

A young girl with dark hair in a braid, wearing a bright orange t-shirt with a graphic and a long, flowing pink skirt, is walking barefoot on a grey stone wall. She is looking down and to her left. The background shows a clear blue sky and some buildings in the distance.

Reconstruire en mieux

Pour des soins de santé
mentale durables après une
situation d'urgence

Aperçu



Organisation
mondiale de la Santé

© Organisation mondiale de la Santé 2013

WHO/MSD/MER/13.1

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (tél. : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int).

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Pour toute information ou observation relative au présent document, veuillez prendre contact avec vanommenm@who.int.

Citation proposée : Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Reconstruire en mieux : pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence*. Aperçu. OMS : Genève, 2013.

Crédit photo de couverture : Libye/IRIN/Z. Moloo/2011.

Reconstruire en mieux

Pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence

Aperçu

Avant-propos	2
Preface	4
Remerciements	6
Resume d'orientation	9

Avant-propos

Ne serait-ce qu'en 2013, nous avons été témoins de nombreuses situations d'urgence, qu'il s'agisse de la crise des réfugiés en Syrie et dans les pays voisins ; des combats intenses qui ont eu lieu en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et au Mali ; ou encore des graves inondations qui ont frappé la Bolivie, la Colombie, le Mozambique et les Philippines. Un nombre considérable de personnes ont été touchées, et continueront à l'être tandis que leurs pays s'efforcent de se relever et se reconstruire.

Les déplacements de population, les pénuries alimentaires et les flambées de maladie sont des réalités bien trop fréquentes au cours des situations d'urgence et après celles-ci. Qui plus est, les familles peuvent être séparées, les enfants dans l'impossibilité de poursuivre leur scolarité et, en l'espace d'une nuit, les principaux services sociaux et sanitaires peuvent disparaître.

Par conséquent, il n'est sans doute pas surprenant que les répercussions des situations d'urgence sur la santé mentale soient considérables. Celles-ci peuvent entraîner ou aggraver les problèmes de santé mentale, souvent alors même que l'infrastructure existante dans ce domaine est fragilisée. Les organisations d'aide humanitaire font de leur mieux pour répondre aux besoins psychosociaux des populations au lendemain des situations d'urgence mais, trop fréquemment, font peu pour renforcer les systèmes de santé mentale à long terme.



Il est possible de faire mieux. Les situations d'urgence – malgré les difficultés et les obstacles qu'elles créent – offrent la possibilité de transformer les soins de santé mentale. Il convient d'autant plus de ne pas manquer de telles occasions que les troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'usage de substances sont parmi les problèmes de santé publique les plus négligés, et que la santé mentale est indispensable au bien-être général et à la productivité des individus, des communautés et des pays qui se relèvent après une situation d'urgence.

Le présent rapport de l’OMS comporte un compte rendu détaillé des actions menées dans 10 zones touchées de façon différente par des situations d’urgence, chacune ayant réussi à construire des systèmes de santé de meilleure qualité, appelés à durer, malgré des circonstances éprouvantes. Ces exemples proviennent de pays petits ou grands, à revenu faible ou intermédiaire, situés en Afrique, en Asie, en Europe et au Moyen-Orient, et qui ont été frappés par des catastrophes naturelles de grande ampleur, des situations de conflit prolongées ou un large afflux de réfugiés. Même si les contextes sont extrêmement variables d’un pays à l’autre, tous ont été en mesure de transformer l’intérêt suscité à court terme pour la santé mentale de la population en des améliorations durables et pérennes.

Ce rapport de l’OMS ne s’arrête pas à des recommandations théoriques mais fournit des descriptions détaillées de la manière dont on est parvenu à réformer la santé mentale dans de telles circonstances. Qui plus est, les acteurs des différentes situations rapportées font état non seulement de leurs principales réussites, mais aussi des difficultés majeures rencontrées, et de la manière dont ils ont réussi à les surmonter. Les éléments pratiques communs et essentiels issus de ces expériences sont également présentés de manière résumée.

Ce rapport apporte la preuve qu’il est possible de reconstruire en mieux, indépendamment de la fragilité du système de santé mentale existant ou des difficultés inhérentes à la situation d’urgence. Aussi, j’appelle tous les lecteurs à agir pour faire en sorte que les personnes confrontées à l’avenir à des situations d’urgence saisissent cette occasion majeure de réformer et d’améliorer les services de santé mentale.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Chan', with a small dot below the end of the signature.

Dr Margaret Chan

Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Preface

Des causes diverses sont à l'origine des situations d'urgence : des catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre et les inondations, des conflits armés et des guerres civiles, ou des accidents technologiques comme les catastrophes nucléaires. Quelle que soit la nature de l'élément déclencheur, il en résulte souvent une succession de souffrances humaines. Il peut notamment engendrer des déplacements massifs de population, des pénuries alimentaires, des flambées de maladie, des violations des droits et de la dignité des êtres humains, des décès et, par conséquent, de multiples souffrances humaines.

Mais les répercussions sur l'être humain sont encore plus vastes : après une situation d'urgence, la population est davantage susceptible de souffrir de divers problèmes de santé mentale. Une minorité va souffrir de troubles mentaux nouveaux qui vont la fragiliser ; de nombreuses autres personnes seront en état de détresse psychologique. Et ceux qui déjà auparavant souffraient de troubles mentaux ont souvent besoin d'une aide encore plus grande. Lorsqu'une nation et le monde entier prennent conscience de la détresse des personnes en souffrance, nombreux sont ceux qui veulent leur venir en aide.

Et c'est là que se trouve le paradoxe. Malgré leur caractère tragique, et bien qu'elles soient à l'origine des souffrances humaines, les situations d'urgence sont aussi des occasions d'améliorer les soins de santé mentale. L'augmentation massive de l'aide, combinée à l'attention soudaine portée à la santé

mentale de la population, créent des occasions uniques de transformer les soins de santé mentale de manière durable.

Comme la présente publication le démontre, c'est exactement ce que certains pays ont fait. Qu'il s'agisse de pays traversant des périodes prolongées de conflit ou de pays frappés par des catastrophes naturelles dévastatrices, tous ont trouvé les moyens – bien que les circonstances soient uniques et les méthodes propres à chacun – d'utiliser la situation pour créer une dynamique en faveur d'une réforme plus générale de la santé mentale.

L'impact humain d'une telle réforme peut être immédiat et considérable. Ainsi, Razmy,¹ une jeune fille vivant dans le district touché par le tsunami de Kalmunai à Sri Lanka, a pu obtenir de l'aide pour ses deux parents après la catastrophe de 2004. Razmy a participé dans son école à une discussion menée par un agent chargé de la santé mentale au sein de la communauté qui venait d'être nommé, et a ensuite demandé à cet agent de santé de rendre visite à sa mère, qui s'était repliée sur elle-même et croyait entendre des voix. L'agent de santé a rapidement constaté qu'elle avait besoin de services de santé mentale, mais a dû dans un premier temps vaincre les réticences de la famille de Razmy. Une fois cet obstacle surmonté, la mère de Razmy a été orientée vers les nouveaux services de santé mentale de Kalmunai dont elle avait tant besoin. Plus tard, le père de Razmy a fait part à l'agent de santé communautaire de son souhait d'être pris en charge pour les

¹ Pseudonyme.

troubles liés à la consommation d'alcool dont il souffrait. Il a ainsi pu avoir accès à des soins appropriés.

L'expérience de la famille de Razmy n'est pas unique. Les familles qui, dans le monde, ont reçu une aide du fait de la réforme de la santé mentale qui a suivi une situation d'urgence sont innombrables.

Les 10 exemples qui forment le cœur du présent rapport montrent la voie à suivre. Un engagement précoce en faveur d'un projet de réforme durable de la santé mentale est indispensable au succès. Le rapport résume les enseignements et les principaux éléments pratiques issus de telles expériences.

Shekhar Saxena

Directeur, Département Santé mentale
et abus de substances psychoactives

Organisation mondiale de la Santé

En publiant ces informations, l'Organisation mondiale de la Santé veut faire en sorte que les personnes confrontées à des situations d'urgence ne laissent pas passer cette occasion de réformer la santé mentale. Les situations d'urgence ne sont pas seulement des tragédies pour la santé mentale, elles sont aussi de puissants catalyseurs permettant de mettre en place des soins de santé mentale durables dans les communautés touchées. Nous ignorons quelle sera la prochaine situation d'urgence majeure, mais nous savons que les personnes touchées auront la possibilité de reconstruire en mieux. La lecture de la présente publication est un excellent moyen de se préparer et de répondre à une telle éventualité.

Richard Brennan

Directeur, Département Gestion des risques liés
aux situations d'urgence et action humanitaire

Organisation mondiale de la Santé

Remerciements

Coordination et supervision de l'OMS

Mark van Ommeren (spécialiste scientifique, Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse) est à l'origine de cette publication ; il en a coordonné l'élaboration et la production.

Shekhar Saxena (Directeur, Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse) a assuré la direction et la supervision générales.

Directeur de la rédaction

JoAnne Epping-Jordan (Seattle, États-Unis d'Amérique) a assuré la direction de la rédaction.

Coauteurs

JoAnne Epping-Jordan (Seattle, États-Unis d'Amérique) et Mark van Ommeren (OMS/Genève) ont rédigé les parties 1 and 3 qui présentent et analysent la réforme de la santé mentale et le relèvement en situation d'urgence, et expliquent le bien-fondé d'une telle réforme.

Les personnes ci-après ont contribué aux études de cas présentées dans la partie 2.

AFGHANISTAN

Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Bashir Ahmad Sarwari (Ministère de la Santé publique, Afghanistan), Inge Missmahl (International Psychosocial Organisation), Hafiz Faiz (International Medical Corps), Heini Mäkilä (International Assistance Mission) et Fareshta Queedes (International Psychosocial Organisation).

BURUNDI

Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Herman Ndayisaba (HealthNet TPO), Willem van de Put (HealthNet TPO), Nancy Baron (Global Psycho-Social Initiatives, Psycho-Social Services and Training Institute), Joop de Jong (University of Amsterdam, Boston University et Rhodes University), Jérôme Ndaruhutse (OMS/Burundi), Jocelyne Miburu (Ministère de la Santé publique, Burundi), Wilma Meeus (HealthNet TPO) et Sonali Sharma (HealthNet TPO).

INDONÉSIE (ACEH) (PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Albert Maramis (OMS/Indonésie) et Andrew Mohanraj (CBM Indonésie).

IRAQ (PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Emad Abdulrazaq (Ministère de la Santé, Iraq), Ayad Nouri Fattah (Ministère de la Santé, Iraq), Manhal Helasa (OMS/Bureau de l'Iraq à Amman), Aqila Noori (OMS/Bureau de l'Iraq à Amman) et Nezar Ismet Taib (Centre de Santé mentale, Duhok, région du Kurdistan, Iraq).

JORDANIE

Anita Marini (anciennement OMS/Jordanie), Hashim Elzein Elmoussaad (anciennement OMS/Jordanie), Nada Al Ward (OMS/Jordanie), Zein Ayoub (OMS/Jordanie), Bassam Hijawi (Ministère de la Santé, Jordanie), Hania Dawani (Conseil jordanien des Infirmières), Mohammad Assfour (Centre national pour la Santé mentale, Jordanie), Zuhair Zakaria (Association jordanienne de Psychologie), Tewfik Daradke (Université jordanienne des Sciences et de la Technologie), Abdel Majeed (Université jordanienne), Mary Jo Baca (International Medical Corps),

Father Fadi Diab (Episcopal Church), Hamdi Murad (Jordanie) et Our Step (Association nationale jordani-
enne de Consommateurs).

KOSOVO (PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Ferid Agani (Ministère de la Santé, Kosovo), Dévo-
ra Kestel (OPS/OMS), Besnik Stuja (OMS/Pristina),
Skender Sylja (OMS/Pristina) et Liliana Urbina (anci-
ennement OMS/Pristina).

SOMALIE

Humayun Rizwan (OMS/Somalie), Mohammad Fuje
(OMS/Somalie), Martha Everard (OMS/Somalie),
Khalid Saeed (OMS/Le Caire) et Abdur Rehman Ali
Awale (Habeab Hospitals, Somalie).

SRI LANKA

T Suveendran (OMS/Sri Lanka), FR Mehta (OMS/
Sri Lanka), Jayan Mendis (Institut national de Santé
mentale, Sri Lanka), M Ganesan (Institut national de
Santé mentale, Sri Lanka), TRC Ruberu (Ministère
de la Santé, Sri Lanka), PG Mahipala (Ministère de
la Santé, Sri Lanka), Lakshmi C Somatunga (ancien
Directeur de la Santé mentale, Ministère de la Santé,
Sri Lanka), Prasantha de Silva (Ministère de la Santé,
Sri Lanka), Berit Kieselbach (anciennement OMS/
Sri Lanka) et John Mahoney (anciennement OMS/
Sri Lanka).

TIMOR-LESTE

Derrick Silove (University of New South Wales),
Teofilo Julio Kehic Tilman (Département Santé men-
tale, Timor-Leste) et Zoe Hawkins (anciennement
Ministère de la Santé, Timor-Leste).

CISJORDANIE ET BANDE DE GAZA

Hazem Ashour (Ministère de la Santé, Autorité pal-
estinienne), Nargiza Khodjaeva (anciennement OMS/
Cisjordanie et Bande de Gaza), Dyaa Saymah (OMS/
Cisjordanie et Bande de Gaza), Rajiah Abu Sway
(OMS/Cisjordanie et Bande de Gaza) et Tony Laura-
nce (OMS/Cisjordanie et Bande de Gaza).

Examen par des experts

Les personnes ci-après ont relu les premières ver-
sions de la présente publication ou des parties de
celle-ci, et ont formulé des observations et des con-
seils en vue de son amélioration :

Stephen Alderman (Peter C. Alderman Foundation),
Dan Chisholm (OMS/Genève), Julian Eaton (CBM
International), Michelle Funk (OMS/Genève), Berit
Kieselbach (OMS/Genève), Dévora Kestel (OPS/OMS/
Washington), Thierry Liscia (Agence française de
Développement (AFD)), John Mahoney (anciennement
OMS/Sri Lanka), Anita Marini (anciennement OMS/
Jordanie), Claire Milligan (Absolute Return for Kids),
Harry Minas (Université de Melbourne), Andrew
Mohanraj (CBM Indonésie), Matt Muijen (OMS/
Copenhague), Arne Ørum (Conseil norvégien pour la
Santé mentale), Pau Perez-Sales (Médicos del Mundo
[Médecins du Monde – Espagne]), Benedetto Sarace-
no (Universidade Nova de Lisboa), Khalid Saeed (OMS/
Le Caire), Alison Schafer (World Vision International),
Yutaro Setoya (OMS/Genève), Mathias Themel (Com-
mission européenne), Graham Thornicroft (King's
College Londres), Peter Ventevogel (HealthNet TPO),
Xiangdong Wang (OMS/Manille) et Inka Weissbecker
(International Medical Corps).

Rédaction technique

David Wilson (Oxford, Royaume-Uni)

Conception graphique et mise en page

Alessandro Mannocchi (Rome, Italie)

Contribution de stagiaires

Michelle Hourigan et Karen Paul (OMS/Genève)

Soutien administratif

Mylène Schreiber (OMS/Genève) et Grazia Motturi (OMS/Genève)

Financement

L'élaboration et la production de cette publication ont été financées par l'OMS, CBM et, pour l'étude de cas en Jordanie, par les États-Unis d'Amérique.

Resume d'orientation

Les situations d'urgence, malgré leur caractère tragique et les conséquences désastreuses qu'elles ont sur la santé mentale, sont aussi des occasions uniques d'améliorer la vie d'un grand nombre de personnes moyennant une réforme de la santé mentale. Cela

est d'autant plus important que la santé mentale est indispensable au bien-être général, au fonctionnement et à la résilience des individus, des sociétés, et des pays qui se relèvent de catastrophes naturelles, de conflits armés ou d'autres situations difficiles.



La publication *Reconstruire en mieux : pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence* permet de prendre conscience de ce type de possibilités, et décrit comment cela a été possible dans 10 régions diversement touchées par une situation d'urgence. Elle résume les enseignements et les principaux éléments communs issus de ces expériences.

En publiant le présent rapport, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) veut faire en sorte que les personnes confrontées à des situations d'urgence ne laissent pas passer cette occasion de réformer les services de santé mentale et de les améliorer.

Le rapport est divisé en trois parties distinctes.

Partie 1

La **partie 1** présente les raisons pour lesquelles il convient d'appréhender les situations d'urgence comme des occasions de construire des soins de santé mentale de meilleure qualité.

Au cours des situations d'urgence, la santé mentale requiert une attention particulière, et cela pour trois raisons simples : la prévalence des problèmes de santé mentale augmente, les infrastructures de santé mentale sont fragilisées, et la coordination des organismes et des acteurs qui apportent un soutien en santé mentale et un soutien psychosocial est une opération difficile.

Les situations d'urgence représentent des occasions uniques d'apporter de meilleurs soins à toutes les populations ayant des besoins en matière de santé mentale. Au cours des situations d'urgence et immédiatement après celles-ci, il est fréquent que les médias mettent en lumière, à juste titre, la détresse des personnes survivantes, notamment leurs réactions psychologiques face au stress qu'elles ont subi. Dans certains pays, de hauts responsables gouvernementaux expriment – pour la première fois – de graves inquiétudes quant à la santé mentale de leur nation. Il s'ensuit fréquemment que les organismes nationaux et internationaux vont vouloir soutenir la santé mentale et apporter une aide psychosociale aux populations touchées, et ils disposeront de la capacité financière pour ce faire. En d'autres termes, dans les situations d'urgence, l'attention et les ressources sont dirigées vers le bien-être psychosocial des personnes touchées, tandis que les décideurs sont prêts à accepter d'envisager de nouvelles mesures allant au-delà du statu quo.

Globalement, ces facteurs créent la possibilité d'introduire et de mettre en œuvre des services de santé mentale plus durables. Il convient cependant de créer une dynamique à un stade précoce de sorte que les investissements se poursuivent une fois passée la période de crise aiguë.

Les possibilités offertes par les situations d'urgence sont importantes parce qu'il reste à l'échelle mondiale de graves lacunes dans l'instauration de soins de santé mentale complets, à base communautaire. Cela est particulièrement vrai dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les ressources sont fréquemment limitées.

Les pays confrontés à des situations d'urgence doivent saisir cette chance d'utiliser la volonté politique suscitée en faveur du changement et engager une réforme de la santé mentale.

Partie 2

La **partie 2** présente 10 exemples de régions qui ont su saisir les occasions offertes au cours des situations d'urgence et après celles-ci pour améliorer les soins de santé mentale. Ces exemples représentent une large gamme de situations d'urgence et de contextes politiques. Encore largement inconnus, ils valident le principe selon lequel il est possible d'agir dans les situations d'urgence pour procéder à des changements systémiques et construire des systèmes de santé mentale plus performants. Dans chaque cas, les enseignements tirés sont soulignés.

Afghanistan : Après la chute du Gouvernement des talibans en 2001, la santé mentale a été déclarée comme une question de santé prioritaire et incluse dans l'ensemble des services de santé essentiels du pays. Des progrès importants ont été accomplis. Ainsi, depuis 2001, plus de 1000 agents de santé ont été formés aux soins essentiels en matière de santé mentale et près de 100 000 personnes ont été diagnostiquées et traitées dans la province de Nangarhar.

Burundi : Les services de santé mentale modernes étaient quasiment inexistantes avant la dernière décennie, mais aujourd'hui le Gouvernement fournit des médicaments psychiatriques essentiels par l'intermédiaire de son centre national de distribution de médicaments, et des centres de traitement ambulatoire de la santé mentale ont été établis dans plusieurs hôpitaux de province. De 2000 à 2008, plus de 27 000 personnes ont été soignées dans les services de santé mentale et de psychologie sociale nouvellement créés.

Indonésie (Aceh) : Dans les quelques années qui ont suivi le tsunami de 2004, les services de santé mentale d'Aceh ont été transformés, passant d'un unique hôpital psychiatrique à un système de soins de santé mentale essentiels, s'appuyant sur les services de santé primaires et soutenu par les soins secondaires proposés dans les hôpitaux généraux ou les hôpitaux de district. Désormais, 13 des 23 districts disposent de budgets spécifiques pour la santé mentale, alors que ce n'était le cas pour aucun d'entre eux une décennie plus tôt. Le système de santé mentale d'Aceh est considéré comme un modèle pour d'autres provinces en Indonésie.



Indonésie (Aceh). © Jefri Aries/IRIN. Imprimée avec autorisation.

Iraq : La réforme de la santé mentale se poursuit depuis 2004. Les unités de santé mentale de proximité fonctionnent désormais au sein des hôpitaux généraux et bénéficient de ressources stables. Depuis 2004, 80 à 85 % des psychiatres, plus de 50 % des médecins généralistes, et 20 à 30 % des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux travaillant dans le pays ont reçu une formation en santé mentale.

Jordanie : L'afflux des déplacés irakiens en Jordanie a entraîné un soutien important de la part des organismes d'aide. Dans ce contexte, des soins de santé mentale implantés dans des structures de proximité ont vu le jour. Les nombreuses réalisations ont créé une dynamique en faveur de changements plus importants dans tout le pays. De 2009 à 2011, de nouveaux centres de santé mentale à base communautaire ont apporté leur aide à plus de 3550 personnes en ayant besoin.

Kosovo :² Après le conflit, le changement politique rapide a été l'occasion de réformer le système de santé mentale du Kosovo. Une équipe spéciale chargée de la santé mentale a établi un nouveau plan stratégique pour orienter et coordonner les efforts dans ce domaine. Aujourd'hui, chacune des sept régions du Kosovo propose divers services de santé mentale à base communautaire.

Somalie : Depuis plus de 20 ans, la structure de gouvernance de la Somalie est fragmentée et, pendant la majeure partie de ces années, le pays a été déchiré par les conflits et les situations d'urgence. Malgré ces difficultés, les services de santé mentale ont été améliorés. De 2007 à 2010, plus de 1700 personnes atteintes de troubles mentaux ont vu leurs chaînes supprimées.

Sri Lanka : Au lendemain du tsunami de 2004, le Sri Lanka a fait de rapides progrès en développant les services de santé mentale de base ; au-delà des zones touchées par le tsunami, ils ont été étendus à la grande majorité du pays. Une nouvelle politique nationale en matière de santé mentale a guidé la mise en place de soins décentralisés, à base communautaire. Aujourd'hui, 20 des 27 districts du pays disposent d'une infrastructure pour les services de santé mentale, alors qu'ils n'étaient que 10 avant le tsunami.

Timor-Leste : Alors que les services de santé mentale étaient totalement absents du pays en 1999, celui-ci dispose désormais d'un système de santé mentale complet à assise communautaire. Aujourd'hui, la stratégie nationale en matière de santé mentale du Timor-Leste fait partie du plan stratégique global à long terme du Ministère de la Santé. Des infirmières formées dans le domaine de la santé mentale sont disponibles dans environ un quart des 65 centres de santé de proximité du pays, alors qu'il n'y en avait aucune avant la situation d'urgence.

Cisjordanie et Bande de Gaza : Des améliorations importantes ont été apportées au système de santé mentale au cours de la dernière décennie, pour parvenir à des soins à base communautaire et à l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires. En 2010, plus de 3000 personnes étaient prises en charge dans des centres de santé mentale communautaires dans l'ensemble de la Cisjordanie et de la Bande de Gaza.

² Dans l'ensemble du document, le nom de Kosovo est utilisé conformément à la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies (1999).

Partie 3

La **partie 3** résume les éléments pratiques qui sont communs aux 10 cas étudiés. Malgré des variations importantes dans les contextes, certaines similitudes ont pu être constatées entre de nombreux cas.

- 1. La réforme de la santé mentale s'est appuyée dès le départ sur une planification visant la viabilité à long terme.** Comme plusieurs cas présentés dans ce rapport le démontrent, il est significatif que le succès de la réforme de la santé mentale ait commencé, au cœur d'une situation d'urgence, par un engagement précoce en faveur d'un projet à long terme de réforme de la santé mentale.
- 2. Les besoins en santé mentale de la population touchée par la situation d'urgence ont été pris en charge dans leur globalité.** Dans de nombreux cas présentés dans ce rapport, les réformes entreprises se sont intéressées à une large gamme de problèmes de santé mentale. Les services établis n'étaient jamais des services isolés (verticaux) adaptés à un seul trouble (par exemple le stress post-traumatique) et ignorant les autres troubles mentaux.
- 3. Le rôle central du gouvernement a été respecté.** Au cours de certaines des situations d'urgence décrites dans le rapport et après celles-ci, les structures gouvernementales ont été durement touchées mais l'aide humanitaire a ensuite permis de les renforcer. Dans certains cas, des administrateurs ont été détachés et certaines fonctions ont été assignées à des organisations non gouvernementales (ONG) temporairement, sous la supervision du gouvernement.
- 4. Les administrateurs au niveau national ont joué un rôle essentiel.** Les administrateurs au niveau local – même lorsqu'ils étaient trop peu nombreux – ont été de puissants défenseurs de la réforme de la santé mentale et ils l'ont façonnée. Les experts et les organismes nationaux dont l'aide a été précieuse ont participé à la réforme de la santé mentale uniquement dans la mesure où ils ont été spécialement invités à le faire.
- 5. La coordination entre les différents organismes a été cruciale.** La coordination des divers acteurs de la santé mentale a été souvent cruciale pour parvenir à réformer la santé mentale. Elle a contribué à faciliter le consensus entre les divers partenaires et leur a permis ensuite de travailler à partir d'un cadre convenu. Elle a aussi fréquemment aidé les partenaires à se compléter mutuellement, plutôt qu'à faire double emploi, en assumant différents domaines de responsabilité.
- 6. La réforme de la santé mentale est passée par un examen et une révision des politiques et des plans nationaux.** La plupart des cas présentés dans ce rapport décrivent un processus global qui a impliqué une réforme des politiques. Dans le contexte d'une situation de catastrophe, lorsque la volonté politique en faveur des soins de santé mentale était au plus haut, le processus de réforme politique a été généralement accéléré.
- 7. Le système de santé mentale a été considéré comme une entité et renforcé en tant que tel.** Dans de nombreux cas, les processus décrits ont consisté à examiner et évaluer le système de santé mentale dans son ensemble, depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau des soins tertiaires. Cela a permis de comprendre le système dans sa globalité et la manière dont il était touché par la situation d'urgence. La décentralisation des ressources de santé mentale vers les soins communautaires a été une stratégie essentielle.
- 8. Les agents de santé ont été réorganisés et formés.** Il est fréquent qu'après une situation d'urgence se présente l'occasion de réorganiser, former et encadrer les agents de santé afin qu'ils soient

mieux armés pour prendre en charge les problèmes de santé mentale. La majorité des investissements ont été consentis dans les personnes et les services plutôt que dans les bâtiments.

9. Les projets de démonstration ont validé le principe de la réforme de la santé mentale, suscité un nouveau soutien et attiré des fonds supplémentaires pour celle-ci.

Les projets de démonstration ont validé le principe. Ils ont aussi contribué à créer une dynamique en faveur d'un financement à long terme. Ce dernier point a été particulièrement vrai lorsque les projets de démonstration ont été explicitement liés à des discussions et à des plans sur une réforme générale de la santé mentale.

10. La sensibilisation a permis de maintenir l'élan suscité en faveur du changement.

Pratiquement tous les cas présentés dans ce rapport décrivent des individus ou des groupes qui sont devenus, avec succès, des défenseurs d'une réforme de la santé mentale au sens large. Ils ont contribué à créer une dynamique en faveur du changement. Les actions de sensibilisation ont été particulièrement fructueuses lorsque divers groupes de personnes étaient non seulement informés des problèmes, mais aussi invités à participer à leur solution.

Les cas présentés dans ce rapport montrent que la réforme de la santé mentale est une entreprise réaliste dans le cadre d'un relèvement de crise, même dans des conditions extrêmement difficiles. Bien que la majorité des investissements en santé mentale aient été dirigés vers le secours humanitaire, des efforts exceptionnels ont été faits pour orienter une partie de ces fonds vers la réforme de la santé mentale. Les 10 éléments pratiques résumés ci-dessus ont sans doute été essentiels à la réussite.

Les progrès mondiaux en matière de réforme de la santé mentale seront plus rapides si, dans le cadre de chaque crise, des efforts stratégiques sont déployés pour transformer l'intérêt à court terme suscité pour les problèmes de santé mentale en une dynamique pour une véritable réforme de la santé mentale.

Non seulement la santé mentale des populations en bénéficierait, mais aussi le fonctionnement et la stabilité des sociétés se relevant de situations d'urgence. Les lecteurs sont encouragés à examiner les cas présentés pour étudier comment les éléments pratiques communs et les enseignements tirés peuvent être appliqués à leur propre situation.



Somalie. © Kate Holt/IRIN. Imprimée avec autorisation.



Afghanistan. © Kate Holt/IRIN. Imprimée avec autorisation.

« Lorsque j'ai été amené à travailler dans des zones ravagées par des catastrophes naturelles ou dues à l'homme, j'ai constaté que les blessures psychologiques peuvent représenter des obstacles tout aussi décourageants que les destructions matérielles. Je suis heureux que, dans sa publication *Reconstruire en mieux*, l'Organisation mondiale de la Santé éclaire d'un jour nouveau cette question importante et explique comment la création de systèmes de santé mentale durables doit faire partie de tout relèvement à long terme après une situation d'urgence. »

Président Bill Clinton

« La santé mentale est un aspect important du processus de relèvement de crise comme j'ai pu personnellement le constater dans un certain nombre de pays où j'ai servi. De fait, les coûts à long terme pour les individus et pour le développement des sociétés peuvent être beaucoup plus importants que les effets immédiats. Cette publication remarquable montre aux organismes intervenants la voie à suivre afin qu'ils adoptent une approche à long terme des soins de santé mentale après une situation de crise. »

Neil Buhne

**Président, Groupe de travail thématique du CPI sur le relèvement accéléré
Bureau de la prévention des crises et du relèvement
Programme des Nations Unies pour le Développement**

« Les situations d'urgence créent des occasions essentielles de développer de meilleurs systèmes de soins de santé pour l'avenir. Cette publication est une belle illustration de la manière dont mes collègues de la santé mentale – un domaine important mais trop souvent négligé de la santé – ont saisi cette occasion pour « reconstruire en mieux ». Cette publication va au-delà des recommandations théoriques, en apportant la preuve qu'il est sensé d'investir dans les systèmes de santé mentale après les situations d'urgence. »

Paul Farmer

**Directeur fondateur, Partners In Health
Président, Department of Global Health and Social Medicine
Harvard Medical School**

Les situations d'urgence, malgré leur nature tragique et les conséquences dramatiques qu'elles ont sur la santé mentale, sont des occasions uniques de construire des systèmes de santé mentale plus performants pour toutes les personnes qui en ont besoin. Cela est d'autant plus important que la santé mentale est indispensable au bien-être général, au fonctionnement, et à la résilience des individus, des sociétés et des pays qui se relèvent après une situation d'urgence.

Les progrès mondiaux en matière de réforme de la santé mentale seront plus rapides si, lors de chaque crise, des efforts sont déployés pour transformer l'intérêt suscité à court terme pour la santé mentale en une dynamique pour une amélioration pérenne. La publication *Reconstruire en mieux : pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence* montre comment cela a été possible dans 10 régions diversement touchées par une situation d'urgence.

En publiant ce rapport, l'Organisation mondiale de la Santé veut faire en sorte que les personnes confrontées à une situation d'urgence saisissent cette occasion pour réformer les services de santé mentale et les améliorer.

