- Faciliter la mise en place de mécanismes d'information interorganisations (par ex. des panneaux d'information) où les victimes peuvent avoir accès à toutes les informations essentielles, y compris des informations non abordées dans le présent aide-mémoire, telles que des informations sur les méthodes positives d'adaptation (voir Aide-mémoire 8.2).

Principales sources d'information

1. ActionAid International, (à paraître). *Mind Matters: Psychosocial Response in Emergencies* (video).
2. IASC (2003). *Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence*. Aide-mémoire 9.1 : 'Fournir des informations sur la prévention et les soins du VIH/SIDA', pp. 102-105. Genève: IASC.
<http://www.who.int/3by5/publications/en/directivesvihfinalesfr.pdf>
3. Bureau de la coordination des affaires humanitaires (à paraître), *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.
4. Bureau de l'Envoyé spécial du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour l'après-tsunami (2006). *The Right to Know: The Challenge of Public Information and Accountability in Aceh and Sri Lanka*. United Nations: New York.
http://www.tsunamispecialenvoy.org/pdf/The_Right_to_Know.pdf
5. Le Projet Sphère (2004), *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors des catastrophes*. Genève : Le Projet Sphère.
http://www.sphereproject.org/french/handbook/hdbkpdf/french2004_full.pdf
6. UNICEF (2005), *Ethical Guidelines for Journalists: Principles for Ethical Reporting on Children*.
http://www.unicef.org/french/media/media_tools_guidelines.html
7. UNICEF (2005). *The Media and Children's Rights (Second Edition)*. New York : UNICEF.
http://www.unicef.org/ceecis/The_Media_and_Children_Rights_2005.pdf

Indicateurs de méthode types

- Des évaluations sont effectuées pour déterminer si la population affectée reçoit les informations principales sur la situation d'urgence, les opérations de secours et ses droits juridiques.
- Lorsque les informations principales présentent des lacunes, l'information manquante est diffusée d'une manière facilement accessible et compréhensible pour les différents groupes de la population.

Exemple : Tremblement de terre au Gujarat (Inde), 2001

- Des ONG nationales et internationales ont, en collaboration avec les groupes d'action sociale locaux, organisé une 'Campagne sur vos droits'. Ils ont rassemblé toutes les ordonnances gouvernementales, démystifié leur jargon juridique et les ont traduites en langue locale simple, puis reproduites sous la forme de notes d'information. Ces notes présentaient des questions et réponses sur les principaux droits et donnaient des instructions sur la façon de les faire valoir.
- Des pièces du théâtre de rue évoquant les droits des victimes ont été jouées par des bénévoles des communautés. Après chaque pièce, ces bénévoles ont distribué des formulaires de demande et ils ont aidé les requérants pendant tout le processus de demande, jusqu'à ce qu'ils reçoivent ce à quoi ils avaient droit.
- Des tribunaux populaires ont été organisés devant lesquels les victimes pouvaient déposer des réclamations et approfondir la connaissance de leurs droits.

Cadre général

Dans les situations d'urgence, la plupart des personnes font l'expérience de la détresse psychologique (par ex. un vif sentiment de chagrin, de tristesse, de peur ou de colère). Dans la plupart des situations, la majorité des personnes affectées se remettent progressivement, en particulier si elles savent gérer leur stress (c'est-à-dire mettent en œuvre des méthodes positives d'adaptation) et si elles peuvent compter sur le soutien de leur famille et de leur communauté. Un bon moyen de faire face à la situation est d'avoir accès à des informations appropriées sur la situation d'urgence, les opérations de secours et ses droits juridiques (voir Aide-mémoire 8.1) et sur les méthodes positives d'adaptation (qui font l'objet du présent aide-mémoire).

La mise à disposition d'informations adaptées à la culture locale peut être un bon moyen d'encourager la mise en œuvre de méthodes positives d'adaptation. Cette information a pour but d'aider les particuliers, les familles et les communautés à mieux comprendre la façon dont la plupart des gens réagissent communément à des facteurs de stress extrêmes et à mieux répondre à leurs propres besoins psychosociaux et à ceux d'autrui. La diffusion d'informations sur les méthodes positives d'adaptation par le biais de documents imprimés ou à la radio est l'une des interventions d'urgence le plus fréquemment mises en œuvre et elle peut atteindre l'immense majorité des personnes touchées.

Interventions principales**1. Déterminer quelles sont les informations sur les méthodes positives d'adaptation déjà disponibles parmi la population affectée par la catastrophe.**

- Agir en coordination avec toutes les organisations compétentes pour déterminer (a) si des informations adaptées à la culture locale sur les méthodes positives d'adaptation existent déjà et (b) dans quelle mesure ces informations sont connues de la population. L'intervention principale 2 fournit des indications sur la façon d'établir l'adéquation des informations disponibles.

2. Si aucune information sur les méthodes positives d'adaptation n'est actuellement disponible, élaborer des informations sur ces méthodes adaptées à la culture locale et destinées à la population affectée par la catastrophe.

- Coordonner et planifier l'élaboration d'informations sur les méthodes positives d'adaptation avec les autres organisations. Veiller à ce que les messages soient simples et cohérents, afin qu'ils ne prêtent pas à confusion. Dans toute la mesure possible, dégager un consensus interorganisations sur le contenu de ces informations et se concerter sur le partage des tâches (la diffusion, par exemple).
- Au moment d'élaborer les matériaux appropriés, il importe de préciser la gamme des réactions individuelles et communautaires auxquelles on peut s'attendre face à des facteurs de stress graves (le viol, par exemple) et de tenir compte des modes de survie propres à la culture locale (par ex. les prières ou les rituels dans les moments de difficulté). Pour éviter que les évaluations ne fassent double emploi, étudier les résultats des évaluations existantes (voir Aide-mémoire 2.1, 5.2, 5.3 et 6.4). On peut combler les lacunes dans les connaissances en s'entretenant avec les personnes connaissant bien la culture locale (comme les anthropologues locaux) ou en animant des groupes de discussion. Au moment du choix des participants aux groupes de discussion, veiller à ce que les différents groupes d'âges et les deux sexes soient représentés. Il est généralement nécessaire d'organiser des groupes distincts pour les hommes et pour les femmes pour permettre l'expression de points de vue différents.
- Il importe de prendre en compte des méthodes positives d'adaptation qui sont généralement utiles d'une culture à l'autre, telles que les suivantes :
 - la recherche d'un soutien social
 - le fait de donner un caractère structuré aux activités de la journée
 - les méthodes de relaxation
 - les activités récréatives
 - le fait de faire face avec calme à des situations redoutées (éventuellement avec l'aide d'une personne de confiance), afin de ne pas se laisser submerger par les activités quotidiennes.
- Les acteurs humanitaires doivent se familiariser avec les méthodes de survie utiles en évaluant les exemples d'informations sur l'autonomie en matière de soins produites par d'autres organisations ou en animant des groupes de discussion en présence de membres de la communauté qui font correctement face à la situation. Il arrive que le fait de diffuser des messages sur la façon d'aider autrui soit efficace car cela encourage les personnes affectées à s'occuper d'autrui et, indirectement, d'elles-mêmes.
- Le tableau ci-après donne des indications spécifiques sur ce qu'il convient de faire et de ne pas faire au moment d'élaborer à l'intention du grand public des informations sur les méthodes positives d'adaptation :

À faire	À ne pas faire
Employer un langage simple et direct. Consacrer le temps et l'énergie nécessaires pour présenter ces notions d'une façon intelligible dans le contexte local et compréhensible pour un enfant de 12 ans. Employer des expressions familières lorsqu'elles sont plus claires (par ex. remplacer des mots tels que <i>méthodes de survie</i> par des expressions locales).	Ne pas employer de termes compliqués ou techniques (par ex. termes psychologiques ou psychiatriques).
Se concentrer sur les priorités définies par les communautés et présenter un message succinct, ciblé et concret.	Ne pas inclure trop de messages à la fois, car cela peut déconcerter ou accabler les gens.
Signaler qu'il est courant d'être en proie à la détresse après un événement stressant et que les personnes touchées par une catastrophe peuvent constater des changements dans leurs sentiments, leur comportement et leurs pensées. Souligner que c'est là une réaction courante et compréhensible à un événement anormal.	Ne pas dresser de longues listes de symptômes psychiatriques dans la documentation destinée au grand public (c'est-à-dire la documentation utilisée en dehors du milieu hospitalier) *.
Insister sur les méthodes positives d'adaptation, les approches axées sur les solutions et les attentes positives de rétablissement, et mettre en garde contre les méthodes de survie nocives (par ex. la forte consommation d'alcool). S'employer à inclure des stratégies d'adaptation communautaires, familiales et individuelles.	Ne pas insister sur la vulnérabilité psychologique dans la documentation destinée au grand public *.
Indiquer que la plupart des gens se sentiront probablement mieux dans les semaines ou mois à venir. Les personnes dont la détresse n'aura pas diminué au bout de quelques semaines ou se sera aggravée devront demander l'aide des dispositifs de soutien communautaires disponibles ou consulter un spécialiste (mais ne donner ce conseil que si un spécialiste est disponible). Indiquer comment et où elles peuvent avoir accès à ces services.	Ne pas indiquer de délai précis pour le rétablissement (par ex. 'Vous vous sentirez mieux dans trois semaines') et ne pas proposer de consulter un spécialiste si aucun n'est disponible.
Demander à des membres de la communauté locale d'examiner tout document élaboré. S'assurer de l'exactitude de la traduction des documents.	Ne pas traduire littéralement des documents écrits en une langue qui n'est pas couramment utilisée sous une forme écrite. Il peut être préférable de trouver un mode de présentation non écrit (par ex. des images, des dessins, des chansons, des danses, etc.) ou de traduire les documents dans une langue écrite nationale compréhensible pour au moins un membre de chaque famille.

* Cette 'chose à ne pas faire' s'applique à la documentation sur l'autonomie en matière de soins destinée au grand public en dehors du milieu hospitalier. Il est souvent utile d'énumérer et d'expliquer les symptômes dans le cas de la documentation élaborée pour le milieu hospitalier à l'intention des personnes atteintes d'un trouble mental pour lesquelles on peut établir un diagnostic et cela fait souvent partie du traitement.

3. Adapter, le cas échéant, les informations aux besoins spécifiques de certains groupes de la population.

- Les différents groupes d'une population peuvent également avoir des méthodes particulières de survie qui diffèrent de celles du reste de la population. Le cas échéant, élaborer des informations distinctes sur les mécanismes de survie positifs pour ces groupes, par ex. les hommes, les femmes et (autres) groupes spécifiques vulnérables (voir Chapitre 1). Songer à porter une attention particulière au 'mode de survie des enfants' et au 'mode de survie des adolescents', en notant dans ce dernier cas que les méthodes de survie à court terme, telles que la consommation d'alcool ou de drogues, causeront sans doute des dommages sur le long terme.

4. Formuler et appliquer une stratégie de diffusion efficace de l'information.

- Les documents imprimés (dépliants et affiches) représentent la méthode de diffusion de l'information la plus courante, mais il se peut que d'autres mécanismes, tels que la radio, la télévision, les dessins/images, les chansons, le théâtre, de rue ou non, soient plus efficaces. Étudier avec la communauté et les chefs religieux les moyens de fournir des informations non écrites. Le mode le plus approprié d'acheminement de l'information dépend du groupe cible, des taux d'alphabétisation et du contexte culturel. Par exemple, la documentation non écrite (comme les bandes dessinées sur des personnages bien connus, le théâtre) peut être un moyen plus efficace de communiquer avec des enfants. On peut panacher les méthodes de diffusion transmettant des messages cohérents afin de toucher un maximum de personnes dans l'ensemble de la population.
- Demander l'autorisation de déposer des copies des documents écrits dans les institutions communautaires telles que les églises, les mosquées, les écoles et les dispensaires, ainsi que sur les panneaux d'affichage des camps. Il est bon de placer ces documents dans des endroits où la population peut passer les prendre d'une manière confidentielle.
- Certaines ONG ont constaté qu'il est plus efficace de parler aux gens en leur remettant un document ou un dépliant que de se contenter de les laisser prendre ces documents, car, souvent, ils ne les lisent pas.
- Si cela est possible, faire une copie des documents écrits disponibles sur le Web. La plupart des victimes de la catastrophe n'ont pas accès au Web, mais le fait de diffuser des documents de cette manière permet à plusieurs organisations de se les communiquer, ce qui peut accroître leur distribution (voir aussi Aide-mémoire 8.1).

Incorporer des aspects sociaux et psychologiques spécifiques dans le soutien alimentaire et nutritionnel (aide pour tous dans la sécurité et la dignité, attention portée aux pratiques culturelles et aux rôles domestiques)

Fonction: Sécurité alimentaire et nutrition

Phase: Réponse minimale

Cadre général

Dans de nombreuses situations d'urgence, la faim et l'insécurité alimentaire provoquent un stress grave et portent atteinte au bien-être psychosocial de la population affectées. Inversement, les incidences psychosociales d'une situation d'urgence peuvent mettre en péril la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel. La compréhension des liens réciproques entre le bien-être psychosocial et la sécurité alimentaire/nutritionnelle (voir tableau ci-après) permet d'améliorer la qualité et l'efficacité des programmes d'aide alimentaire et de soutien nutritionnel tout en défendant la dignité humaine. La méconnaissance de ces liens est dommageable et se traduit, par exemple, par des programmes qui exigent des personnes qu'elles fassent la queue pendant de longues heures pour recevoir de la nourriture, les considèrent comme des consommateurs déshumanisés et passifs ou créent des conditions de tension aux points de distribution des denrées alimentaires.

Tableau : facteurs sociaux et psychologiques liés à l'aide alimentaire

Facteurs liés à l'aide alimentaire	Type d'effet et exemples
Facteurs sociaux généraux (y compris facteurs préexistants) liés à la sécurité alimentaire et à l'état nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> • marginalisation de certains groupes, réduisant leur accès à des ressources limitées • aspects socioculturels du régime alimentaire et de la nutrition (convictions et pratiques alimentaires : quels aliments sont consommés; comment les produits alimentaires sont cultivés, récoltés, distribués, préparés, servis et consommés; tabous culturels)
Facteurs sociaux et psychologiques liés à la situation d'urgence qui affectent la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> • déstabilisation des rôles sexospécifiques, domestiques et familiaux (par ex., décès des personnes ayant un revenu) • désorientation et/ou perturbation de la direction officielle et officieuse de la communauté (par ex. décès d'un leader communautaire qui aurait pu organiser l'assistance) • désorganisation des réseaux sociaux informels qui aident les personnes à risque (par ex. les bénévoles fournissant des soins aux personnes alitées)

Principales sources d'information

1. American Red Cross (2004). *From Crisis to Recovery, the Road to Resiliency: A Small Pocket Manual*. American Red Cross Psychosocial Group, New Delhi. http://www.who.int.mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
2. International Catholic Migration Commission (ICMC) (2005). *Setelah Musibah (After Disaster)*. ICMC Indonesia. http://www.who.int.mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
3. World Health Organization (2005). *Some Strategies to Help Families Cope with Stress*. WHO, Pakistan. http://www.who.int.mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

Indicateurs de méthode types

- Les informations sur l'autonomie en matière de soins qui sont diffusées focalisent l'attention sur les méthodes positives d'adaptation.
- Proportion de la population qui a accès aux informations diffusées.
- Les informations qui sont diffusées sont adaptées à la culture locale et compréhensibles pour la plus grande partie de la population.

Exemple : Aceh, 2005

- Après avoir examiné les documents sur l'autonomie en matière de soins existants, le personnel national d'une ONG internationale a été formé à l'animation de groupes de discussion pour établir ce que les personnes concernées éprouvaient (réactions courantes) et les activités auxquelles elles se livraient pour lutter contre le stress.
- Un dessinateur a été engagé pour dessiner des membres de la population d'Aceh portant le costume local pour illustrer les idées que la communauté avait inventoriées. Une autre série de dessins illustre la technique de relaxation de la respiration profonde.
- Les brochures ont été expliquées et distribuées aux communautés pendant les rencontres communautaires, c'est-à-dire après les prières du soir à la mosquée. Les brochures ont également été distribuées à d'autres organisations, qui les ont distribuées à leur tour dans le cadre de leurs programmes d'intervention.
- Par l'intermédiaire du groupe de coordination psychosociale, les organismes ont continué de produire ensemble des bulletins d'information donnant des renseignements sur les sujets qui intéressaient les communautés touchées par le tsunami et la société civile locale. Une ONG locale a été financée et supervisée pour continuer de produire les bulletins d'information pertinents.

Facteurs liés à l'aide alimentaire	Type d'effet et exemples
	<ul style="list-style-type: none"> absence de sécurité (par ex. attaque des femmes qui ramassent le bois de chauffe) réduction de la capacité des individus de nourrir les personnes à leur charge (due, par exemple, à une dépression grave) désorientation grave qui empêche les individus d'avoir accès aux denrées alimentaires (du fait, par exemple, d'un trouble mental ou neurologique grave) peur qui empêche les individus ou les groupes d'avoir accès aux denrées alimentaires (due, par exemple, à des informations inexactes, à la persécution politique ou à des croyances surnaturelles liées à la situation d'urgence) perte d'appétit (due, par exemple, à un profond chagrin causé par la perte de membres de la famille)
<p>Facteurs sociaux et psychologiques liés à la situation d'urgence qui affectent la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel</p> <p>Impact de la faim et de l'insécurité alimentaire sur la santé mentale et le bien-être psychosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> graves handicaps mentaux ou cognitifs, en particulier chez les jeunes enfants (dus, par exemple, à des déficits nutritionnels chroniques, à un manque de stimulation socio-affective) stratégies de survie dommageables (par exemple vendre des actifs importants, se donner à autrui contre de la nourriture, retirer les enfants de l'école, abandonner les membres de la famille les plus faibles, un enfant, par exemple) grave détérioration de l'ordre public (par exemple compétition armée pour les ressources) perte d'espoir ou de perspectives d'avenir (par exemple dans des situations de conflit armé de longue durée) sentiment d'impuissance et de résignation (par exemple après la perte d'une source de revenu) comportement agressif (par exemple dans les situations où l'individu perçoit une absence d'équité en ce qui concerne les rations alimentaires ou leur distribution)

Le Manuel Sphère expose les normes globales concernant la sécurité alimentaire, la nutrition et l'aide alimentaire pendant les situations d'urgence. Les interventions principales décrites ci-dessous donnent des indications sur les aspects sociaux et psychologiques intervenant dans l'effort à déployer pour réaliser ces normes.

Interventions principales

1. Évaluer les facteurs psychosociaux liés à la sécurité alimentaire, à la nutrition et à l'aide alimentaire.

- Évaluer les données d'évaluation sur l'alimentation et la nutrition et sur la santé mentale et le soutien psychosocial (voir Aide-mémoire 2.1). Au besoin, entreprendre des examens supplémentaires des principaux facteurs sociaux et psychologiques liés à l'alimentation et au soutien nutritionnel (voir tableau).
- Communiquer les rapports d'évaluation sur l'alimentation et de la nutrition aux groupes de coordination compétents (voir Aide-mémoire 1.1 et 2.1) qui doivent préciser :
 - comment et dans quelle mesure l'insécurité alimentaire/la malnutrition affecte la santé mentale et le bien-être psychosocial et vice versa (voir aussi la norme de soutien nutritionnel générale 2 de Sphère concernant les groupes vulnérables et les normes d'examen et d'analyse 1 et 2 de Sphère concernant la sécurité alimentaire et la nutrition) ;
 - les facteurs psychologiques et socioculturels dont il faut tenir compte dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions en matière d'aide alimentaire et de nutrition.

2. Maximiser la participation à la planification, à la distribution et au suivi de l'aide alimentaire.

- Favoriser une participation large et positive des communautés cibles pendant l'évaluation, la planification, la distribution et le suivi (voir Aide-mémoire 5.1).
- Maximiser la participation des groupes vulnérables, marginalisés et moins visibles (voir Chapitre 1).
- Donner un degré de priorité élevé à la participation des femmes à toutes les phases de l'aide alimentaire. Dans la plupart des sociétés, ce sont les femmes qui administrent les denrées alimentaires au sein de la famille et jouent un rôle positif en faisant en sorte que l'aide alimentaire atteigne tous ceux à qui elle est destinée sans conséquences non désirées.
- Songer à utiliser l'aide alimentaire pour créer et/ou reconstituer les réseaux informels de protection sociale, par exemple en confiant la distribution des rations alimentaires à des bénévoles qui assurent des soins à domicile (voir aussi Aide-mémoire 3.2).

3. Maximiser la sécurité et la protection dans la mise en œuvre de l'aide alimentaire.

- Accorder une attention particulière au risque d'abus de l'aide alimentaire à des fins politiques ou à celui de voir les distributions marginaliser certaines personnes ou aggraver un conflit.

- Éviter les erreurs de planification, l'insuffisance des procédures d'enregistrement ou la non-communication d'informations, qui peuvent créer des tensions et, parfois, déboucher sur des violences ou des émeutes.
- Prendre toutes les dispositions possibles pour prévenir l'abus de l'aide alimentaire et toutes pratiques abusives, y compris la pratique consistant pour des travailleurs humanitaires ou des personnes se trouvant dans une position analogue à échanger des denrées alimentaires contre des relations sexuelles (voir Aide-mémoire 4.2 et Aide-mémoire 6.1 des *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*).

4. Mettre en œuvre l'aide alimentaire d'une manière adaptée à la culture locale et qui protège l'identité, l'intégrité et la dignité des principales parties prenantes.

- Respecter les pratiques religieuses et culturelles liés aux aliments et à leur préparation, sous réserve que ces pratiques soient conformes aux droits de l'homme et contribuent à restaurer l'identité, l'intégrité et la dignité de la personne humaine.
- Éviter la discrimination, en ayant conscience que les normes et traditions culturelles locales peuvent être discriminatoires à l'égard de certains groupes tels que les femmes. Il incombe aux planificateurs de l'aide alimentaire de repérer les discriminations et de faire en sorte que l'aide alimentaire parvienne à tous ceux à qui elle est destinée.
- Fournir des aliments appropriés et acceptables ainsi que tous condiments et ustensiles de cuisine pouvant avoir une importance culturelle particulière (voir aussi les normes concernant la planification de l'aide alimentaire 1 et 2 de Sphère).
- Communiquer des informations importantes par des moyens appropriés (voir Aide-mémoire 8.1). Si les aliments ne sont pas connus des bénéficiaires de l'aide, fournir les instructions nécessaires à leur préparation.

5. Collaborer avec les établissements de soins et autres structures de soutien pour les référencement.

- Utiliser les programmes relatifs à l'alimentation et à la nutrition comme point d'entrée éventuel pour recenser les personnes ou les groupes ayant besoin d'urgence d'un soutien social ou psychologique.
- Pour des indications spécifiques sur les moyens de favoriser l'éveil des jeunes enfants pendant les crises alimentaires, voir la référence OMS (2006) dans la section sur les Principales sources d'information.

- Veiller à ce que les agents chargés des programmes d'aide alimentaire et de nutrition sachent vers qui et comment référencer les personnes en situation de détresse sociale ou psychologique grave.
- Mieux sensibiliser la population touchée et les travailleurs de l'alimentation au fait que les carences en micronutriments peuvent porter atteinte au développement cognitif des enfants et nuire au développement du fœtus.
- Aider les agents de l'aide alimentaire et les agents de la nutrition à comprendre les implications médicales de la malnutrition grave.
- Recenser les risques sanitaires et référer les personnes exposées à un risque de malnutrition modérée ou aiguë vers des établissements spécialisés (centres d'alimentation complémentaire ou thérapeutique, respectivement) (voir aussi les normes concernant la correction de la malnutrition 1 à 3 de Sphère et l'Aide-mémoire 5.4).
- S'occuper spécialement des femmes enceintes ou allaitantes en ce qui concerne la prévention des carences en micronutriments.
- Étudier l'efficacité que pourrait avoir la mise en place de programmes d'alimentation scolaire pour remédier au risque de malnutrition chez les enfants (voir Aide-mémoire 7.1).

6. Encourager le débat communautaire sur une planification à long terme de la sécurité alimentaire.

Étant donné que l'aide alimentaire n'est qu'une façon de promouvoir la sécurité alimentaire et la nutrition, envisager d'autres scénarios, tels que :

- Les virements directs d'espèces, la rémunération du travail en espèces et les activités génératrices de revenus.
- Les programmes relatifs à la sécurité alimentaire et à la sécurité de l'emploi exécutés à l'initiative des communautés, qui réduisent l'état d'impuissance et la résignation et font participer la communauté aux activités de redressement socioéconomique.

Principales sources d'information

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participation and food security'. In: *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp.231-275. <http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm>
2. Engle, P (1999). 'The Role of Caring Practices and Resources for Care in Child Survival, Growth, and

Incorporer des aspects sociaux spécifiques dans la planification des sites d'installation et la fourniture d'abris (aide guidée par les principes de sécurité et de dignité et tenant compte des facteurs culturels et sociaux)

Fonction: Abris et planification des sites d'installation

Phase: Réponse minimale

Cadre général

La mise à disposition d'abris sûrs et adéquats dans les situations d'urgence sauve des vies, réduit la morbidité et permet à la population de vivre dans la dignité sans éprouver de détresse excessive. La participation de la population aux décisions en matière d'abri et d'aménagement des sites d'installation fait reculer le sentiment d'impuissance constaté dans bien des camps ou zones d'abri, est favorable à son bien-être (voir Aide-mémoire 5.1) et contribue à donner à tous les membres de la famille accès à un abri adapté à la culture locale. L'association des femmes à la planification et à la conception des abris d'urgence et temporaires est essentielle afin de prendre en compte des besoins sexospécifiques, d'isolement et de protection. Par ailleurs, la participation des personnes déplacées favorise l'autonomie, renforce l'esprit collectif et encourage la gestion locale des infrastructures.

En temps de crise, il convient d'étudier diverses options en matière d'hébergement et de camps. Les décisions initiales concernant l'emplacement et l'aménagement des sites d'installation, y compris des camps qui se créent spontanément, peuvent avoir des conséquences à long terme pour la protection et l'acheminement de l'aide humanitaire. Les camps ou les centres collectifs sont souvent la seule option, mais les personnes déplacées peuvent, dans certaines situations, être hébergées par des familles locales qui leur assurent un abri et un soutien social. C'est une option utile à condition de renforcer les services aux familles d'accueil.

L'organisation des sites d'installation et des abris peut avoir un impact important sur le bien-être, souvent mis à mal par le surpeuplement et pratiquement l'impossibilité de s'isoler qui caractérisent la plupart des camps et autres lieux de regroupement. Des problèmes de santé mentale et psychosociaux peuvent survenir lorsque des personnes sont séparées de leur propre groupe ou contraintes de vivre au milieu de gens qu'elles ne connaissent pas, qui parlent d'autres langues ou qui suscitent en eux de la peur et de la méfiance. Également vulnérables, sont les personnes âgées, les femmes célibataires, les personnes handicapées et les familles dont le chef est un enfant, qui ne sont pas en mesure de construire, louer ou acquérir leur propre logement. Les conflits entre personnes déplacées ou entre celles-ci et les communautés d'accueil pour des ressources limitées telles que l'espace peuvent souvent être un grave problème et la

Development: South and Southeast Asia'. In: *Asian Development Review*, vol. 17 nos. 1, 2, pp.132-167.

<http://www.adb.org/Documents/Periodicals/ADR/pdf/ADR-Vol17-Engle.pdf>

3. IASC (2005). *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Aide-mémoire 6.1 'Exécution de programmes de sécurité alimentaire et de nutrition sûrs/saines', pp.55-57. Genève : IASC.

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20French.pdf>

4. Le Projet Sphère (2004). *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*. 'Normes minimales dans les secteurs de la sécurité alimentaire, de la nutrition et de l'aide alimentaire', pp.121-238. Genève : Le Projet Sphère.

http://www.sphereproject.org/french/handbook/hdbkpdf/french2004_full.pdf

5. OMS (2006). *Santé mentale et bien-être psychosocial des enfants en situation de pénurie alimentaire sévère*. Genève : OMS.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/mental_health_food_shortage_french.pdf

Indicateurs de méthode types

- Les examens relatifs à l'aide alimentaire et à la nutrition et les activités de planification de programmes comportent des dimensions sociales et psychologiques.
- Il existe des mécanismes efficaces permettant de signaler et de régler les problèmes de sécurité associés à l'aide alimentaire et à la nutrition.
- Les coordonnateurs de l'aide alimentaire établissent des liens avec les mécanismes de coordination psychosociale et jouent un rôle actif en communiquant les informations pertinentes aux agents de terrain.

Exemple : Afghanistan, 2002

- Une ONG internationale a fourni une aide alimentaire à 10 000 veuves affectées par la guerre, dont certaines étaient affligées de graves problèmes psychologiques, tels que la dépression, et n'étaient pas en mesure de jouer leur rôle d'unique soutien de famille.
- L'ONG s'est associée à une autre organisation spécialisée dans le soutien psychologique, a organisé un soutien pour les femmes gravement atteintes et a maintenu ces femmes dans le programme d'aide alimentaire.
- Des représentants de la population affectée ont participé à la planification et au suivi des distributions de denrées alimentaires, aidant à opérer des aménagements au nom de la dignité et de l'identité de la population locale.

planification doit réduire ces risques autant que faire se peut. On trouve dans le Manuel Sphère des indications importantes et des normes générales concernant les abris et les sites d'installation pendant les situations d'urgence.

Interventions principales

1. Adopter une approche participative en associant les femmes et les personnes vulnérables à l'évaluation, à la planification et à la mise en œuvre.

- Procéder à des évaluations participatives (voir [Aide-mémoire 2.1](#)) avec un large éventail de personnes touchées, y compris celles qui sont spécialement à risque (voir [Chapitre 1](#)).
- Focaliser les évaluations initiales sur les questions centrales : quels sont les impératifs culturels en matière d'abri ? où la cuisine est-elle faite et, si elle est faite à l'intérieur, comment la pièce est-elle ventilée ? quelle est le degré d'importance des questions relatives à la possibilité de s'isoler et à la proximité des voisins ? les personnes dont la mobilité est limitée ont-elles facilement accès aux latrines ? quelle quantité de lumière est nécessaire si les activités génératrices de revenus doivent être exercées à l'intérieur ? etc.
- Trouver la meilleure solution aux problèmes d'abri pour tous les membres de la communauté, afin de réduire la détresse et l'inquiétude potentielles des habitants.
- Organiser un appui pour les personnes qui ne peuvent pas construire leur propre abri.

2. Choisir des sites d'installation qui garantissent la sécurité et réduisent autant que faire se peut les conflits avec les résidents permanents.

- Consulter les autorités locales et les communautés voisines pour s'assurer que le terrain n'est pas déjà utilisé par la communauté locale pour faire paître des animaux ou pour l'agriculture, et pour s'informer sur les questions liées au régime foncier.
- Faire en sorte que le processus d'identification et de sélection des sites prévoie une étude d'impact sur l'environnement qui prenne en compte les ressources naturelles de base de la région et fournisse des informations utiles à une bonne gestion de l'environnement. À défaut, celui-ci peut se dégrader et la détresse des nouveaux arrivants peut se renforcer avec une pénurie de ressources naturelles (denrées alimentaires, eau potable et cuisson des aliments). Une telle étude permet

également de s'assurer que l'accès des habitants à ces ressources n'est pas menacé.

- Consulter les femmes, en particulier, en ce qui concerne la possibilité de s'isoler et la sécurité, y compris la sécurité et la facilité d'accès aux ressources locales (par ex. le bois de chauffe) pour la cuisson des aliments et le chauffage, et l'emplacement des latrines (pour des recommandations en la matière, voir les *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*). S'il faut prévoir des installations centralisées pour la cuisine, elles doivent être situées à proximité des abris.
- Choisir et concevoir des sites d'installation qui permettent d'avoir facilement accès en toute sécurité aux services communautaires (par ex. établissements de soins, points de distribution de denrées alimentaires, points d'eau, marchés, écoles, lieux de culte, centres communautaires, sources de combustible, espaces de loisirs et décharges).

3. Incorporer des espaces sûrs communautaires dans la conception et la réalisation des sites d'installation.

Créer des espaces sûrs communautaires qui apportent un réconfort psychologique et facilitent l'organisation d'activités sociales, culturelles, religieuses et éducatives (voir [Aide-mémoire 5.1 et 3.2](#)) et la diffusion de l'information ([Aide-mémoire 8.1](#)). Ces espaces sûrs doivent inclure des espaces pour les enfants où ceux-ci puissent se rencontrer et jouer (voir [Aide-mémoire 5.4, 7.1](#)).

4. Mettre au point et exploiter un système de documentation et d'enregistrement.

Tous les acteurs concernés doivent établir en concertation un système d'enregistrement commun et de documentation individuelle qui aide les responsables de l'aménagement des sites d'installation à concevoir les plans de ces sites et des abris tout en préservant le caractère confidentiel des données. Le système de documentation doit ventiler les données par âge et par sexe.

5. Attribuer les abris et les terrains d'une manière non discriminatoire.

- Analyser la diversité (groupes d'âges, sexe, groupes ethniques, etc.) de la population affectée afin de répondre aux besoins de chaque groupe, selon le cas.
- Faire en sorte que l'attribution des abris et des terrains à toutes les familles et à tous les ménages se fasse d'une manière non discriminatoire, sans traitement

préférentiel fondé sur l'appartenance ethnique, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation.

6. Maximiser la possibilité de s'isoler, la facilité de déplacement et le soutien social.

- Souligner l'importance, pour les abris pouvant accueillir une famille, de maximiser la possibilité de s'isoler, la visibilité et la facilité de déplacement des personnes. Si des abris d'urgence de grande superficie sont utilisés, prévoir des cloisons pour accroître la possibilité de s'isoler et réduire le bruit.
- Faire en sorte qu'il soit possible de traverser facilement les abris collectifs et de contourner les maisons familiales sans porter atteinte à la vie privée d'autrui ou déranger qui que ce soit.
- Lorsque cela est possible, éviter de séparer les personnes qui souhaitent vivre avec les membres de leur famille, de leur village ou de leur groupe religieux ou ethnique.
- Permettre aux familles réunifiées de vivre ensemble.
- Favoriser la mise à disposition d'abris pour les personnes isolées et les personnes vulnérables qui vivent seules à cause d'un désordre mental ou d'un handicap physique.

7. Concilier souplesse et protection dans l'aménagement des abris et des sites d'installation.

- Avoir conscience que les camps sont nécessaires dans certaines situations, mais que les personnes déplacées préfèrent souvent vivre dans des familles d'accueil dans leurs habitations de fortune ou qu'il arrive qu'elles choisissent de vivre dans un hôtel ou un autre bâtiment communautaire disponible.
- Laisser les gens, dans toute la mesure possible, choisir eux-mêmes leur type d'abris, leurs voisins et leurs zones d'habitation. Cela fait partie du processus consistant à vivre en conformité avec ses objectifs, sa culture et ses valeurs et à reprendre en main son destin et à retrouver des moyens de subsistance, toutes choses qui sont favorables au bien-être psychosocial.
- Mettre en garde les intéressés contre le fait de vivre dans l'insécurité s'il existe des solutions beaucoup plus sûres.

8. Éviter de créer une mentalité de dépendance parmi les personnes déplacées et promouvoir des solutions durables.

- N'établir de camps de grande superficie ou de camps semi-permanents que lorsque cela est absolument nécessaire et assurer, si possible, un bon équilibre entre la sécurité et l'éloignement par rapport à la zone d'habitation d'origine.
- Utiliser des matériaux de construction courants et disponibles sur place, qui permettent aux familles d'effectuer elles-mêmes les réparations nécessaires, ce qui peut contribuer à éviter une détresse et une dépendance à l'égard de concours extérieurs.
- Encourager le retour et la réinstallation rapides des personnes déplacées en tant que solution durable et fournir un appui aux familles qui souhaitent retourner dans leur zone d'habitation d'origine et sont en mesure de le faire.
- Veiller à ce que les services soient assurés non seulement dans les camps, mais aussi dans les zones de retour.
- Il convient de s'assurer que les structures de soutien social demeurent intactes.

Principales sources d'information

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participatory Habitat and Shelter Programmes'. In *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp. 295-314.
<http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gshandbook/gshandbook.pdf>
2. IASC (2005). *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Aide-mémoire 7.1, 7.2, 7.3 Abris, Planification des sites et Articles non alimentaires, pp. 59-65. Genève : IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20French.pdf>
3. Le Projet Sphère (2004). *Minimum Standards in Shelter, Settlement and Non-Food Items Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes. Normes minimales dans les secteurs des abris, des établissements humains et des articles non alimentaires*, pp.241-294. Genève : Le Projet Sphère. http://www.sphereproject.org/french/handbook/hdbkpdf/french2004_full.pdf
4. UN Habitat (2003). *Toolkit for Mainstreaming Gender in UN-Habitat Field Programmes*.
http://hq.unhabitat.org/programmes/rdmu/documents/iraq_gender.pdf
5. UNHCR Handbook for Emergencies (200). Chapter 1.
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/openssl.pdf?tbl=PUBL&id=3bb2fa26b>
6. UNHCR Environmental Guidelines (2005). www.unhcr.org/environment
7. UNHCR Tool for Participatory Assessment in Operations (2006).
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/openssl.html?tbl=PUBL&id=450e963f2>

8. Women's Commission on Refugee Women and Children (2006). 'Beyond firewood: Fuel alternatives and protection strategies for displaced women and girls'.

<http://www.womenscommission.org/pdf/fuel.pdf>

Indicateurs de méthode types

- La population locale, et en particulier les femmes, participent à la conception et à l'attribution des abris et des matériaux de construction.
- Les personnes qui ne peuvent pas construire leur abris reçoivent un appui à la construction.
- L'agencement des abris maximise la possibilité de s'isoler et réduit au minimum le surpeuplement.

Exemple : Libéria, 2004 et Timor oriental, 2006

- Au Timor oriental, au Libéria et dans plusieurs autres opérations, la possibilité pour les personnes déplacées de s'isoler a été accrue en regroupant en fer à cheval autour d'une aire commune des abris pouvant accueillir entre 10 et 20 familles.
- Pour accroître la possibilité de s'isoler, les abris ont été construits en épi, c'est-à-dire en oblique les uns par rapport aux autres de façon à ce que la porte d'entrée d'un abri ne donne directement sur aucune autre. Chaque abri donnait sur l'aire commune, que la communauté nettoyait et qui comprenait les espaces pour la cuisine et les espaces de loisirs et dont les arbres procuraient de l'ombre et protégeaient l'environnement. Aucun abri ne bloquait directement la vue d'un autre.
- Chaque abri avait son jardin à l'arrière, qui servait d'aire de rangement et de blanchissage, de jardin potager, de cuisine, etc. Les points d'eau et les latrines étaient situés à proximité et étaient visibles depuis l'aire commune pour prévenir la violence sexiste.

Cadre général

Dans les situations d'urgence, fournir un accès à l'eau potable et aux installations d'hygiène et d'assainissement sûres et adaptées à la culture locale est un objectif prioritaire non seulement pour la survie, mais aussi pour sa dignité à la population affectée. La manière dont l'aide humanitaire est fournie a un impact important sur cette dernière. L'association de la population locale dans le cadre d'une approche participative contribue à renforcer la cohésion de la communauté et aide les personnes affectées à reprendre en main leur destin.

Selon la manière dont ils sont fournis, les dispositifs d'approvisionnement en eau et d'assainissement peuvent soit améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial, soit leur nuire. Dans certaines situations d'urgence, des latrines mal éclairées et non verrouillables sont devenues des sites de violence sexiste, y compris de viol, tandis que dans d'autres, les disputes survenant aux points d'eau ont imposé de nouvelles épreuves à la population. Une partie du stress enduré à propos de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement est enraciné dans la culture. En Afghanistan, par exemple, les filles et les femmes ont signalé que l'absence de latrines distinctes pour les femmes est un grave problème, car elles peuvent être punies pour avoir montré une partie quelconque de leur corps et l'opprobre retombe également sur leur famille.

Le Manuel Sphère énonce des normes générales concernant l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les situations d'urgence. Les interventions principales décrites ci-après donnent des indications sur les aspects sociaux pertinents pour réaliser ces normes.

Interventions principales

1. Incorporer les questions sociales et culturelles dans les examens relatifs à la promotion de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène.

Dans de nombreux pays, les latrines et le traitement des excréments sont régis par des normes et tabous culturels stricts. La méconnaissance des normes culturelles peut aboutir à la construction de latrines ou de points d'eau qui ne sont jamais utilisés. Dans certains cas, les points d'eau ou les latrines ne sont pas utilisés parce qu'ils ont

pu servir à se débarrasser de cadavres. La prise en compte des normes sociales et culturelles aide à rendre moins pénible l'adaptation à un cadre non familial et à des façons différentes d'accomplir les tâches quotidiennes. Aussi les équipes chargées des évaluations doivent-elles non seulement posséder les compétences de base en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement, mais aussi bien connaître les aspects psychosociaux de l'intervention d'urgence.

2. Favoriser la participation à l'évaluation, à la planification et à la mise en œuvre, notamment en y associant les femmes et les autres personnes vulnérables.

- Associer les membres de la population touchée, en particulier les femmes, les personnes handicapées et les personnes âgées, aux décisions concernant le choix de l'emplacement et la conception des latrines et, si possible, des points d'eau et des cabines de bain. Cela n'est pas toujours possible en raison de la rapidité avec laquelle les installations doivent être fournies, mais la consultation de la collectivité doit être la règle plutôt que l'exception.
- Créer un organe chargé de superviser les activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement. À cette fin, on peut, par exemple, favoriser la création de comités pour la gestion de l'eau respectueux de l'équilibre entre les sexes, composés de personnes choisies par la communauté et représentant les différents groupes de la population affectée.
- Encourager les comités pour la gestion de l'eau (a) à œuvrer de façon proactive pour le rétablissement de l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans des conditions dignes de ce nom, (b) à réduire la dépendance à l'égard des organisations humanitaires et (c) à faire en sorte que les bénéficiaires aient le sentiment que ces installations sont les leurs et, partant, les utilisent et les entretiennent comme il convient. Songer à mettre en place des mesures d'incitation pour les comités pour la gestion de l'eau et des redevances d'utilisation, en gardant à l'esprit que ces mesures et ces redevances peuvent avoir des avantages et des inconvénients et doivent faire l'objet d'une évaluation rigoureuse dans le contexte local.

3. Promouvoir la sécurité et la protection dans toutes les activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

- Veiller à ce que les points d'eau soient situés à proximité de tous les logements et soient accessibles pour toutes les familles, y compris celles des personnes vulnérables, telles que celles à mobilité réduite.

- Limiter suffisamment les temps d'attente pour ne pas perturber les activités essentielles, par exemple pour ne pas faire manquer l'école aux enfants.
- S'assurer que toutes les latrines et cabines de bain sont utilisables en toute sécurité et, si possible, bien éclairées. L'affectation de gardes des deux sexes et la fourniture de torches ou de lampes sont des moyens simples d'améliorer la sécurité.
- Faire en sorte que les latrines et les cabines de bain soient isolées et culturellement acceptables et que les puits soient couverts et ne représentent aucun danger pour les enfants.

4. Prévenir et gérer les conflits d'une manière constructive.

- En cas d'afflux de personnes déplacées, prendre des dispositions pour éviter la diminution des approvisionnements en eau à la disposition des communautés d'accueil et empêcher que cet afflux ne pèse trop lourdement sur les ressources.
- Prévenir les conflits aux points d'eau en demandant aux comités pour la gestion de l'eau ou à d'autres groupes communautaires de mettre en place un système de prévention et de gestion des conflits, par exemple en demandant aux familles d'utiliser ces points d'eau par roulement.
- Songer à essayer de réduire les conflits entre groupes de personnes déplacées voisins ou entre les personnes déplacées et les habitants en invitant les groupes opposés à construire un puits à utiliser en commun.

5. Promouvoir l'hygiène personnelle et communautaire.

- Mettre à la disposition des femmes des serviettes hygiéniques en tissu ou d'autres articles dont l'absence est particulièrement éprouvante, et un espace leur permettant de les laver et de les faire sécher. Consulter les femmes sur la nécessité d'espaces spéciaux pour laver les serviettes hygiéniques et fournir une assistance technique en vue de la conception de ces espaces. Lorsque les ressources en eau existantes ne sont pas suffisantes pour la lessive, il convient de leur fournir d'autres articles sanitaires (voir Aide-mémoire 7.4 des *Directives du CPI relatives aux interventions face à la violence sexiste dans les situations d'urgence humanitaires*).
- Encourager les campagnes de nettoyage communautaires et la communication en matière d'hygiène de base.
- Distribuer du savon et d'autres articles d'hygiène, en suivant les conseils reçus des femmes, des hommes et des enfants, y compris des personnes handicapées et des personnes âgées.

- Organiser avec les enfants des activités en rapport avec l'eau et l'assainissement qui soient interactives et amusantes, telles que le lavage des mains collectif avant les repas. Ces activités peuvent se dérouler dans les écoles ou les espaces adaptés aux enfants s'ils fonctionnent.

6. Faciliter le suivi communautaire des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement et la possibilité de faire remonter les informations à leur sujet.

- Favoriser la mise en place d'un suivi communautaire permettant de repérer d'éventuels problèmes de sécurité et de mettre au jour les préoccupations de la communauté et de les apaiser. S'assurer de l'existence d'un mécanisme permettant aux parties prenantes de signaler les problèmes ou leurs préoccupations au comité pour la gestion de l'eau ou aux organismes chargés des activités liées à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement. Ce même mécanisme de remontée de l'information peut être utilisé pour tenir la population touchée informée des installations et services auxquels elle peut s'attendre.
- Surveiller l'état de propreté et de fonctionnement des sites et installations, car le fait de pouvoir disposer d'installations propres aide à rendre leur dignité aux parties prenantes.
- Demander à la population touchée, y compris aux enfants et aux personnes vulnérables (voir Chapitre 1), d'indiquer ce qu'elle pense de l'accessibilité et de la qualité des dispositifs d'approvisionnement en eau et d'assainissement et de faire part de ses préoccupations et suggestions.

Principales sources d'information

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (2003). 'Participation and water/sanitation programmes. In: *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*. (pp.275-294). <http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gshandbook/gshandbook.pdf>
2. IASC (2005). *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Aide-mémoire 7.4 : Fournir aux femmes et aux filles des articles d'hygiène intime. p. 67. Genève : IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/GBV%20Guidelines%20French.pdf>
3. Jones H, Reed L (2005). *Access to Water and Sanitation for Disabled People and Other Vulnerable Groups*. <http://wedc.lboro.ac.uk/publications/details.php?book=1%2084380%20079%209>
4. Le Projet Sphère (2004). *Minimum Standards in Water, Sanitation and Hygiene Promotion*. Charte

humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes. Normes minimales dans les secteurs de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la promotion de l'hygiène, pp.61-120. Genève : Le Projet Sphère.

http://www.sphereproject.org/french/handbook/hdbkpdf/french2004_full.pdf

5. UNHCR. (2000). *Manuel des situations d'urgence du HCR*

<http://www.unhcr.org/publ/PUBL/3bb2fa26b.pdf>

6. Univ. of Wisconsin, Emergency Settlement Project (1996). *Topic 14 - Environmental Health: Water, Sanitation, Hygiene, and Vector Management* <http://dmc.engr.wisc.edu/es96/Environhealth.html>

Indicateurs de méthode types

- Lors d'un débat mensuel en groupe de discussion, plus des deux tiers des femmes se disent satisfaites de la sécurité des installations sanitaires fournies et de la possibilité de s'isoler offerte par ces installations.
- Les comités pour la gestion de l'eau composés d'hommes et de femmes sont en place et se réunissent régulièrement.
- Aucun conflit n'est signalé entre les communautés d'accueil et les communautés de personnes déplacées.

Exemple: Pakistan, 2005

- Durant l'intervention consécutive au tremblement de terre qui a frappé la North-West Frontier Province en 2005, une ONG internationale a construit des espaces couverts réservés aux femmes où elles pouvaient utiliser les latrines, prendre un bain, laver les enfants, les vêtements et les serviettes hygiéniques sans être vues de l'extérieur.
- Ces espaces ont permis aux femmes de se rencontrer et de bavarder dans un cadre sûr qui prenait en considération les normes culturelles.
- Les femmes ont indiqué que cela réduisait beaucoup le stress et l'angoisse de devoir vivre dans un camp pour personnes déplacées.

Les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence sont le fruit des connaissances accumulées par de nombreuses organisations et des praticiens du monde entier. Elles fournissent des indications de qualité aux organisations et aux individus pour la mise en œuvre d'interventions appropriées durant les urgences humanitaires.

Des Aide-mémoire spécifiques offrent des conseils utiles sur la santé mentale et le soutien psychosocial et couvrent les domaines suivants :

- Coordination
- Évaluation des besoins, suivi et évaluation
- Normes en matière de protection et de droits de l'homme
- Ressources humaines
- Mobilisation et appui aux communautés
- Services de santé
- Éducation
- Diffusion de l'information
- Sécurité alimentaire et nutrition
- Abri et planification des sites d'installation
- Eau et assainissement

Les Directives incluent une matrice avec des conseils pour la planification en situation d'urgence, les actions à mettre en œuvre dans les premiers temps d'une urgence et les réponses globales nécessaires dans les phases de relèvement et de réhabilitation. La matrice est un outil utile pour mener à bien les efforts de coordination, de collaboration et de plaidoyer. Elle fournit un cadre permettant de prendre en compte toute l'étendue de la mise en œuvre des premières réponses essentielles lors d'une urgence.

Les Directives incluent un CD-ROM qui contient non seulement l'ensemble des directives, mais également des ressources documentaires sous forme électronique.

Publiées par le Comité permanent interorganisations (CPI), les Directives offrent aux acteurs humanitaires un ensemble de conseils interorganisations et intersectoriels et des outils pour répondre de façon effective au plus fort d'une urgence.