

Considérations clés : santé mentale et soutien psychosocial dans la province du Nord-Kivu, en RDC

Cette note stratégique résume les considérations clés relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial dans le contexte de la flambée épidémique de la maladie à virus Ébola (MVE) survenue dans la province du Nord-Kivu, en RDC, en août 2018. La dernière mise à jour de cette note stratégique date du 3 octobre 2018.

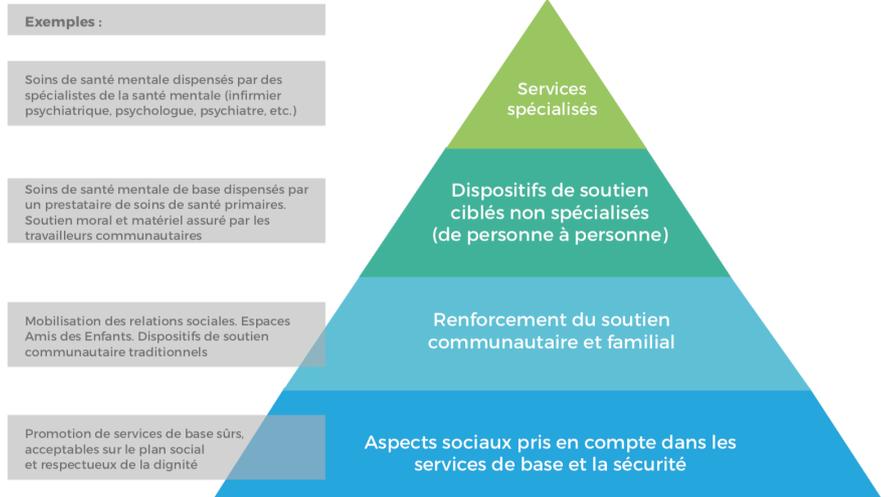
Cette note stratégique s'appuie sur une étude rapide de la littérature grise existante, de documents d'orientation émanant du Comité permanent interorganisations, de recherches ethnographiques professionnelles réalisées en RDC et de l'expérience de précédentes flambées épidémiques d'Ébola en RDC. Elle a été développée grâce à un engagement participatif de praticiens au niveau national, des autorités sanitaires et des dirigeants locaux. Le développement et l'examen de cette note stratégique ont été réalisés par Anthrologica et la Plateforme Social Science in Humanitarian Action, en collaboration avec le Département Santé mentale et toxicomanies de l'OMS et le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Des contributions supplémentaires ont été apportées par le Groupe de travail sur la santé mentale et le soutien psychosocial basé à Goma, par des collègues du Bethesda Counselling Centre, de l'Université Chrétienne Bilingue du Congo, de l'Université de Notre Dame, du programme santé mondiale de l'USAID-IMA, de Mercy Corps et d'Environment Management and Systems. Cette note stratégique a été examinée par des membres du Groupe de Référence du CPI.

Pour obtenir des informations supplémentaires relatives aux questions abordées dans cette note stratégique ainsi que les coordonnées des associations et réseaux actifs dans le Grand Nord, veuillez contacter Juliet Bedford (julietbedford@anthrologica.com), Theresa Jones (theresajones@anthrologica.com), le Groupe de Référence du CPI pour la Santé mentale et le soutien psychosocial (mhpss.refgroup@gmail.com), et/ou Emmanuel Streeel (manu.streeel@hotmail.com). La responsabilité de cette note stratégique revient à la Plateforme Social Science in Humanitarian Action.

Santé mentale et soutien psychosocial (SMSP)

• Définitions générales :

L'expression composite « santé mentale et soutien psychosocial » (SMSP) est utilisée dans les Directives du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la SMSP dans les situations d'urgence pour décrire « *tout type de soutien endogène et exogène visant à protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental* ». Le système humanitaire international utilise l'expression SMSP afin de rassembler un large éventail d'intervenants, y compris ceux qui adoptent des approches biologiques et des approches socioculturelles, et pour « souligner la nécessité de mettre en place les dispositifs de soutien appropriés en se fondant sur une grande diversité d'approches complémentaires ».¹



- **Directives du CPI** : Les Directives du CPI relatives à la SMSP dans les situations d'urgence recommandent que plusieurs niveaux d'intervention soient intégrés parmi les activités de la riposte à la flambée épidémique. Ces niveaux s'alignent sur un éventail de besoins en termes de santé mentale et psychosociaux, et sont représentés dans une pyramide d'interventions (voir Figure 1) allant de l'intégration de considérations sociales et culturelles au sein des services de base, à la prestation de services spécialisés pour les individus présentant des pathologies plus complexes. Parmi les principes fondamentaux : éviter de nuire, promouvoir les droits de l'homme et l'égalité, utiliser des approches participatives, s'appuyer sur les ressources et capacités existantes, adopter des interventions à plusieurs niveaux et travailler avec des systèmes de soutien intégrés. Des listes de contrôle inhérentes au soutien intégré utilisant les directives ont été rédigées par le groupe de Référence du CPI.²

Nord-Kivu

- **Contexte opérationnel et psychologique** : Il existe de nombreux antécédents de conflit, d'insécurité et de déplacements dans la province du Nord-Kivu, en particulier dans le *Grand Nord* (les territoires de Beni et Lubero), et cela demeure une réalité permanente (voir la note stratégique de la SHHAP sur le contexte de la province du Nord-Kivu).³ Dans ce contexte violent, les conséquences sur la santé mentale et psychosociale incluent des niveaux élevés de détresse et autres troubles associés. Toutefois, la plupart des recherches sur la santé mentale menées jusqu'à présent étaient en grande partie concentrées sur les violences sexuelles et basées sur le genre perpétrées sur les femmes et sur les enfants anciennement associés à des groupes armés.^{4,5,6,7} Depuis que le gouvernement a déclaré la flambée épidémique d'Ébola actuelle (1^{er} août 2018), une série d'agressions et d'assassinats ont été perpétrés dans la ville de Beni et dans les environs.

- Structures de soutien existantes** : Les besoins évidents de la population n'ont pas été égalés par les structures de SMSP, qui restent limitées en RDC. L'édition 2014 de l'Atlas de la santé mentale en RDC a indiqué qu'il existait deux structures ambulatoires de services de santé mentale au niveau national, un centre de traitement de jour, six hôpitaux psychiatriques et deux unités psychiatriques ; il y a un aide-soignant en psychiatrie pour 111 111 personnes.⁸ Dans la province du Nord-Kivu, un psychologue clinicien du gouvernement a été affecté à chacun des hôpitaux généraux de Beni, Matanda et Katya (Butembo). La ville de Beni dispose de trois établissements privés qui traitent les troubles mentaux et prescrivent des médicaments psychiatriques : le CEPIMA (*Centre de Protection des Indigents et Malades Mentaux*) ; le CUPPM (*Centre Universitaire et Pastorale de Mulo*) ; et le CERESAM (*Centre de Relance et Santé Mentale*). La ville de Butembo compte également trois centres privés : le CEPIMA, le CUPPM et le *Centre Psychiatrique Muyisa*. Plusieurs ONG fournissant un soutien psychosocial sont également actives dans la province du Nord-Kivu. Les activités réalisées par TPO (Organisation Psychosociale et Transculturelle) dans la province du Nord-Kivu ont été axées sur la protection de l'enfance en mettant l'accent sur le renforcement des structures communautaires afin de fournir un soutien psychosocial. Ceci a impliqué de former les directeurs d'écoles et les membres du personnel de l'Armée du Salut en RDC aux bases du soutien psychosocial. L'un des principaux consortiums, Ushindi, opère au sein de 10 zones de santé dans le *Grand Nord* et offre des services de conseil et de la thérapie des processus cognitifs aux survivants de violences sexuelles et basées sur le genre et à leurs familles par l'intermédiaire de partenaires locaux tels que Heal Africa et le PPSSP (*Programme de Promotion des Soins de Santé Primaires*). Le principal prestataire de soins de SMSP non-clinique à Beni est le Bethesda Counselling Centre, qui fait partie de l'association Congo Initiative – Université Chrétienne Bilingue du Congo. À Lubero, HealthNet TPO a précédemment dirigé des initiatives de renforcement des capacités (y compris à Butembo) axées sur le renforcement de la santé mentale dans les soins médicaux. L'association FEPSI (*Femmes Engagées pour le Promotion de la Santé Intégrale*) fournit aux femmes de Butembo des services de santé, un soutien psychosocial et des services de prévention et de sensibilisation au VIH/virus du SIDA. Un petit nombre d'autres intervenants, dont le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), la Banque mondiale et l'organisation IMA World Health ont également réalisé des interventions dans le *Grand Nord*, mais elles ont été limitées et ont été principalement axées sur les violences sexuelles et basées sur le genre et les programmes de prévention et de sensibilisation au VIH/SIDA. Dans les régions plus isolées de Mabalako, Oichia, et de la province d'Ituri, les structures de santé mentale et de soutien psychosocial demeurent insuffisantes.
- Faire face** : Après avoir été confrontées à plusieurs décennies d'insécurité et de conflit prolongé avec un soutien limité de la part de systèmes officiels de santé mentale et de soutien psychosocial insuffisants, les communautés congolaises ont développé différentes manières de faire face à la détresse, y compris la « *débrouillardise* » ou « *l'auto-prise en charge* ». Il convient de noter que malgré le fait que les conséquences psychosociales générées par la violence soient bien réelles ; la violence, dans une certaine mesure, s'est normalisée et est devenue une action alternative commune lorsque les frustrations deviennent trop importantes. Afin d'accroître le bien-être, les populations adoptent des stratégies de survie économiques et se tournent vers les chefs religieux et les institutions religieuses, les guérisseurs traditionnels et les membres de la famille.^{9,10} Les moyens collectifs de promotion du bien-être incluent la musique et la danse, tandis que les manifestations somatiques du chagrin exprimées au niveau du corps sont communes et comprennent des douleurs gastriques et de l'hypertension.¹¹ Aussi significatifs que ces mécanismes puissent être, ils ne répondent pas entièrement à la nécessité de services de santé mentale ou d'autres interventions essentielles pour les individus identifiés comme présentant des symptômes modérés à graves de troubles mentaux.
- Perceptions de la santé mentale** : Il est à noter que les termes «traumatisme» et «psychosocial» sont utilisés au niveau local, aussi bien en anglais qu'en français, mais principalement dans le cadre des programmes des ONG. Dans la langue locale, le Kinande (utilisée à Butembo), l'expression *kironda echomomuthima* est utilisée pour décrire un traumatisme psychologique (dérivée de *kironda* qui signifie « blessure » et de *muthima* qui signifie « cœur »). L'expression est utilisée de manière variable parmi les praticiens et l'on ignore si les populations l'utilisent en référence à des symptômes spécifiques ou à un syndrome. Il faut également noter que la bonne pratique en matière de SMSP au niveau mondial met en garde contre l'utilisation excessive du terme «traumatisme».¹ et de l'attention particulière qui lui est portée. Les conceptualisations de la santé mentale et de la détresse psychosociale sont complexes et dynamiques et, en RDC, l'âme, le corps et l'esprit ne sont généralement pas considérés comme indépendants ou distincts. La santé mentale est comprise en termes de bien-être collectif (l'harmonie de la cellule familiale ou d'une autre unité sociale) plutôt qu'en termes d'âme ou d'émotions du soi. Des recherches menées précédemment dans la région affectée (Butembo) ont indiqué que les manifestations locales de détresse s'apparentaient aux catégories de diagnostic occidentales, y compris des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur ainsi que des troubles complexes liés au deuil et/ou à l'anxiété mais il pourrait être incorrect de les qualifier comme tel.¹² En classant les troubles mentaux, les membres de la communauté ont établi une différence entre a) les comportements qui représentent une réaction d'adaptation à une situation de détresse et sont susceptibles de s'améliorer grâce au soutien social, matériel et émotionnel de proches, de chefs religieux et de membres de la communauté ; et b) des troubles plus complexes qui sont susceptibles de s'améliorer grâce à un traitement occidental avec prise de médicaments, à moins que la sorcellerie ou que les esprits n'en soient la cause (auquel cas rendre visite à un *mukumu*, un guérisseur traditionnel qui travaille avec les esprits, est considéré comme approprié).¹⁰ Les aspects inhérents à la santé mentale, au bien-être psychosocial et aux soins présentant des spécificités culturelles doivent être soigneusement examinés. Élargir les perspectives des interventions afin d'aborder les réseaux sociaux (relations au sein du foyer, de la famille et de la communauté) plutôt que de répondre aux besoins individuels est essentiel dans le Nord-Kivu.¹³

La riposte SMSP à la flambée épidémique d'Ébola dans le Nord-Kivu

- Ébola dans le Grand Nord** : En raison de sa présentation et de sa transmission, la maladie à virus Ébola entretient la peur, la colère et la détresse et est susceptible d'avoir un profond impact sur la composition sociale plus large. Dans un contexte tel que celui du Nord-Kivu, le virus Ébola peut contribuer à amplifier les tensions préexistantes, tandis que l'intervention est hautement influencée par le contexte. Par conséquent, il faut s'attendre à des niveaux élevés de détresse et de troubles, et une intervention psychosociale efficace est essentielle.
- Commission psychosociale** : En réponse à la flambée épidémique actuelle d'Ébola, le gouvernement a établi la Commission psychosociale en tant qu'organe de coordination pour le soutien psychosocial. Co-présidée par le Ministère de la santé et TPO, la Commission psychosociale à Beni comprend des représentants de l'UNICEF, du Bethesda Counselling Centre, de l'Unité Familiale Sainte Kizito Anuarite, du Comité international de la Croix-Rouge, de Norwegian Refugee Council (NRC), de Danish

Refugee Council (DRC), de l'ONG Handicap International et d'autres organisations. Au moment de la rédaction de la présente note stratégique, il a été signalé que huit psychologues qualifiés travaillaient avec la Commission psychosociale à Beni, dont trois psychologues recrutés localement et cinq transférés depuis Kinshasa par le gouvernement. TPO a confirmé que des évaluations avaient été réalisées par des membres de la Commission psychosociale à Beni, et a signalé que le Ministère de la santé avait fait appel à un professeur de l'Université de Kinshasa pour diriger une formation supplémentaire destinée aux agents parasociaux et aux membres de la Commission psychosociale à Beni, bien que le contenu et la portée de cette formation n'ont pas été confirmés. Une Commission psychosociale et communications a également été établie à Butembo.

- **Soutien aux centres de traitement d'Ébola** : Les centres de traitement d'Ébola (CTE) à Beni et Mangina sont dirigés par des psychologues. Des psychologues et thérapeutes non professionnels fournissent des services de soutien psychosocial aux patients admis dans les CTE, y compris des services d'*écoute de malade*, qui impliquent d'être attentif aux craintes et aux préoccupations du patient concernant leurs soins médicaux, et la « psychoéducation », qui permet de fournir des informations au patient tout en essayant de développer la confiance dans le traitement médical. Les collègues qui font partie de la Commission psychosociale à Beni ont signalé que les psychologues agissaient en tant que canal de communication principal entre les patients, leurs familles et le personnel médical, et cela fait partie des attributions des psychologues d'appeler les familles pour les informer du décès d'un être cher et de les accompagner dans le processus de deuil. Les intervenants à la Communication des risques et à l'engagement communautaire (CREC) indiquent que les considérations psychosociales ont été intégrées aux protocoles de communication pour la prise en charge des patients, la vaccination et l'implication avec les familles et les communautés de ceux qui sont décédés du virus Ébola dans un CTE ou à leur domicile. L'UNICEF a facilité la distribution de matériel récréatif aux enfants admis dans des CTE à Beni, Mangina et Butembo dans le cadre de leur travail psychosocial.
- **Activités communautaires** : Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge dispose d'un délégué psychosocial sur place pour accompagner le travail clinique et communautaire, réalisé par la Croix-Rouge congolaise. Leur priorité est axée sur l'intégration du soutien psychosocial dans le cadre des pratiques funéraires sécurisées et dignes (PFSD), de la mobilisation sociale et de l'engagement communautaire. Des équipes de soutien psychosocial sont également établies au sein de plusieurs dispensaires de la Croix-Rouge dans le but d'aborder les conséquences à long terme du virus Ébola au sein des familles et des communautés affectées. L'UNICEF a associé ses stratégies de protection de l'enfance et de soutien psychosocial qui, réunies, visent à fournir un soutien psychosocial aux survivants, aux proches des personnes ayant contracté le virus Ébola et aux contacts, à établir ou rétablir des réseaux de soutien sociaux et communautaires, à fournir des « kits sociaux » et autre assistance matérielle aux familles affectées, et à dispenser les soins appropriés aux orphelins et enfants non accompagnés.¹⁴ L'UNICEF a indiqué avoir formé plusieurs « agents psychosociaux » et travailleurs parasociaux dans le Nord-Kivu (y compris à Butembo et Oicha) dans le cadre de sa riposte psychosociale à la flambée épidémique d'Ébola.
- **Soutien aux agents d'intervention** : Les intervenants qui vivent et travaillent dans le *Grand Nord* font l'expérience d'une crise prolongée et il est essentiel de protéger et de promouvoir leur bien-être. La Commission psychosociale et les psychologues qui travaillent en collaboration avec les CTE fournissent également un soutien aux intervenants de première ligne lorsque cela est nécessaire. Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et le Bethesda Counselling Centre ont fourni un soutien psychosocial aux professionnels de première ligne, y compris aux équipes chargées des pratiques funéraires sécurisées et dignes, aux équipes d'engagement communautaire et aux membres du personnel de santé.

Principes fondamentaux

- **Contexte élargi** : La riposte SMSP au virus Ébola doit être ancrée dans les réalités opérationnelles et psychosociales complexes inhérentes au Nord-Kivu. Le virus Ébola constitue l'un des nombreux problèmes auxquels les communautés sont confrontées et menace leurs vies et leurs moyens de subsistance. Les communautés estiment que leurs besoins courants ont été en grande partie négligés par le gouvernement et la communauté internationale et ont exprimé la frustration selon laquelle l'attention est désormais focalisée sur le Nord-Kivu « seulement » à cause de la flambée épidémique d'Ébola actuelle. Il est essentiel d'aborder et de concilier ces perceptions et de garantir le fait d'écouter et de répondre aux besoins des populations afin d'empêcher davantage de méfiance, un manque de confiance et du ressentiment. Les approches devront aborder les inquiétudes pré-Ébola des communautés déplacées ainsi que leurs expériences du conflit. Ces questions ne peuvent en aucun cas être séparées des besoins générés par la flambée épidémique d'Ébola actuelle. Tout programme SMSP doit par conséquent être partagé et accessible à toutes les communautés, indépendamment de la manière selon laquelle elles ont été affectées de manière directe ou indirecte par Ébola.
- **Renforcer la SMSP dans le cadre de la riposte à Ébola** : La santé mentale et le soutien psychosocial doivent constituer un élément essentiel de toute intervention de santé publique. La compréhension et la résolution des questions en matière de santé mentale et de soutien psychosocial seront déterminantes pour éradiquer la transmission du virus Ébola dans le Nord-Kivu. Une expertise technique spécifique et des ressources dédiées sont nécessaires pour une meilleure intégration de la SMSP parmi les évaluations de santé publique au niveau des établissements et de la communauté, ainsi que dans les plans de préparation, d'intervention et de réhabilitation conformément aux directives en matière de SMSP du CPI à l'échelle mondiale.¹⁵ Ceci comprend l'intégration d'approches et d'activités associées à la SMSP avec une participation communautaire, l'identification de cas et la recherche de contact, ainsi que des activités réalisées au sein des CTE et des centres médicaux.¹⁶ Le développement ou la modification d'outils ou de protocoles doivent être réalisés en collaboration avec la Commission psychosociale et doivent être basés sur la bonne pratique et les standards internationaux tout en maintenant les spécificités locales. Des ressources appropriées doivent être engagées à la mise en œuvre de la SMSP, une expertise technique doit être mobilisée à partir de ressources existantes au niveau national, et du personnel qualifié doit être déployé afin d'accompagner la riposte SMSP sur le terrain et à distance.
- **Mettre l'accent sur la coordination** : Dans l'architecture humanitaire, la SMSP est positionnée en tant que groupe de travail technique transversal. Dans la structure de la riposte à Ébola, la SMSP devrait être intégrée à tous les piliers de la riposte. Afin de procéder de manière efficace, des dispositifs de coordination intersectorielle claire ainsi que des points d'entrée destinés à l'expertise technique en matière de SMSP doivent être convenus au niveau international, national et local. Avec les communautés en tant qu'élément central, il convient d'établir une collaboration extrêmement étroite avec les piliers de l'intervention des équipes de Communication des risques et d'engagement communautaire (CREC), des pratiques funéraires sécurisées et dignes (PFSD)

et du suivi des malades, et un accompagnement doit être fourni pour l'intégration du soutien psychosocial dans leur travail. Il est peu probable que ces intervenants disposent d'une expertise technique afin de développer et d'établir la gamme complète des interventions nécessaires, d'où la nécessité de ressources consacrées à la SMSP. La Commission psychosociale doit être renforcée davantage en tant que structure de coordination pour les interventions en matière de SMSP et d'intégration intersectorielle.

- **Services existants** : Il est essentiel d'identifier l'expertise et les structures locales existantes en matière de SMSP dans la mesure où plusieurs programmes et services privés, gouvernementaux et mis en place par des ONG sont déjà actifs dans le Nord-Kivu. Bien qu'ils soient limités, et que nombre d'entre eux soient axés sur les questions relatives au conflit et aux services psychosociaux fournis aux survivants de violences sexuelles et basées sur le genre, avec des formations et des ressources supplémentaires, les services existants pourraient fournir davantage de soutien psychosocial et de soins psychiatriques dans le contexte d'Ébola. Plusieurs organisations locales ont confirmé qu'elles commençaient à offrir des services liés à Ébola (voir ci-dessus) et qu'elles souhaitaient être davantage intégrées aux interventions. Les acteurs locaux établis doivent être soutenus afin d'identifier leurs besoins techniques et en ressources (y compris une rémunération adéquate) pour mener ces travaux, notamment en ce qui concerne leur capacité à gérer une charge de travail accrue.
- **Consolider les structures médicales locales** : En l'absence relative de structures psychiatriques officielles dans le Nord-Kivu, les sources de soutien psychosocial sont évidentes au niveau familial et communautaire, notamment par le biais de réseaux religieux dans la mesure où les questions relatives à la santé mentale et d'ordre psychosocial sont souvent considérées d'un point de vue spirituel. Les intervenants locaux qui inspirent la confiance, y compris des dirigeants communautaires, des guérisseurs traditionnels et des pasteurs (dont certains ont été formés en soutien psychosocial par le Bethesda Counselling Centre) offrent un soutien psychosocial à leurs communautés. Les pasteurs et autres chefs religieux peuvent également jouer un rôle dans la fourniture d'un soutien spirituel aux patients admis dans les CTE ainsi qu'aux membres de la famille, et peuvent fournir des conseils et une assistance dans le cadre de pratiques et de cérémonies funéraires qui soient à la fois sécurisées et significatives pour les communautés.^{16,17} Tandis que les manières de faire face habituelles sont susceptibles d'être affectées par la flambée épidémique d'Ébola (par exemple, fréquenter des amis et des proches, la musique et la danse collective, l'activité économique etc.), ces acteurs communautaires sont les mieux placés pour aider à identifier des adaptations ou des alternatives sûres. Compte tenu des problèmes d'insécurité, outre les sensibilités inhérentes à ce genre de soins, il est davantage envisageable pour les individus de tenter d'obtenir et d'accepter un soutien provenant des ressources communautaires engagées plutôt qu'uniquement par le biais de services psychiatriques officiels ou intégrés (existants ou récemment établis). Ces structures locales constituent la base des soins communautaires et ne doivent pas être négligées ou compromises mais, au contraire, impliquées en partenariat en tant que canaux adaptés au contexte pour fournir des soins en matière de SMSP dans le Nord-Kivu, dans le cadre d'un système de soins à plusieurs niveaux (voir Figure 1 ci-dessus).
- **Environnements protecteurs et concentration sur les points forts** : Un discours mettant l'accent sur la vulnérabilité est souvent présumé pour ce genre de crises, mais ce n'est pas toujours correct ni juste. Les communautés vivant dans le Nord-Kivu, notamment dans le *Grand Nord*, font constamment preuve d'un niveau élevé de résilience et d'ingéniosité. Tandis que les communautés doivent être traitées avec compassion et sensibilité, l'intervention ne doit pas créer ni contribuer à la perception de vulnérabilités par l'intermédiaire d'actions qui (souvent involontairement) sont susceptibles de générer de la crainte, de la colère et de la méfiance. Au contraire, l'intervention doit chercher à créer des environnements sécurisés et protégés pour les soins et utiliser les ressources et points forts existants. Les intervenants individuels et la riposte collective doivent garantir le fait que toutes les actions entreprises contribuent à la protection et à la promotion du bien-être. Les principes psychosociaux fondamentaux, tels que l'espoir, la sécurité, la calme, l'appartenance sociale, l'auto-efficacité et l'efficacité communautaire, doivent être intégrés dans le cadre de chaque intervention.¹⁸
- **Approche de la société dans son ensemble** : Tandis qu'il y a une nécessité d'interventions focalisées avec des objectifs spécifiques et des groupes cibles (par exemple, un soutien immédiat aux survivants et familles directement affectés par le virus Ébola), les efforts en termes de SMSP doivent adopter une approche « de la société dans son ensemble ». La fourniture de soutien (y compris de soutien psychosocial) à des individus sélectionnés au sein d'une communauté peut s'avérer contre-productive et générer ou établir le ressentiment et la marginalisation. Les directives du CPI indiquent que bien que la responsabilisation des individus affectés par la maladie à virus Ébola (MVE) soit nécessaire pour se remettre de la stigmatisation (y compris de la stigmatisation « ressentie »), « *il convient de veiller à promouvoir l'intégration d'individus ayant été affectés par la MVE sans trop cibler (c'est-à-dire sans accroître la stigmatisation en attirant l'attention sur eux). Les services sanitaires et sociaux, par exemple, devraient, dans la mesure du possible, être accessibles à tous les membres de la communauté plutôt qu'uniquement à ceux affectés par la MVE.* »¹⁵ Une approche « de la société dans son ensemble » requiert une participation communautaire significative à tous les niveaux, y compris l'implication de points de contact locaux afin de garantir la durabilité et le respect (voir ci-dessus). Garantir le fait que la communauté élargie comprend la cause et la transmission du virus Ébola permettra de réduire la stigmatisation subie par les survivants et leurs familles.
- **Perspective à plus long terme** : La focalisation actuelle sur Ébola et l'afflux de ressources inhérent au Nord-Kivu constituent une excellente opportunité d'instaurer des structures psychiatriques plus résistantes à long terme au sein d'une région qui a été confrontée au conflit et à l'insécurité chroniques et continue à manquer cruellement de ressources. Ceci est particulièrement significatif étant donné que les faits révèlent que les conséquences d'Ébola en matière de santé mentale et psychosociales sont prolongées et persistent bien au-delà de la phase aiguë de la crise. Les ressources actuelles devraient être utilisées pour renforcer le système SMSP élargi. Par exemple, la Commission psychosociale peut être positionnée en tant que groupe de travail afin d'accompagner non seulement la flambée épidémique actuelle mais également les urgences futures. Le renforcement des services SMSP à long terme doit être réalisé en collaboration avec le gouvernement. Il est à noter que le pays a développé une politique de santé mentale en 1999, avec des plans visant à établir un programme de santé mentale au sein de chaque province et intégrer la santé mentale dans les soins médicaux, même si cela reste à mettre en œuvre.¹⁹

Recommandations

- **Activités recommandées au niveau international** : L'équipe technique de SMSP à l'international recommande dix activités clés qui devraient être instaurées dans le cadre de la riposte à Ebola dans le Nord-Kivu (détaillées ci-dessous). Au moment de la rédaction de la présente note stratégique, un certain nombre d'écarts entre les activités recommandées et les activités signalées sur le terrain était évident. Les partenaires d'intervention ont exprimé des inquiétudes selon lesquelles une faible capacité de ressources humaines persiste afin de fournir la gamme complète de services SMSP nécessaire. Peu d'intervenants ont été formés aux compétences psychosociales de base, y compris aux premiers soins psychologiques. Les agences internationales continuent de plaider pour le déploiement de personnel technique spécialisé en SMSP afin de renforcer les compétences sur le terrain dans le Nord-Kivu.

Actions recommandées pour renforcer les compétences en matière de SMSP dans le cadre de la riposte à Ebola	
1.	Réaliser une évaluation participative du contexte et des problèmes, besoins et ressources disponibles en termes de SMSP présentant une spécificité culturelle, y compris les besoins de formation et les écarts de compétences parmi l'éventail des soins dispensés.
2.	S'assurer que la Commission psychosociale soit maintenue et renforcée et qu'elle implique tous les partenaires actifs dans ce domaine d'activité. La coordination de la SMSP doit être une initiative intersectorielle, comprenant la santé, la protection et d'autres intervenants pertinents.
3.	Intégrer les considérations psychosociales dans toutes les activités de la riposte. Ceci permettra d'améliorer les qualités de protection, et de réduire les risques potentiels inhérents aux interventions humanitaires. Chaque pilier doit disposer de directives claires quant à la manière dont la SMSP est intégrée. Un domaine clé pour lequel l'expertise psychosociale est nécessaire consiste à garantir le fait que les inhumations soient non seulement sécurisées mais également dignes.
4.	Former tous les intervenants de première ligne (y compris les bénévoles, le personnel médical, les membres de l'équipe chargée des inhumations, les fournisseurs de SMSP, les dirigeants communautaires, les enseignants, les pasteurs et autres membres du personnel religieux) aux principes de soins psychosociaux et aux premiers soins psychologiques de base pour les flambées épidémiques d'Ebola (voir les directives concernant les premiers soins psychologiques pour la maladie à virus Ebola). ²⁰ Les CTE doivent également compter du personnel formé à la SMSP.
5.	Fournir du personnel qualifié avec un accès à des sources de soutien psychosocial. Ceci doit constituer une priorité équivalente au fait de garantir leur sécurité physique grâce à des connaissances et des équipements adéquats.
6.	Établir une stratégie de santé mentale et soutien psychosocial pour les individus atteints du virus Ebola, les survivants, les contacts (en particulier ceux qui sont isolés), les proches et la communauté plus élargie. S'assurer que la stratégie aborde les questions relatives à la crainte, à la stigmatisation, aux stratégies négatives de survie (par exemple, la toxicomanie), et à d'autres besoins identifiés par le biais de l'évaluation et s'appuie sur des stratégies de survie positives proposées au niveau communautaire. ¹⁷ Contribuer aux soins et à la réintégration sociale des survivants et de leurs familles, une étroite collaboration est nécessaire entre les communautés et les services de santé et de protection sociale.
7.	Développer et instaurer un ensemble de services SMSP communautaires destiné à l'ensemble des enfants et adolescents affectés, y compris les orphelins et les enfants vulnérables, afin de répondre à leurs besoins exclusifs (voir les directives de l'Alliance for Child Protection dans le cadre des flambées épidémiques de maladies infectieuses et les Directives de l'UNICEF relatives à la SMSP au niveau communautaire). ^{21,22}
8.	Lors de la phase de rétablissement précoce, accompagner les autorités sanitaires afin d'établir des services psychiatriques et psychosociaux durables et communautaires. Ces services doivent être instaurés à long terme afin de garantir le fait qu'ils répondent aux besoins élargis.
9.	Utiliser les informations fournies par des évaluations, y compris les besoins identifiés, les manques et les ressources existantes, afin d'instaurer/de contribuer à un système destiné à l'identification et à la fourniture de soins aux individus présentant des troubles mentaux modérés et graves. Dans le cadre du renforcement continu du système de santé, chaque centre médical doit disposer d'au moins une personne qualifiée et d'un système établi pour identifier et fournir des soins aux individus présentant des troubles mentaux modérés et graves (en utilisant le package <i>Guide d'intervention humanitaire mhGAP</i> et d'autres outils). ²³ Ceci requiert l'attribution de ressources à plus long terme et le développement d'une stratégie de plaidoyer SMSP afin d'influencer le financement, la coordination de qualité ainsi que les initiatives durables à long terme
10.	Établir des systèmes de suivi, d'évaluation, de responsabilisation et d'apprentissage afin de mesurer l'efficacité des activités SMSP.

Ressources

- *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. IASC (2007). https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC%20Guidelines%20MHPSS%20French.pdf
- *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Liste de contrôle à l'usage des acteurs de terrain*. IASC (2008). http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_checklist_french.pdf?ua=1
- *Santé mentale et soutien psychosocial dans les flambées de maladie à virus Ebola. Guide pour les planificateurs des programmes de santé publique*. IASC (2015). http://www.who.int/mental_health/emergencies/ebola_guide_for_planners_fr.pdf?ua=1
- *MHPSS for Ebola Virus Disease briefing kit*. Mhpss.net (2018). <https://app.mhpss.net/groups/current-mhpss-emergency-responses/drc-2018-mhpss/>
- *Les premiers secours psychologiques pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola*. OMS, CBM, UNICEF & World Vision (2014). http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/139742/9789242548846_fre.pdf;jsessionid=8327FE3F7B00D756F0DC00738F3847D3?sequence=2

- *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP)*. OMS & UNHCR (2015). http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180972/9789242548921_fre.pdf?sequence=1
- *A Faith-sensitive Approach in Humanitarian Response: Guidance on Mental Health and Psychosocial Programming*. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide (2018). <https://app.mhpss.net/?get=76/faith-sensitive-humanitarian-response-2018.pdf>
- *Guidance Note: Protection of Children During Infectious Disease Outbreaks*. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (2018). https://childprotectionallianceblog.files.wordpress.com/2018/04/guide_cp_infectious_disease_outbreak.pdf
- *Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings. Three-tiered Support for Children and Families. Operational Guidelines*. UNICEF (2018). <https://www.dropbox.com/s/4krby0smaw2z6tn/MHPSS%20-%20WEB%20v3.pdf?dl=0>
- *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire*. IASC (2015). https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf
- Forum en ligne sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les flambées de maladie à virus Ébola en RDC: <http://www.mhpss.net/>

Références

- ¹ IASC (2007). Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC%20Guidelines%20MHPSS%20French.pdf
- ² IASC (2008). Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Liste de contrôle à l'usage des acteurs de terrain. http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_checklist_french.pdf?ua=1
- ³ Bedford, J. & Social Science in Humanitarian Action (2018). Key considerations: the context of North Kivu brief province, DRC. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/ds2/stream/?#documents/3660494/page/1>
- ⁴ Verelst et al. (2014). Mental Health of Victims of Sexual Violence in Eastern Congo: Associations with Daily Stressors, Stigma and Labelling. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25195041/>
- ⁵ Johnson, K., Scott, J., Rughita, B., Kisielewski, M., Asher, J., Ong, R., & Lawry, L. (2010). Association of Sexual Violence and Human Rights Violations with Physical and Mental Health in Territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20682935>
- ⁶ Johannessen, S. & Holgersen, H. (2014). Former Child Soldiers' Problems and Needs: Congolese Experiences. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24259534>
- ⁷ Hermenau, K. et al. (2013). Growing Up in Armed Groups: Trauma and Aggression among Child Soldiers in DR Congo. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3820919/>
- ⁸ Mental Health Atlas Country Profile: Democratic Republic of Congo, 2014. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/cod.pdf
- ⁹ Jackson, S. (2002). Making a Killing: Criminality & Coping in the Kivu War Economy. *Review of African Political Economy* <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03056240208704636>
- ¹⁰ Rokhideh, M. (2016). Fixed Subjectivities and the Intertwined Reality of Suffering and Survival in the Democratic Republic of Congo. Paper presented at the American Anthropological Association Annual Meeting.
- ¹¹ Kabongo, K. et al. (2014). Normal Grief and its Correlates in Lumbumbashi, an Urban City in the Democratic Republic of Congo. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4992397/>
- ¹² Ventevogel P, Jordans M, Reis R, de Jong J. (2013). Madness or Sadness? Local Concepts of Mental Illness in Four Conflict-Affected African Communities. <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-7-3>
- ¹³ Kohli, A. (2014). Risk for Family Rejection and Associated Mental Health Outcomes amongst Conflict-Affected Women Living in Rural Eastern Democratic Republic of Congo. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2014.903953>
- ¹⁴ UNICEF (2018). Democratic Republic of the Congo Ebola Situation Report: North Kivu and Ituri 24 September 2018. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/unicef-dr-congo-ebola-situation-report-north-kivu-and-ituri-24>
- ¹⁵ IASC (2015). *Santé mentale et soutien psychosocial dans les flambées de maladie à virus ebola. Guide pour les planificateurs des programmes de santé publique*. http://www.who.int/mental_health/emergencies/ebola_guide_for_planners_fr.pdf?ua=1
- ¹⁶ Weissbecker, I. et al. (2018). Integrating Psychosocial Support at Ebola Treatment Units in Sierra Leone and Liberia. http://www.interventionjournal.org/temp/Intervention16269-3909939_105139.pdf
- ¹⁷ The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide (2018). A Faith-sensitive Approach in Humanitarian Response: Guidance on Mental Health and Psychosocial Programming. <https://app.mhpss.net/?get=76/faith-sensitive-humanitarian-response-2018.pdf>
- ¹⁸ Hobfoll S. E et al. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- ¹⁹ Ministère de la Santé (1999). Politique et Plan Directeur de Développement de la Santé Mentale en République Démocratique du Congo. [Policy and Plan of Development for Mental Health in the Democratic Republic of Congo.] Ministère de la Santé.
- ²⁰ OMS CBM, UNICEF, World Vision (2014). Les premiers secours psychologiques pendant l'épidémie de la maladie à virus Ébola. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/139742/9789242548846_fre.pdf;jsessionid=8327FE3F7B00D756F0DC00738F3847D3?sequence=2
- ²¹ The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (2018). Guidance Note: Protection of Children During Infectious Disease Outbreaks. https://childprotectionallianceblog.files.wordpress.com/2018/04/guide_cp_infectious_disease_outbreak.pdf
- ²² UNICEF (2018). Community-Based MHPSS in Humanitarian Settings. Three-Tiered Support for Children and Families. Operational Guidelines. <https://www.dropbox.com/s/4krby0smaw2z6tn/MHPSS%20-%20WEB%20v3.pdf?dl=0>
- ²³ OMS & United Nations High Commissioner for Refugees. (2015). Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP). http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180972/9789242548921_fre.pdf?sequence=1