

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2017

Intégrer les soins de santé mentale dans les systèmes existants de soins lors des urgences humanitaires complexes : le cas de la République Centrafricaine et du Kurdistan Irakien

Paulina ACOSTA DEL RIO

Tutorat : Dr Jean-Luc ROELANDT

Table des Matières

Table des Matières	I
Liste des abréviations.....	III
Introduction.....	1
1. ARGUMENTAIRE.....	3
1.1. Prévalence de maladie, besoins en santé mentale, facteurs de résilience et support mutuel	5
1.2. Cadre politique et législatif de la santé mentale	7
1.3. Organisation de services de santé mentale, disponibilité de psychotropes et ressources humaines.....	9
1.4. Intégration de soins de santé mentale au niveau de la santé primaire.....	12
2. METHODE	13
2.1. Analyse de l'existant.....	13
2.1.1. Contexte et historique des directives sur l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire.....	13
2.1.2. Les actions recommandées pour améliorer les résultats de développement des personnes ayant des problèmes de santé mentale.....	16
2.1.3. Renforcement de système de soins et intégration de soins de santé mentale	20
2.1.4. Les défis déjà identifiés.....	24
2.1.5. Recommandations pour l'intégration de soins de santé mentale dans la santé primaire dans des contextes de crises humanitaires	27
2.1.6. Exemples d'actions similaires au Kurdistan et République Centrafricaine	31
2.2. Méthode d'analyse	34
3. RESULTATS.....	34
3.1. Engagement de parties prenantes et analyse situationnelle	34
3.2. Renforcement des capacités et initiation de services de santé mentale dans les soins de santé primaire.....	37
3.2.1. Formation de personnel de santé et autres	37
3.2.2. Réussites, défis et obstacles liés à la formation et les solutions possibles.....	40
3.2.3. Supervision du personnel de santé.....	43

3.2.4. Défis et obstacles liés à la supervision et les solutions possibles	44
3.2.5. Organisation de services et ressources humaines	45
3.3. Coordination de programmes et de services	46
4. DISCUSSION	47
Recommandations à manière de conclusion	48
Bibliographie.....	V
Annexe 1 - Analyses situationnelles	XI
Annexe 2 - Pyramide d'organisation de services de santé mentale	XIII
Annexe 3 - Guide d'entretien.....	XIV
Annexe 4 - Exemples d'actions similaires dans d'autres pays	XVII

Liste des abréviations

ACF Action contre la faim

AFD Agence Française de Développement

ASMC Agent de santé mentale communautaire

CETA Common Elements Treatment Approach

CPT Cognitive Processing Therapy

DALY Disability-Adjusted Life Year

DGS Direction Général de la Santé

GMH Global Mental Health

HAI Heartland Alliance International

HCR Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

IASC Inter-Agency Standing Committee

IDE Infirmier diplômé d'Etat

IMC International Medical Corps

JHSPH Johns Hopkins School of Public Health

MhGAP Mental Health Gap

MNS Mental, Neurologique et lié à l'utilisation de substances psychoactives

MSF Médecins sans Frontières

NCD Non- communicable diseases

OIM Organisation International pour les Migrations

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONG Organisation non gouvernementale

ONU Organisation de Nations Unies

PRFI Pays à revenu faible et intermédiaire

PRIME Programme for Improving Mental Health Care

RCA République Centrafricaine

SMS Short Message Service

SSP Soins de santé primaire

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

YLL Years of potential life loss

YLD Years lived with disability

Introduction

La République d'Irak a une superficie de 435 052 km² et sa population est estimée à 38 146 025 habitants en juillet 2016 (factbook, CIA). Le taux d'alphabétisation est de 86,9% chez les hommes et de 70% chez les femmes (COSIT, 2007 cité par Iraq Mental Health Survey 2006/7, p. 19). Les deux langues principales sont l'Arabe et le Kurde. Le groupe majoritaire est celui des arabes (88%), suivi des kurdes (11%). Les turkmènes, Assyriens et autres représentent 1 % de la population. Le pays est majoritairement musulman, la communauté chiite étant la plus nombreuse. Des communautés sunnite et chrétiennes (notamment chaldéennes) sont également présentes. Il est classé par la Banque Mondiale dans le groupe de pays avec un revenu moyen supérieur. Depuis 1979, l'Irak a connu trois guerres, dont une a été le théâtre de répressions sanglantes contre les kurdes. Le régime de Saddam Hussein est tombé en 2003 suite à l'invasion des Etats-Unis. Le nouveau régime en place a accordé l'autonomie à la région du Kurdistan.

Depuis 2014, les conflits dans le nord ont forcé 3,2 millions de personnes à se déplacer, dont 900 000 vers la région autonome du Kurdistan et les frontières contestées de Ninewa et Diyala, créant ainsi une grave crise humanitaire. Leurs conditions de vie précaires sont une grande source de détresse. De plus, les besoins en protection sont plus importants pour les personnes déjà exposées à des événements traumatiques liés au conflit. Le pays est actuellement confronté à une crise financière et les fonctionnaires de l'Etat ne reçoivent pas la totalité de leurs salaires. De nombreux programmes humanitaires dans des camps des réfugiés (pour des personnes d'origine kurde en provenance de la Syrie), et de déplacés (personne originaire d'Irak), n'ont pas été poursuivis en 2016. Les fonctionnaires ne sont pas impliqués et motivés à participer à des programmes ou des formations dispensées par des organisations non-gouvernementales (ONG). L'ensemble du système semble s'effondrer. De plus en plus de pression est exercée sur les systèmes existants avec l'afflux permanents de personnes déplacées dans le Kurdistan.

La République Centrafricaine (RCA), pour sa part, est un vaste pays peu peuplé sans littoral dans une sous-région où la situation politique et sécuritaire est particulièrement volatile. Elle a une superficie de 623 000 km² et sa population est estimée à 5 507 257 habitants en juillet 2016 (*factbook*, CIA). Le taux d'alphabétisation est de 72% pour les hommes et 56% pour les femmes (UN Statistiques, 2008). Le Sango et le français sont les deux langues officielles du pays. Les principaux groupes ethniques sont Gbaya (33%), Banda (27%), Mandjia (13%), Sara (10%), Mboum (7%), M'Baka (4%), Yakoma (4%), autre (2%) (*factbook*, CIA). 25% de la population est de religion protestante, 25% catholiques, 15% musulmans. Les autres religions représentent 35% de la population, l'animisme étant prédominant dans le pays. Il est classé dans le groupes de pays avec un revenu faible par la Banque Mondiale.

Une recrudescence de la violence en 2013 a entraîné depuis une destruction massive de biens, violations des droits des humains et le déplacement de masse des personnes. Sur le plan socio-économique, la RCA reste fragile et vulnérable au moindre choc économique. Les indicateurs pour l'éducation et les secteurs de la santé sont actuellement parmi les plus bas de la sous-région et l'état d'investissement dans ces secteurs est très limité.

Au niveau international, différents acteurs mettent en avant le principe d'utiliser les situations de crises humanitaires, causées par des catastrophes naturelles, par des conflits armés, ou par des accidents technologiques, pour inciter une dynamique visant à reformer de manière général le système de soins, y compris les soins de santé mentale. C'est ainsi que des organisations, tel que l'organisation mondiale de la santé à travers la publication de 10 exemples de réforme (WHO, 2013), font appel aux personnes confrontées à des situations de crise pour entamer des changements de leurs systèmes de santé. Le but étant de mettre en place des soins de santé mentale de façon pérenne dans leurs communautés en profitant des fonds disponibles dans le cadre de réponses aux urgences. On estime que les crises humanitaires augmentent la prévalence des troubles mentaux graves de 2-3% à 3-4% au cours des 12 premiers mois et les troubles mentaux communs de 10% à 20% (ibid., p.17), les interventions doivent donc aller au-delà de la prestation de services qui risque de créer des services parallèles, et viser la restructuration du système de soins qui est censé les dispenser.

Dans les contextes socio-économique et politique décrits, l'organisation Action contre la Faim (ACF) s'est inscrit dans des processus d'intégration de soins de santé mentale au niveau de la santé primaire afin d'appuyer les gouvernements de deux pays, notamment les ministères de la santé, sur leurs efforts et ainsi augmenter l'accès aux soins de personnes touchées. Les actions de l'organisation font partie de leurs réponses aux crises humanitaires engendrées par des conflits armés dans la préfecture de la Kémo et à Bangui en République Centrafricaine (RCA) et dans le gouvernorat de Dohuk dans la région autonome du Kurdistan Irakien. Les deux expériences qui font l'objet du présent mémoire ont été inspirées par le programme « combler les lacunes en santé mentale » de l'OMS. L'analyse réalisée vise à capitaliser les acquis des projets, à étudier les actions menées à la lumière des recommandations internationales, à tirer les leçons et formuler des pistes pour la suite.

1. ARGUMENTAIRE

En 2011, l'OMS, dans son discours d'introduction de sa stratégie sous forme de « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 » exprime le constat suivant : « Dans de nombreuses sociétés, les troubles mentaux liés à la marginalisation, à l'appauvrissement, aux violences domestiques, aux maltraitances, au surmenage et au stress, posent des problèmes de plus en plus grands notamment pour la santé des femmes. (...). Lors de la planification des interventions humanitaires d'urgence (...), il est indispensable de veiller à mettre largement à disposition des services de santé mentale et de soutien psychosocial à assise communautaire. (...). L'intégration des soins de santé mentale dans les services et programmes de santé généraux (...) et les services et programmes d'aide sociale (comme ceux consacrés à la santé des femmes ou au VIH/sida), fournit une bonne occasion de mieux prendre en charge les problèmes de santé mentale » (OMS, 2015).

Malgré ces préconisations, les contextes de pays où les interventions humanitaires ont lieu sont souvent précaires. Le déficit des systèmes de santé implique que chaque année, des millions de personnes sont laissées pour compte, faute de traitement. Ceci est particulièrement vrai dans les pays à faibles et moyens revenus. En effet, ¾ des personnes ayant des problèmes mentaux vivent dans les pays à revenus faibles et moyens. Parmi eux, approximativement 76% à 85% des personnes souffrant de troubles mentaux sévères ne reçoivent pas de traitement, ce qui équivaut à moins d'une personne sur 50. Cela s'explique par l'allocation de moins de 1% du budget annuel de santé des pays à revenus faibles à la santé mentale. Souvent, les individus disposant de revenus limités se voient dans l'obligation de financer eux-mêmes leurs soins en santé mentale. Certains gouvernements n'ont aucun représentant de la santé mentale dans leur ministère de la santé, et 30% des 184 pays ayant répondu au sondage de l'OMS en 2005 déclaraient ne pas avoir de budget spécifique à la santé mentale. L'OMS, quant à elle, voit ses actions limitées en ce sens que, bien qu'ayant un programme dédié à la santé mentale, celui-ci ne perçoit qu'à peine 1% du budget total de l'organisation.

Selon l'Atlas de la Santé Mentale publié en 2014, qui dresse le tableau de la situation dans le monde, seulement 15 % des pays ayant répondu considèrent eux-mêmes avoir mis en œuvre pleinement leur politique ou plan, 14 % ont une politique ou plan, qui n'est pas mis en œuvre, tandis que 10 % supplémentaires ne disposent pas de politique ou de plan. Le plus souvent, les politiques et les plans existent, mais sont partiellement mis en œuvre (61 % au niveau mondial, et entre 41 % et 77 % dans les six régions de l'OMS). Plus de quatre pays sur cinq ayant répondu considèrent que leur politique ou plan favorise la transition vers les services de santé mentale intégrés dans la communauté (y compris les soins de santé mentale intégrés dans les hôpitaux généraux et les soins primaires) et accordent une attention explicite au respect des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux.

D'après l'estimation réalisée par l'OMS, la durée moyenne de déplacement des personnes forcées à quitter leur domicile est de 17 ans. Les réponses aux urgences humanitaires se doivent d'être intégrées au niveau de

systèmes locaux et nationaux existants, travaillant pour une pérennité des actions. La prise en compte de la santé mentale et du bien-être psychosocial permet de préserver la dignité des victimes et d'améliorer l'action sanitaire en général (IASC, 2011a). L'expérience d'une urgence peut considérablement affecter le bien-être mental et psychosocial d'une personne. L'exposition à la violence ou à un désastre, la perte ou la séparation des membres de la famille et amis, la détérioration des conditions de vie, l'incapacité de subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille, puis le manque d'accès aux services peuvent tous avoir des conséquences immédiates, et/ou à long terme, pour l'équilibre et l'épanouissement des individus, des familles et des communautés. Avec un soutien adéquat, la majorité des personnes sont en mesure de surmonter les expériences difficiles. Cependant, pour d'autres, elles peuvent se transformer en détresses psychologiques telles que le stress post traumatique, les maladies psychosomatiques, les dépressions, les troubles d'anxiété ou même de la violence (IASC, 2011b).

Pour répondre à ces besoins, ACF intègre ses interventions en santé mentale et soutien psychosocial au sein des services de soins primaires en renforçant les compétences du personnel de santé ainsi que l'offre de soins, plutôt que de travailler à renforcer les services secondaires (structures psychiatriques) et les spécialistes (psychiatres) (ACF, 2016a). La formation du personnel de soins primaires en santé mentale est un enjeu crucial pour la capacité à identifier et apporter un soutien de base aux personnes en détresse psychologique ou atteintes de troubles mentaux communs et graves. Les avantages de cette intégration sont nombreux, à savoir, ces structures sont la première porte d'entrée pour toute personne ayant un problème de santé y compris mentale ; et cela permet d'augmenter l'offre de soins dans des contextes où l'offre est faible. Etant donné que les problèmes de santé mentale passent souvent inaperçus ou sont stigmatisés, il est difficile d'avoir recours à des services spécialisés. Les personnes les plus vulnérables (d'un point de vue socio-économique, ethnique, géographique) ont peu de chances d'accéder à des soins psychiatriques spécialisés. Le traitement des problèmes de santé mentale en amont, c'est-à-dire par exemple au début de la grossesse, permet une meilleure prise en soin réduisant l'impact sur la santé de la mère et de l'enfant à venir.

Les programmes de l'organisation humanitaire ont pour but de développer un ancrage communautaire car il a été constaté que l'amélioration de l'offre de services ne se traduit pas nécessairement par une augmentation ou une amélioration de la demande. Il est nécessaire de sensibiliser et mobiliser les communautés afin d'améliorer les comportements de recours à la santé en identifiant les déterminants de ces comportements pour pouvoir agir sur eux. Les déterminants les plus importantes sont, notamment, le fait d'identifier son propre besoin comme un problème relevant de la santé et comme étant en lien avec ses propres systèmes de croyances ; les facteurs économiques qui rendent l'accès possible ou pas ; la disponibilité des services en termes d'horaires, distance et personnel ; et les facteurs socio culturels, par exemple l'autorisation de la part des personnes qui détiennent le pouvoir au sein de la famille. Les communautés participent ainsi à la définition des priorités et

des stratégies, à leurs mises en œuvre, à la diffusion des informations sur les ressources existantes, et elles contribuent à la prestation de services pour atteindre un meilleur niveau de santé.

1.1. Prévalence de maladie, besoins en santé mentale, facteurs de résilience et support mutuel

Le fardeau exact de santé mentale est inconnu en Irak, y compris au Kurdistan. Cependant, une enquête a été menée en 2006 sous l'égide du ministère de la santé, en partenariat avec le ministère de la planification et de la coopération au développement, l'Organisation centrale pour les statistiques et Technologies de l'information, le ministère de la santé du Kurdistan et le bureau régional des statistiques. Cette enquête a montré des taux élevés d'anxiété, dépression et de syndrome post traumatique depuis l'invasion en 2003, parmi les adultes et les enfants (MoH, 2009). Al-Jawadi (2007) reporte également une prévalence de 37.4% de trouble mentaux au niveau des structures de santé primaire chez des enfants et adolescents de la ville de Mossoul et un taux de suicide en augmentation chez les jeunes femmes au Kurdistan. Une augmentation de la consommation de substances psychoactives (alcool, opiacés) a été signalé à cette époque aussi.

Le centre de lutte contre les maladies et la prévention (CDC) a mené une enquête en 2012 auprès de réfugiés de huit à 36 mois habitant aux Etats-Unis et les résultats sont cohérents avec les données collectées auprès des irakiens dans leur pays. L'enquête a trouvé que 50% des personnes ont rapporté souffrir d'anxiété, 49% de dépression et 31% avait besoin d'une évaluation approfondie du syndrome post traumatique (CDC, page consulté le 14 août 2017). Les raisons à l'origine de la détresse psychologique sont très similaires à celles mise en avant par l'enquête de 2006, à savoir : bombardements aériens ; attaques avec des roquettes ; coups de feu ; interrogatoire ou harcèlement ; connaissance d'un proche ayant été tué ; être réfugié ou déplacé ; agression sexuelle (MoH, 2009 ; CDC, 2012).

Depuis 2013, il n'y a pas eu d'évaluation de la prévalence des troubles et signes de détresse psychologique au niveau national et la plupart des évaluations des besoins ont été menées par des ONG dans des zones spécifiques (camps de réfugiés et de déplacés, habitations informelles en zones périurbaines et rurales). L'intensité des combats et de la violence est un déclencheur commun des réactions de stress aiguë. Les réactions psychologiques les plus fréquemment observées parmi les bénéficiaires suivis en 2015 et 2016 par les équipes d'ACF correspondent à l'isolement chez les filles et l'augmentation de l'agressivité chez les garçons ; une irritabilité plus élevée et des comportements régressifs chez les enfants (par exemple, l'énurésie et le mutisme sélectif). Chez les adultes, on observe des difficultés de sommeil (cauchemars et insomnie), des niveaux élevés de stress et d'irritabilité, isolement et diminution du niveau d'activité (plus chez les femmes), fatigue, anxiété, symptômes dépressifs, symptômes psychosomatiques, symptômes associés au traumatisme (reviviscences et *flashbacks*) et des idées suicidaires accrues (ACF, 2016b).

En ce qui concerne les facteurs de résilience, en fonction de l'origine des personnes en situation de déplacement et du groupe culturel auquel elles appartiennent, ils peuvent ou non disposer de réseaux de soutien social solides. Les personnes qui bénéficiaient des programmes d'ACF en 2015 étaient installées dans des villages de la région de Ninewa et proviennent de communautés traditionnellement fermées et ont généralement été déplacées en groupe. La société kurde a réagi avec beaucoup de solidarité et de compassion envers les personnes déplacées (de nombreux dons privés ont été fait directement aux personnes déplacées, des personnes apportant des matelas, des couvertures, de la nourriture, des articles ménagers, des lits et des vêtements dans les bâtiments inachevés et les écoles). Ceci constituait souvent les interventions les plus efficaces. Cependant, pour les communautés Yézidies déplacées, leur résilience inhérente est souvent compromise par le fait que beaucoup ont des membres de la famille toujours en captivité par le groupe état islamique. De manière générale, les personnes trouvent du réconfort en parlant aux autres, en leur demandant des conseils et en s'appuyant sur la famille, les voisins, l'église ou la mosquée (ACF, 2016b).

L'accès aux soins de santé mentale spécialisés reste limité dans les zones situées en dehors des camps officiels (par exemple, la province de Ninewa et le gouvernorat de Diyala). La peur, l'inquiétude et l'incertitude autour de l'avenir sont des préoccupations communément signalées. Les conséquences directes sont : la détérioration de la relation parent-enfant, le développement de troubles de santé mentale, l'augmentation de la violence domestique et sexiste en raison du stress, des difficultés d'expression émotionnelle, de l'irritabilité et de la frustration, en particulier pour les hommes incapables de remplir leur rôle traditionnel (soutien et protecteur de toute la famille) en raison du manque d'offres d'emploi, aggravé par la crise économique actuelle (ACF, 2016b).

Il existe un environnement de tension, de peur et de méfiance chez les populations. Les conflits entre différents groupes (arabe, chrétiens, Yézidis, Kurdes) créent des frustrations, des colères et des haines. Ils rendent difficile l'établissement d'un soutien communautaire ou de réseaux d'entraide. Les femmes et les filles ne bénéficient pas de l'égalité d'accès aux opportunités, elles sont plus isolées et / ou forcées de rester à la maison. Les adolescents, les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies mentales graves sont les groupes qui sont le moins pris en charge (ACF, 2016b).

En RCA, il n'y a pas de données représentatives au niveau national sur la prévalence des troubles mentaux. Cependant, certaines données sont disponibles, par exemple, les troubles mentaux contribuent 5% de la charge globale de santé en RCA d'après l'OMS. Les années de vie ajustées par incapacité sont de 2 659 pour 1000 habitants et le taux de suicide est de 9.5 pour 1000 habitants (WHO & CGF, 2014). L'étude épidémiologique mené par Vinck & Pham (2010), a trouvé 55.3% de troubles dépressifs chez les personnes exposées à des violences. En 2011, la politique nationale de santé mentale rapporte des hospitalisations due aux psychoses (57,3%), aux troubles liés à l'abus des substances psychoactives (21.6%) et autres causes tel que les troubles

dépressifs et anxieux. La cause la plus commune de consultation sont les troubles anxieux liés aux violences et aux violences sexuelles, notamment dans de villes comme Bossembélé, Damara, Liton et Sibut où il y a eu des dizaines de victimes (notamment les femmes) de violences sexuelles lors des événements militaro-politiques. L'usage répété de substance psychoactives a été rapporté parmi les jeunes de 20 à 30 ans de plusieurs villes dans le cadre de leur travail (conducteurs de taxi motos ou exploitants de diamant ou d'or). Rien qu'à Bangui, le nombre de personnes souffrant d'un trouble psychique errant est estimé entre 300 et 400.

L'analyse de la situation cosignée dans la politique nationale de 2011, a soulevé le recours très répandu à la médecine traditionnelle comme facteur de résilience dans le pays. D'autres facteurs également constatés correspond à l'organisation sociale avec une structure familiale de type élargi ; un « retour vers des formes traditionnelles, l'appel aux pratiques magiques et religieuses pour surmonter les difficultés nouvelles » (p. 12) ; la création d'associations, des groupes de prière, et des groupes de quartier avec ou sans objectif précis mais répondant au besoin d'être ensemble.

Plusieurs ONG ont documenté les besoins en santé mentale dans le cadre de leurs réponses humanitaires depuis 2013. ACF a réalisé une évaluation de besoins en santé mentale et des pratiques de soins infantiles dans la région de Kemo cette année-là. L'évaluation a montré l'émergence des symptômes post-traumatiques chez une grosse partie de la population ; un niveau de détresse psychologique élevé avec un sens de désespoir et perte de volonté (Dozio, Peyre, Oliveau & Bizouerne, 2016). Lors des événements de violence cette année-là, la population a été exposée à des agressions, viols, séparations, morts, la perte d'un ou plusieurs membres de la famille ainsi que de leurs biens, ce qui explique les réactions de stress extrême et les symptômes évoqués (ibid.). En 2014, l'organisation *International Medical Corps* a mené une analyse situationnelle rapide qui a montré la manifestation des troubles mentaux chroniques et sévères associés à l'exposition à des événements traumatiques ; le stress aigu ; l'épilepsie était rapportée comme un problème tant chez les enfants que chez les adultes ; et l'abus de substances (tramadol, drogues et alcool) (Analyse de la situation, 2016). L'organisations *Save the Children* (2015), a réalisé une évaluation plus récemment auprès des enfants d'âge scolaire dans les localités de Bangui et de l'Ouaka à travers laquelle les difficultés psychologiques des enfants, incluant l'état de stress post traumatique sont importantes et représentent un fardeau important pour les enfants eux-mêmes, les parents et les enseignants. De même, 10% des enfants rapportent avoir été victimes de violences sexuelles, dans certains lieux de l'étude et 64% des enfants présentaient un état de stress post traumatique (ibid.).

1.2. Cadre politique et législatif de la santé mentale

Au Kurdistan Irakien

Sharma & Piachaud (2011) présentent le compte rendu du processus de développement de la politique de santé mentale en Irak de 2003 à 2007 dans un contexte de reconstruction post-conflit. Avant l'invasion en 2003,

les soins de santé mentale étaient disponibles uniquement dans des hôpitaux avec certaines petites unités établies dans les hôpitaux généraux et les soins institutionnels à long terme. Une évaluation du système a eu lieu en 2005 avec l'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale (IESM), qui confirmait cet état de lieu, et a mis en évidence que Bagdad avait le plus grand nombre de lits psychiatriques dans le pays et que seuls les psychiatres ont le droit de prescrire des médicaments psychotropes (MoH, 2009). Sur la base de ces résultats et des priorités identifiées par le Conseil National Irakien de Santé Mentale, une nouvelle structure psychiatrique a été établie à Erbil ; une action sur les ressources humaines a été entreprise, notamment la formation des médecins attribués aux hôpitaux publiques ainsi que six semaines de formation pour les infirmiers ; du matériel de sensibilisation a été produit pour le grand public ; et des partenariats ont été développés (détaillé plus bas) (ibid.).

À partir de 2006, l'intégration dans les soins de santé primaire était limitée : le traitement hospitalier n'était disponible que pour les maladies mentales sévères et persistantes ; les troubles de l'humeur étaient traités dans les services ambulatoires basés sur un modèle biomédical ; les services spécifiques pour enfants et adolescentes n'étaient pas assez développés et les médicaments étaient souvent indisponibles. Malgré l'approbation de la loi sur la santé mentale en 2004, ce domaine n'a pas été une priorité au sein du ministère de la santé. La stratégie de santé 2009-2011 a mis l'accent sur l'intégration dans les services de santé primaire. Le modèle de soins défini pour l'Irak « était un modèle public de santé mentale axé sur les soins primaires, les équipes multidisciplinaires et les liens vers les soins communautaires » (Sharma & Piachaud, 2011, p. 339).

Un plan de santé mentale existe, approuvé et révisé en 2008 pour la dernière fois. Cependant, le Kurdistan ne suit pas nécessairement les politiques du gouvernement central de Bagdad (N. Ismet Taib, communication personnelle, 9 janvier 2016). En conséquence, la région n'a pas de politique ou de plan spécifique. Il n'y avait qu'environ 50 psychiatres dans la région en 2016. Ces professionnels sont répartis dans différents gouvernorats et organisent des cliniques privées que très peu de gens peuvent se permettre. Le résultat est un traitement et un service psychiatrique déficients en hospitalisation, et pas assez d'hôpitaux psychiatriques, la plupart d'entre eux étant loin de la localisation des bénéficiaires. Les programmes de psychothérapie ou de réadaptation n'existent pas et la stigmatisation est répandue.

Un comité de pilotage travaillant sur la santé mentale et le soutien psychosocial (OMS, ministère de la Santé, ONG, HCR) a établi des directives stratégiques pour accroître la couverture et l'accès aux soins de santé mentale et au soutien psychosocial. Il a ainsi défini qu'une approche communautaire doit être appliquée dans toutes les interventions impliquant la nécessité de renforcer les soins de santé primaires pour l'intégration des soins de santé mentale, en mettant l'accent sur les infirmières et le personnel paramédical, à cause de la forte rotation des médecins, qui quittent le pays. Il a également demandé un soutien à plus long terme des ONG internationales, y compris le suivi post formation (ACF, 2016).

En République Centrafricaine

Il n'y pas eu d'évaluation du système de santé mentale avec l'IESM jusqu'à présent. Cependant, le profil du pays est répertorié dans l'atlas de santé mentale de l'OMS et une analyse situationnelle a été effectuée en 2016 dans le cadre du projet pilote pour l'intégration de soins de santé mentale dans la santé primaire sous l'égide du ministère de la santé en partenariat avec l'OMS. Tel qu'évoquée auparavant, une politique a été validée en 2011 ainsi qu'un Plan National 2011-2015, mais il n'a pas été opérationnalisé (Analyse situationnelle, OMS, 2016). Il n'y a pas de législation spécifique relative à la santé mentale et les provisions ne sont pas couvertes non plus par d'autres lois. Toutefois, certaines activités étaient comprises dans le Plan National de Développement Sanitaire 2006-2015 (ibid.).

Cette politique prévoit une intégration effective des soins de santé mentale dans les soins généraux et la prévention et la lutte contre les troubles mentaux, psychologiques et liés aux toxicomanies (Ministère de la santé publique, 2011). Les axes stratégiques définis dans la politique national correspondent au renforcement du cadre institutionnel ; le renforcement de capacité à travers la formation du personnel et l'intégration de modules sur la santé mentale dans la formation de base ; le développement du plaidoyer et de la mobilisation sociale ; le développement de la promotion de la santé dans le cadre de la santé mentale ; le développement de la recherche ; le développement du partenariat et de la collaboration, y compris avec les leaders religieux et communautaires ; et le développement des activités de suivi/évaluation. Elle dicte également la création d'un Programme National de Santé Mentale.

Dans le cadre de la réponse à la crise humanitaire, un plan de transition 2016-2017 a été développé entre cette réponse et la relance du système de soins, ainsi que des plans opérationnels définis tous les ans, quoique seulement centré sur la prestation de services. Le programme d'aide du gouvernement japonais a permis de débiter en 2016 un projet pilote d'intégration de soins de santé mentale. L'organisation IMC met en place également un programme d'intégration depuis 2015 dans la préfecture de Haute-Kotto fortement touchée par les conflits internes (IMC, non publié).

1.3. Organisation de services de santé mentale, disponibilité de psychotropes et ressources humaines

Selon la situation en 2016, il y a deux possibilités pour les références psychiatriques dans le gouvernorat de Dohuk au Kurdistan. Pour les adultes (plus de 18 ans), il y a l'Hôpital Azadi, où, en raison de la crise financière, la dotation en personnel a été considérablement réduite et les employés ne travaille pas toujours avec des horaires réguliers. Le Département de la santé (DdS) rencontre des difficultés pour le maintien de dossiers de patients précis et, même si les estimations précédentes affirmaient qu'ils reçoivent entre 50 à 60 cas par jour dans l'établissement, ce nombre se rapproche probablement plus entre un à cinq. Seulement quatre psychiatres sont présents à Dohuk et seulement deux voient réellement les patients (les deux autres sont en

congé). Il n'y a pas de psychologues dans cet hôpital-là. Le centre de santé mentale pour enfants compte deux psychiatres (dont un seul spécialiste en psychiatrie infantile), une infirmière et 12 enseignants et psychothérapeutes (Dr Perjan, communication personnelle, janvier 2016). Il y a des services psychiatriques ambulatoires à Zakho disponibles à l'hôpital d'urgence également. Les psychologues travaillant avec le gouvernement sont principalement affectés dans les centres de santé et voient très peu de patients ; ils font souvent des travaux non liés à la psychologie, tels que la saisie générale des données et le soutien aux programmes de vaccination. Certains ont reçu au cours des années précédentes de courtes formations sur des interventions thérapeutiques psychologiques (néanmoins, il n'a été possible d'avoir des précisions à ce sujet).

En ce qui concerne la continuité des soins, à l'heure actuelle « la région n'a pas mis en place un système permettant aux patients d'avoir un point de contact cohérent dans le système de soins, par exemple un prestataire de SSP ou une équipe désignée. De même, il n'existe pas de méthode établie pour la communication entre un prestataire de référence et un spécialiste » (RAND Corporation, 2010, p. xxi). Selon les médecins généralistes, les patients sont habitués à utiliser les soins de santé primaire comme porte d'accès aux services spécialisés et aux médicaments d'ordonnance. Les médecins estiment qu'il y a peu de respect pour les praticiens de la santé en général chez les usagers des services, et ils sont principalement considérés comme des obstacles à l'accès aux médicaments et aux spécialistes demandés (Informations recueillies lors des discussions avec des participants lors des formations en 2015).

À présent, il existe très peu de services ou de structures au niveau de la santé communautaire. Le DdS a l'intention de recruter et de former des bénévoles pour travailler en tant que travailleurs communautaires de la santé, mais cela n'a pas encore été mis en œuvre et la mise en œuvre devrait être encore retardée en raison de la crise économique et des difficultés à trouver du personnel pour former les volontaires de manière satisfaisante. Les représentants du DdS déclarent ne pas connaître d'organisations représentant les usagers, ni d'organisations locales prestataires des services. Le DdS est intéressé à soutenir le renforcement de la santé communautaire, en particulier la santé mentale communautaire, mais à l'heure actuelle, ils ne semblent pas avoir une bonne compréhension de leurs objectifs pour ce niveau de service, ni le paysage des ressources existantes à ce niveau. Par rapport à l'approvisionnement de médicaments, y compris des psychotropes, il est irrégulier avec de nombreuses ruptures de stock ; il dépend de manière exclusive de l'achat et l'importation international pour tous les médicaments essentiels à défaut d'une production local et même les ONG internationales rencontrent des difficultés pour assurer la disponibilité pour leurs programmes de santé (réunion de coordination du groupe santé mental et soutien psychosocial à Dohuk, janvier 2015). D'après une analyse situationnelle effectué en 2017, il y a des différences au niveau de directives sur la prescription et l'autorisation donné à certains médecins généralistes en fonction du gouvernorat, certains médecins sont autorisés, et d'autres pas nécessairement selon leur niveau de formation (IASC, 2017).

En RCA, l'offre de soins de santé mentale est concentrée dans le service de psychiatrie et d'hygiène mentale situé au Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui (CNHUB), où il y a un service ambulatoire et 24 lits pour les hospitalisations. Le nombre de cas a augmenté de 416 en 1996 à 1.488 en 2016. Au niveau des ressources humaines, il y avait un psychiatre qui est parti depuis 2011 ; un médecin avec expérience en psychiatrie titulaire du poste de Chef du service de psychiatrie du CNHUB et Coordonnateur du Programme National ; deux infirmiers d'Etat avec deux années de formation en santé mentale (Burkina-Faso et Cameroun) employés au CNHUB ; 3 psychologues cliniciens (2 CNHUB, 1 Hôpital Communautaire) (Analyse situationnelle, OMS, 2016) ; et un nombre indéterminé d'agents psychosociaux qui relèvent du Ministère des Affaires Sociales et qui sont, en principe, en place dans tous les structures sanitaires et participant de manière significative au suivi de patients. Deux médecins ont rejoint l'équipe du service de psychiatrie de l'hôpital central grâce au programme mhGAP afin d'assurer sa mise en œuvre et le service est en cours de réhabilitation.

L'analyse situationnelle de 2016 a recensé l'initiative soutenue par l'OMS en 2015 qui avait le but de mettre en place de cellules d'écoute dans neuf localités du pays à travers la formation de cinq jours du personnel de santé (27 médecins généralistes et 50 paramédicaux) de 25 structures sanitaires sur la santé mentale et le soutien psychosocial. Malgré ces efforts, la formation n'a eu comme résultat une augmentation de nombre de cas identifiés avec des signes de détresse ni de soins apportés. Les obstacles évoqués sont le manque d'outils, de soutien et supervision, des médicaments disponibles et de sensibilisation d'autres cadres de santé pour l'identification à leur niveau et la référence. En conséquence, les centres d'écoute ne sont pas opérationnels à ce jour. Il n'y a pas de programme national de promotion de la santé mentale, néanmoins quelques activités de sensibilisation ont lieu sous le leadership de l'ONG Association Cœur Amours (ACA) en collaboration avec le CNHUB (par exemple, dans le cadre de la journée mondiale de la schizophrénie).

La plupart de médicaments psychotropes essentiels sont disponibles dans un milieu privé et certaines ONG assurent la disponibilité dans les structures sanitaires supportées avec ses propres ressources ou assure le remboursement des médicaments psychotropes achetés dans les officines privées suite à la prescription reçue au Service de Psychiatrie du CNHUB pour les patients qu'ils réfèrent (tel était le cas d'ACF). Par contre, ces médicaments ne sont pas disponibles dans les structures de santé du gouvernement et une commande a été faite en 2016 comme solution à court terme dans le cadre du programme d'aide du gouvernement japonais (M. Vandendyck, communication lors d'un webinar le 15 juin 2017) et un kit de molécules essentielles a été développé. Les médecins généralistes sont autorisés à diagnostiquer et traiter (avec des médicaments) les troubles mentaux. Les infirmiers d'Etat sont autorisés à diagnostiquer et prendre en charge avec des restrictions, notamment s'ils/elles ont suivi une formation en santé mentale et ont bénéficié d'une supervision (Analyse situationnelle, OMS, 2016).

Pour plus d'informations concernant les analyses situationnelles de deux pays, voir l'Annex 1.

1.4. Intégration de soins de santé mentale au niveau de la santé primaire

L'intégration des soins de santé mentale dans la santé primaire est de plus en plus en plein essor, en particulier dans les pays à revenu moyen et faible et affectés par des crises humanitaires. L'OMS préconise cette intégration, car il est une solution à faible coût au lieu d'investir dans le développement d'une force humaine avec plus de spécialistes. Cependant, est-ce que cette stratégie est vraiment réaliste dans ces contextes ? Est-ce qu'il est possible de fournir des services de qualité et surtout, respecter le principe de ne pas nuire ? Est-ce qu'il suffit d'intégrer des soins dans le système de soins du gouvernement ou est-ce que les efforts doivent aussi soutenir la création ou le maintien d'associations des usagers et leurs familles ? Des exemples de diverses tentatives pour parvenir à une telle intégration, se trouvent de plus en plus dans la littérature et ces initiatives permettent de tirer de nombreuses leçons et recommandations, sur les bonnes pratiques ainsi que sur les erreurs à ne pas reproduire à l'avenir. Certaines de ces expériences ont mis en évidence des véritables questions, par exemple :

- Les organisations occidentales doivent-elles « profiter » des catastrophes à grande échelle dans des pays à faible et moyen revenu pour promouvoir des services de santé mentale communautaire, en particulier lorsque les services centraux sont extrêmement sous-développés ?
- Comment parvenir à que l'engagement des bailleurs de fonds soit à long terme depuis le début, étant donné que cette intégration nécessite une stratégie coûteuse de développement institutionnel à long terme afin que les résultats soient vraiment efficaces et élargi à tout le pays ? Les expériences en Haïti après le tremblement de terre en 2010, en Iraq depuis 2003 et en RCA depuis 2013 montrent clairement les limites des engagements à courte terme des bailleurs.
- Quelle est la valeur de former du personnel de santé primaire pour un service qui peut ne pas être soutenu, et l'éthique de fournir des soins gratuitement, alors que cela ne durera peut-être pas non plus, tel qu'il est le cas des services de secours d'urgence humanitaire ?
- Dans certains pays, les organisations peuvent-elles faire face au dilemme, soit de se concentrer sur la création de nouveaux services communautaires, soit de développer ou restructurer les institutions psychiatriques existantes ?

Les gouvernements de la République Centrafricaine (RCA) et la Région Autonome du Kurdistan Irakien s'inscrivent dans des processus d'intégration de soins de santé mentale au niveau de la santé primaire depuis le début de crises humanitaires récentes avec le soutien d'organisations internationales. Les deux expériences font l'objet de la présente analyse.

Objectif : Analyser les actions préliminaires, la mise en place et les acquis des projets dans les deux pays afin d'étudier les processus à la lumière des recommandations internationales à cet effet, et tirer les leçons ainsi que formuler des pistes d'orientation pour la suite.

Hypothèse : La formation du personnel de structures de santé primaire sur la santé mentale, notamment en suivant le guide d'intervention du *mhGap*, permet d'une part, qu'il soit en mesure d'identifier les symptômes et les signes de détresse, ainsi qu'une prise en soins de base et de référencement adéquates ; et d'autre part, d'augmenter l'accessibilité aux soins à un plus grand nombre de personnes.

2. METHODE

2.1. Analyse de l'existant

2.1.1. Contexte et historique des directives sur l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire

La publication de la série Lancet sur la santé mentale mondiale (GMH : *Global Mental Health*) en 2007 a marqué l'apparition du ainsi nommé mouvement. La série a souligné trois associations principales: a) les troubles mentaux sont des facteurs de risque pour le développement de maladies transmissibles et non transmissibles et peuvent contribuer à des blessures accidentelles et non accidentelles; b) dans le cas de certaines maladies infectieuses, les troubles mentaux augmentent le risque de transmission et c) de nombreuses conditions de santé augmentent le risque d'apparition de troubles mentaux ou prolongent les épisodes de maladie mentale (Prince et al., 2007). Le faible accent mis sur la santé mentale dans la session extraordinaire des Nations Unies (ONU) sur les maladies non transmissibles (NCD) en 2011 a été suivi de l'élaboration du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 par l'OMS, auquel l'ensemble des Etats membres a adhéré.

Le soutien aux ministères de la santé pour renforcer leurs capacités en matière de soins de santé mentale est conforme à l'objectif deux du plan d'action « Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire » et plus précisément « dans le contexte de l'amélioration de l'accès aux soins et services de qualité, l'OMS préconise le développement de services communautaires intégrés de santé mentale et d'aide sociale; l'intégration des soins de santé mentale et du traitement dans les hôpitaux généraux et les soins primaires; la continuité des soins entre les différents prestataires et les niveaux du système de soins; une collaboration efficace entre prestataires formels et informels et la promotion de l'auto-gestion, par exemple grâce à l'utilisation de technologies électroniques et mobiles ».

O'Donnell et O'Donnell (2016) définissent GMH comme « (...) un domaine international, interdisciplinaire, culturellement sensible et multisectoriel qui favorise le bien-être humain, le droit à la santé et l'équité en matière

de santé pour tous » (p. 2) en termes de résultats sanitaires entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. Le concept englobe également l'encouragement de comportements et de modes de vie sains ; la prévention et le traitement des maladies mentales, neurologiques et lié à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) ; l'amélioration des politiques et des programmes, les pratiques professionnelles et la recherche, le plaidoyer et la sensibilisation et la reconnaissance des facteurs sociaux et environnementaux qui déterminent la santé et le bien-être (ibid.). L'appel à l'action repose sur la preuve d'une forte prévalence et de l'incapacité due à des troubles mentaux ainsi que d'une inégalité dans la prestation de services (Baxter, Patton, Scott, Degenhardt et Whiteford, 2013). On estime qu'un fardeau élevé de la maladie est attribuable aux problèmes mentaux, neurologiques et d'utilisation de substances (en 2010: 10,4% de toutes les années de vie ajustées par incapacité (DALY) dans le monde, représentaient 2,3% de l'ensemble des années de vie perdues (YLL) et 28,5% des années vécues avec une incapacité (YLD)) (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin & Vos, 2010; Patel et al., 2015), créant un large écart de traitement entre le nombre de personnes nécessitant des soins et le traitement disponibles à travers le monde, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI).

En 2008, l'OMS a lancé le programme d'action sur les lacunes de la santé mentale (mhGap), qui vise à élargir les services de santé mentale dans des contextes à faible ressources, à réduire l'écart entre les besoins et les services disponibles et à renforcer la capacité des États membres à répondre à la nécessité d'intensifier les soins pour les troubles MNS grâce à l'intégration dans les soins de santé primaires (SSP) et les services médicaux généraux. Le programme tente de proposer un ensemble intégré d'interventions et tient compte des obstacles existants et possibles pour l'élargissement des soins. Il répond à la question sur ce qui devrait être élargi, en fonction de ce qui peut être fait dans les soins de santé de routine par des non-spécialistes, en identifiant les conditions mentales prioritaires en raison du fait qu'elles représentaient un fardeau élevé (en termes de mortalité, de morbidité et d'incapacité), qu'elles causent un large coût économique ou qu'elles ont été associées à des violations des droits des humains. Les travaux de recherche essaient maintenant de répondre à la façon dont ces traitements peuvent être augmentés (Patel, 2012). Le guide d'intervention a été développé en 2010 et a été mis à jour en 2015. Une version humanitaire a été adaptée, afin d'étendre les interventions cliniques et psychosociales fondées sur des preuves dans des établissements de soins de santé non spécialisés. Le guide fournit des détails aux agents de santé sur l'évaluation clinique, la gestion et la mise en pratique des interventions pour chaque condition prioritaire.

Kirmayer & Pedersen (2014) résument les principales critiques faites au GMH qui sont le résultat de la tension entre les approches de santé publique (basées sur la biomédecine et l'accent mis sur les pratiques fondées sur des données probantes produites principalement dans les pays à revenu élevé) et une approche communautaire qui souligne l'importance des déterminants sociaux de la santé et la nécessité d'écouter les

priorités et les solutions et renforcer les ressources locales. Les principales critiques peuvent être résumées comme suit :

- Des données limitées et les extrapolations incertaines ou douteuses soutiennent la prévalence et le fardeau des problèmes de santé mentale dans les PRFI, ce qui entraîne des chiffres gonflés ou trompeurs
- Les déterminants sociaux, culturels et économiques des résultats en matière de santé mentale sont plus importants que les problèmes posés par les études épidémiologiques ;
- Parler d'un écart de traitement privilégie la nécessité de services et d'interventions par des professionnels qui ne tiennent pas suffisamment compte des approches communautaires et locales ;
- Les interventions standardisées peuvent ne pas être culturellement appropriées, réalisables ou efficaces dans d'autres contextes.

Les auteurs avertissent des possibles effets négatifs à ignorer ou négliger le contexte social et culturel au niveau des individus et des familles :

- L'utilisation de catégories diagnostiques non appropriées pour le contexte culturel local entraînant des erreurs de diagnostic ;
- Ne pas reconnaître les problèmes personnels et sociaux qui nécessitent des solutions autres qu'un traitement ;
- Ne pas prendre en compte les moyens locaux d'expliquer les problèmes et les stratégies d'adaptation pour faire face à la détresse qui s'avèrent aussi efficace (par exemple, les approches fondées sur la pleine conscience sont fondées sur la méditation orientale ; le tai chi) ;
- Contribuer à la stigmatisation en associant des personnes atteintes de maladie psychiatrique.

Au niveau des systèmes de santé, des institutions, des communautés et des populations, les effets négatifs sont liés au fait de ne pas accorder suffisamment d'attention aux déterminants socio-économiques, structurels et politiques et au fait de privilégier les causes biologiques pour adhérer aux agendas des entreprises pharmaceutiques.

Les auteurs proposent des réponses constructives aux critiques, par exemple, l'élaboration des bilans plus équilibrés en fonction d'interventions efficaces, y compris celles qui reposent sur la mobilisation des ressources locales et favorisent la résilience et les stratégies d'affrontement. L'évaluation des résultats devrait également refléter les priorités et les contextes locaux et suivre les participants / usagers au fil du temps pour évaluer les effets à plus long terme. En ce qui concerne l'alphabétisation en santé mentale, l'accent devrait être mis sur les échanges de connaissances, les valeurs et les perspectives et une éducation symétrique et bidirectionnelle plutôt que d'une transmission à sens unique d'experts.

En dépit du consensus sur certaines questions spécifiques (par exemple : des solutions alternatives efficaces pour les troubles psychotiques chroniques qui représentent des contraintes à long terme que les médicaments peuvent aider à réduire ; la dépression et l'anxiété légères peuvent être traitées sans médicaments et avec un accompagnement impliquant des changements de mode de vie, le soutien social et les méthodes pour y faire face ont tendance à être plus efficaces), il existe encore un certain nombre de controverses. L'applicabilité universelle des catégories et traitements des diagnostics actuels reste incertaine, ainsi que la qualité des interventions disponibles et les preuves démontrant ce qui fonctionne. Les recommandations font référence à l'investissement dans l'analyse des systèmes de guérison locaux par rapport aux coûts et aux avantages et donnent la priorité à la recherche sur «la pertinence des systèmes (...) nosologiques et de leur impact sur la recherche d'aide, le cours de la maladie et la réponse au traitement », ainsi que le développement d'approches d'évaluation sensibles aux expressions idiomatiques locales de détresse (p. 771).

2.1.2. Les actions recommandées pour améliorer les résultats de développement des personnes ayant des problèmes de santé mentale

Les soins de santé mentale doivent être installés à différents niveaux du système de soins. L'accès aux soins pour les cas sévères, qui comprend l'accès aux services généraux (des services psychiatriques peuvent être nécessaires pour une hospitalisation occasionnelle compte tenu de la nature de certains troubles) et la création de centres communautaires de santé mentale (par ex. hôpital de jour, services de réadaptation, équipes mobiles, les services thérapeutiques et résidentiels supervisés, les foyers de groupe, les services de gestion de cas, l'assistance aux familles, etc.) ou d'autres ressources de soins de santé secondaires semblables, doit être assuré. Ceux-ci servent soit de point de référence pour l'attention clinique, soit comme point technique de conseil, de formation et de supervision du réseau. La création et le renforcement des systèmes de référence et contre-référence ; ainsi que des liens solides devraient être établis entre les soins primaires et les services secondaires des hôpitaux généraux et des soins tertiaires (WHO, 2003). La décentralisation des grands hôpitaux, qui nécessite souvent la fourniture de lits dans les hôpitaux généraux.

La création d'un mélange optimal de services a d'abord été proposée par l'OMS sur l'Organisation des services pour la santé mentale (2003), puis sur l'Intégration de la santé mentale dans les soins primaires : une perspective mondiale (2008) et Amélioration des systèmes et services de santé pour la santé mentale (2009). Le modèle est représenté par une pyramide (voir Annexe 2) où les différents niveaux vont de haute fréquence de besoin et de faible coût (par exemple, l'auto-gestion) à basse fréquence et à coût élevé (par exemple, les hospitalisations de longue durée et les services psychiatriques spécialisés). Le modèle met l'accent sur le grand besoin de se prendre en charge soi-même à tous les services et à tous les niveaux, et sur le faible engagement avec l'aide professionnelle à un engagement élevé pour favoriser le rétablissement et une meilleure santé

mentale. Il repose sur les principes d'accessibilité, de globalité, de continuité et de coordination des soins, de soins axés sur les besoins, de l'efficacité, de l'équité et du respect des droits des humains. Le sommet de la pyramide prévoit le besoin d'installations de longue durée et de services psychiatriques spécialisés pour une petite partie de la population (personnes avec des présentations résistantes au traitement ou complexes, personnes nécessitant des soins continus dans les établissements résidentiels en raison de la gravité de leur état ou les handicaps intellectuels et le soutien familial pauvre ou nul).

Du point de vue de la santé mentale ancrée dans la communauté, il est préférable de disposer d'un modèle de soins équilibré où la plupart des services sont fournis dans des milieux proches des populations desservies, les séjours à l'hôpital sont réduits autant que possible et situés dans des salles aiguës dans les hôpitaux généraux (Thornicroft & Tansella, 2002, in Thornicroft et al., 2010). Selon les ressources disponibles dans chaque milieu, différentes priorités sont définies. Dans les contextes de ressources faibles, ce qui semble être la stratégie la plus abordable est de mettre l'accent sur l'amélioration de la capacité des établissements de santé primaires à dispenser des soins de santé mentale avec un soutien spécialisé restreint. Cette stratégie est fondée sur le fait qu'en raison de la faible disponibilité de services de toutes sortes et de pénuries de professionnels de la santé mentale dans ces milieux, les gens recherchent souvent des soins dans des établissements de soins primaires et / ou des guérisseurs traditionnels et religieux. Ainsi, les soins primaires englobent également les moyens traditionnels de soins et de soutien. La disponibilité de soins au niveau des SSP réduit également la stigmatisation liée aux troubles mentaux et est à moindre coût (Mugisha et al., 2017). Dans le cadre des services formels, les soins primaires sont le premier niveau et les services essentiels qui peuvent être fournis sont « l'identification et le traitement précoce des troubles mentaux, la gestion de patients psychiatriques stables, le counseling pour les troubles communs, la référence à d'autres niveaux le cas échéant, et des activités de promotion et de prévention de la santé mentale » (WHO, 2009). Dans ces contextes, il est recommandé de mettre en place des services spécialisés dans les hôpitaux généraux du district (WHO, 2003). D'autres services peuvent être planifiés pour être développés à un stade ultérieur, car un pays donné peut ne pas être en mesure de développer tous les services à la fois.

Les soins ancrés dans la communauté impliquent également l'établissement de réseaux entre les services, ainsi qu'avec la communauté, y compris les guérisseurs traditionnels et religieux (cela constitue les soins communautaires informels proposés par la pyramide de la combinaison optimale de services) ; recherche active de cas et sensibilisation dans la communauté ; services géographiquement accessibles, entre autres. Il repose sur le principe de permettre aux gens d'accéder au traitement tout en restant dans leurs communautés et de garder le lien avec les familles, les amis, le travail et la participation sociale (Thornicroft et al., 2010).

Patel et al. (2015), soulignent la nécessité d'intégrer des services de santé mentale aux SSP afin d'améliorer les résultats de développement des personnes ayant des problèmes de santé mentale. L'orientation de l'IASC

recommande également une telle intégration (Lignes directrices de l'IASC sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, 2007). En effet, le modèle idéal, selon les mêmes auteurs, est un soin échelonné collaboratif dans lequel les soins aux patients sont coordonnés par un premier gestionnaire de cas non spécialisé (selon les conditions du système dans la région et le type de structure, peut être un médecin, une infirmière, une sage-femme, un agent de santé communautaire, un guérisseur traditionnel ou un membre de la communauté [Ventevogel, Perez-Sales, Fernandez-Liria et Baingana, 2011]) qui est capable d'accomplir une série de tâches, tels que le dépistage, des interventions psychosociales, le suivi proactif et la liaison entre la médecine générale, le patient et les services spécialisés. De même, l'Organisation mondiale des médecins de famille (Wonca) suggère que chaque famille devrait avoir un médecin qui gère les soins, pourvu qu'ils aient accès à un éventail complet de services spécialisés dans la communauté et au niveau des hôpitaux (WHO & Wonca, 2008).

Les liens hors du secteur formel de la santé devraient être établis et fonctionnels également (par exemple, la formation et la supervision des travailleurs sociaux, des enseignants, des leaders communautaires et des guérisseurs traditionnels) (Patel et al., 2015). Les centres de soins primaires et les écoles, par exemple, peuvent être des canaux de mise en place d'une intervention spécifique sur une plate-forme particulière. Les systèmes autonomes basés sur des hôpitaux psychiatriques spécialisés devraient être évités (Ventevogel et al., 2011). Ces liens devraient également inclure les services fournis par des organisations non gouvernementales (nationales et internationales) (WHO, 2008a).

D'autres recommandations faites par Patel et al. (2015), et soutenues par d'autres, sont les suivantes :

- Intégration dans les politiques générales, les plans de mise en œuvre et le développement des ressources humaines. Même si des politiques globales sont en place, des problèmes apparaissent souvent pour les mettre en œuvre. Certains d'entre eux se réfèrent aux plans qui ne sont pas détaillés et assez pratiques pour une prise en soins communautaire efficace des soins de santé mentale, car le nombre réel de ressources disponibles n'est pas correctement pris en compte. Ceci mène à l'importance d'avoir des méthodes pour estimer avec précision les besoins en ressources pour l'extension des services (Thornicroft et al., 2010), car des agents de santé supplémentaires devraient être recrutés pour assumer des responsabilités supplémentaires (WHO, 2003).
- Les troubles mentaux et autres maladies chroniques ont des similitudes en termes de durée, de cours, de causes et conséquences sous-jacentes (WHO & CGF, 2014). Ces conditions ont souvent une comorbidité qui rend possible l'intégration des soins de santé mentale dans les services existants pour les troubles chroniques (le VIH, la tuberculose et autres maladies non transmissibles). Ceci augmente les chances d'améliorer les résultats de santé physique et mentale des personnes car ces services et certains aspects de la prise en soins des maladies chroniques sont mieux développés par le domaine de

la santé mentale (groupes d'entraide, service aux usagers et participation familiale, attention portée à l'épuisement professionnel du personnel de santé), améliorant les soins au niveau des SSP (Hanlon et al., 2014). Cela offre également une opportunité pour la santé mentale de ne pas concurrencer d'autres priorités en matière de santé, car elle peut être incorporée dans d'autres programmes de santé (par exemple, soins pour la dépression maternelle dans le cadre d'un programme de santé reproductive plus vaste) (WHO, 2003).

- (Ré)construction de services communautaires de santé mentale pendant et après les crise humanitaires (WHO, 2013) ;
- Établissement de liens solides entre les services de santé mentale, le logement, l'emploi, les autres services sociaux et le bien-être, la justice pénale, etc. (WHO, 2003 ; Patel et al., 2015).
- Accroître l'accès aux possibilités d'éducation, ainsi qu'appuyer et mettre en œuvre les programmes de la petite enfance ;
- Inclusion dans les activités génératrices de revenus ;
- Améliorer la protection des droits des humains d'après la Convention sur les droits des personnes handicapées en 2006, le Programme des droits de la qualité de l'OMS en 2012 et le rapport thématique du HCR sur la santé mentale et les droits de l'homme en 2017.

Selon le principe d'efficacité, les interventions à mettre en œuvre doivent être fondées sur des données probantes et elles sont actuellement recommandées à travers trois plates-formes étendues (Patel et al., 2015) :

- 1) Plate-forme au niveau de la population : l'ensemble de la population, la promotion de la santé mentale, la prévention et l'entrave des barrières latérales (par exemple, la stigmatisation) ;
- 2) Plate-forme au niveau communautaire : ciblant un groupe de personnes qui partagent une caractéristique ou font partie d'un cadre particulier (par exemple, les programmes de parentalité dans la petite enfance et la formation professionnelle dans les écoles pour créer des compétences sociales et émotionnelles) ;
- 3) Plate-forme au niveau de soins de santé: l'autogestion et les soins (par exemple, la télé-psychothérapie pour la dépression et l'anxiété); les SSP et la sensibilisation de la communauté (par exemple, un agent de santé non spécialisé qui assure la gestion psychologique et pharmacologique de certains troubles); et les soins hospitaliers, y compris des services spécialisés et l'hôpital de premier niveau fournissant d'autres types de services (par exemple, médecine générale, soins du VIH ou pédiatrie).

2.1.3. Renforcement de système de soins et intégration de soins de santé mentale

Vers 2005, il y a eu un changement global vers des approches horizontales pour lutter contre les maladies et des outils d'orientation ont été développés pour renforcer les systèmes de soins de santé¹, en particulier le cadre de l'OMS et les six éléments constitutifs² (ACF, 2015). Le concept de renforcement, tel que défini par le glossaire des termes de l'OMS, implique l'identification des changements dans la politique et la pratique du système de soins d'un pays et la mise en œuvre, d'une part; et toute initiative ou stratégie visant à améliorer une ou plusieurs des fonctions du système («fournir des services, générer des ressources humaines et physiques qui rendent possible la prestation des services, augmenter et mutualiser les ressources utilisées pour payer les soins de santé, et la gouvernance - la mise en place et l'application des règles du jeu et l'orientation stratégique pour tous les acteurs impliqués»), ce qui conduit à des améliorations sur la couverture, l'accessibilité, l'efficacité et la qualité (glossaire de l'OMS).

Les recommandations actuelles pour renforcer les soins de santé consistent à commencer par un diagnostic du système, pour lequel différentes méthodologies ont été développées afin d'évaluer et d'obtenir un instantané du système et de la structure de la communauté au niveau d'un district et d'identifier les forces et les faiblesses avec l'objectif d'établir les actions prioritaires pour développer une stratégie (ACF, 2015). De telles méthodes sont destinées à évaluer tous les aspects de la santé, y compris la santé mentale, et constituent un moyen complet d'obtenir une image du système global. Dans le cadre du programme d'amélioration des soins de santé mentale (PRIME³), un outil d'analyse de la situation a été développé en fonction de l'orientation fournie par le cadre pour l'action par pays du programme d'action mhGAP de l'OMS. Il relève principalement des données publiquement disponibles et ne nécessite pas la collecte de données primaires (Hanlon et al., 2014).

Quelques leçons acquises jusqu'à présent sur le renforcement du système de santé pour l'intégration des soins de santé mentale, tels que :

- Avoir une vision à long terme implique qu'une analyse de la situation de la santé mentale et des services psychosociaux existants devrait avoir lieu initialement dans des contextes d'urgence, y compris une exploration de la façon dont les gens font face et les ressources utilisées (services publics, organisations locales, institutions religieuses, guérisseurs traditionnels et autres institutions sociales). De même, les

¹ Le système de santé comporte toutes les activités dont le but principal est de promouvoir, rétablir et / ou maintenir la santé ; et les personnes, les institutions et les ressources, organisés ensemble conformément aux politiques établies, pour améliorer la santé de la population qu'ils servent ; et il se compose de divers sous-systèmes : politique, social, juridique, économique, culturel et médical.

² Leadership et gouvernance (gérance), prestation de services, ressources humaines, système d'information sanitaire, produits médicaux, vaccins et technologies et système de financement.

³ PRIME est un consortium d'institutions de recherche et de ministères de la santé de cinq pays d'Asie et d'Afrique (Éthiopie, Inde, Népal, Afrique du Sud et Ouganda), avec des partenaires au Royaume-Uni et l'OMS ; il est soutenu par le Département du développement international du gouvernement britannique (DFID) et est un programme de six ans qui a été lancé en mai 2011.

besoins locaux devraient être correctement évalués et devraient inclure la participation des communautés locales, des autorités locales, des futurs utilisateurs du service et du personnel de santé local dans les évaluations. Cela permettrait une estimation appropriée des ressources humaines nécessaires à la prestation des soins par rapport au niveau de besoin de la population.

- Commencer le suivi et planifier l'évaluation dès le début des actions et les indicateurs de succès doivent être discutés avec la communauté.
- Certains principes généraux de l'OMS stipulent que les soins primaires pour la santé mentale doivent être incorporés dans les politiques et les plans et des efforts de plaidoyer devraient être faits pour que les comportements de cette incorporation se produisent (10 principes généraux, WHO, 2008a). L'intégration réussie dépendrait de la manière dont ces principes sont appliqués dans tous les contextes et une bonne administration et gouvernance (ibid.). Elle nécessite une rénovation de la main-d'œuvre du système de soins où les rôles et les responsabilités des spécialistes et agents de santé en général doivent être adaptés. Le rôle des spécialistes (psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques) devrait être redéfini en partenariat avec eux pouvant aller des soins cliniques directs, de la formation et de la supervision des agents de santé non spécialisés, du suivi et de l'évaluation afin d'assurer la qualité, la gestion de l'équipe, planification et consultation et défense des droits des humains (WHO, 2003 ; Patel, 2012). Cette rénovation implique d'augmenter le nombre d'employés, de redistribuer ceux qui sont en service, de modifier le mélange de compétences et de développer de nouvelles compétences (WHO, 2009). Un autre principe clé est la formation appropriée des agents de soins primaires, étant donné qu'il a été identifié comme l'une des solutions les plus rentables pour pallier la faible disponibilité des professionnels de la santé mentale dans les PRFI. La solution de partage des tâches ou de changement de tâches (*task sharing or shifting*) a d'abord été proposée pour accroître l'accès aux services de lutte contre le VIH qui étaient contraints par un manque de personnel de santé et il peut être défini comme « des tâches spécifiques sont déplacées, où il s'avère appropriée, des agents de santé hautement qualifiés aux agents avec une formation plus courte et moins de qualifications afin d'utiliser plus efficacement les ressources humaines disponibles » (WHO, 2008c, p. 2).
- Les recommandations et les lignes directrices soulignent que le changement de tâches devrait être mis en œuvre parallèlement à d'autres stratégies conçues pour augmenter le nombre total d'agents de santé dans tous les cadres. La création ou l'augmentation du nombre de spécialistes disponibles dans le pays devrait faire partie de cette stratégie en s'engageant dans le développement de curriculums dans les systèmes éducatifs formels. Ils soulignent également que le changement de tâches est proposé comme une approche efficace, mais qui nécessitera des investissements importants et ne devrait pas être considéré comme un substitut à d'autres investissements dans les ressources humaines pour la santé.

- En outre, le partage des tâches comprend des modèles de soutien par la paire-aidance qui peuvent apporter une grande valeur à l'intégration de la santé mentale dans les SSP dans des contextes où la guérison traditionnelle joue un rôle majeur, mais aussi dans d'autres contextes (voir Roelandt et Staedel, 2016, sur le programme de recherche expérimentale sur les médiateurs de santé-pairs dans trois régions en France). Le rôle des prestataires de soins par les pairs non spécialisés est défini par Myers (2015), en tant que « expertise par expérience » qu'une personne a puisqu'elle/il a également connu une maladie mentale grave, « qui comprend souvent l'incapacité et la discrimination », au lieu d'une formation formelle ou en plus de cela.
- Le guide de l'OMS à ce sujet, définit les éléments clés qui doivent être en place si l'approche doit se révéler sûre, efficace, équitable et durable : une consultation, une analyse de situation et d'une approbation nationale et d'un cadre réglementaire habilitant. Il précise les mécanismes d'assurance de la qualité des soins, y compris la formation requise, la supervision, la certification et l'évaluation. Il couvre les éléments qui devront être pris en compte dans le but d'assurer des ressources adéquates pour la mise en œuvre et d'offrir des conseils sur l'organisation des services de soins cliniques dans le cadre d'une approche de changement de tâches.
- Les lignes directrices sur l'intégration (WHO, 2008a) soulignent l'importance de la formation des agents de santé en général en poste, surtout lorsqu'ils n'ont pas été exposés à ces soins, et de consolider leurs connaissances s'ils ont participé à des formations antérieures, ainsi que l'opportunité de mettre à jour les connaissances sur la base de recherches et de pratiques récentes. Une stratégie viable pour s'assurer que les agents de santé poursuivent leur formation en santé mentale est en déterminant un certain nombre d'heures consacrées à l'éducation. La formation devrait être étroitement liée aux niveaux de service décrits dans la pyramide de l'organisation de services de l'OMS.
- La formation doit porter sur la stigmatisation et la discrimination, ce qui implique de sensibiliser les travailleurs à leurs propres croyances, attitudes et comportements discriminatoires et stigmatisants et ceux des autres et d'autres secteurs de la société ; de même qu'ils devraient être conscients des conventions et normes internationales et régionales relatives aux droits de l'homme liées à la santé mentale (WHO, 2005) et aux droits des personnes en situation de handicap. Les compétences requises pour qu'un professionnel de la santé primaire soit en mesure de fournir un soutien de qualité en santé mentale comprend des compétences essentielles en matière de communication et de soutien émotionnel (voir WHO, 2008a, pour plus de détails) et des compétences plus avancées telles que la capacité à annoncer des mauvaises nouvelles, adopter un style de conseil et motiver le changement de comportement. Certains travailleurs pourraient également être formés sur certaines techniques thérapeutiques en plus, comme la relaxation et le contrôle de la respiration, la résolution de problèmes

et le recadrage des pensées négatives et irrationnelles. L'OMS (2008a) déclare que les agents de santé peuvent être formés dans une courte période ; cependant, les effets ne dureront pas s'ils n'arrivent pas à pratiquer les nouvelles compétences et à bénéficier d'une supervision soutenue au fil du temps de la part des spécialistes.

Certaines leçons apprises concernant la formation du personnel de santé peuvent être résumées comme suit :

- Fournir une supervision et une formation de suivi suffisantes pour intégrer les compétences cliniques, de préférence liées aux institutions existantes, dans un système plus large de soins. Accès aux protocoles fondés sur la preuve et au soutien des spécialistes des soins secondaires. Dans les contextes de ressources précaires, les spécialistes devraient être impliqués judicieusement en tant que formateurs et superviseurs, autant que possible, des agents de santé moins spécialisés et les moyens doivent leur être fournis pour accroître leur capacité à long terme (WHO, 2003, 2005 et 2008a). La formation seule n'est pas suffisante pour garantir la disponibilité des soins, surtout si le résultat de la formation nécessite des changements dans le système.
- Développer des compétences dans les soins multidisciplinaires (pas seulement en co-localisant les travailleurs de la santé avec des spécialités dans le même bâtiment), la communication en équipe et la gestion proactive et fondée sur des preuves par rapport à une population définie ;
- La formation ne doit pas être proposée sans suivre les résultats ni superviser la pratique ;
- Utilisation des principes et des méthodes de formation des adultes et de formation participative ;
- Reconnaître ce que les participants savent déjà et s'appuyer sur leur expérience ;
- Définir un cadre et un plan global pour éviter la frustration et décourager les participants à court terme ;
- Les méthodes devraient inclure l'observation de la pratique pour identifier les besoins de formation ;
- Le processus doit être axé sur la pratique ; liés à des attitudes et des approches acceptées à tous les niveaux et non seulement au transfert de connaissances ;
- Adapté aux destinataires, souvent avec des milieux professionnels différents ;
- La formation en cascade (formation de formateurs) ne doit être envisagée que s'il est possible d'assurer un soutien, un suivi et une évaluation à long terme. Cela pose des difficultés importantes pour l'évaluation, la supervision et l'assurance de la qualité ;

- Le matériel doit être développé localement, adaptés au contexte et prêter attention à la culture et aux expressions idiomatiques de détresse doivent être pris en compte avant d'utiliser des matériaux de formation tels que le guide d'intervention mhGap ;
- La formation d'un nouveau psychiatre devrait inclure une formation en réadaptation psychosociale axée sur le rétablissement. Cela aiderait à réduire la résistance que certains professionnels pourraient avoir en ce qui concerne les soins ancrés dans la communauté et la participation des usagers ; ainsi que de partager avec eux des exemples de rétablissement et de mise en œuvre réussie d'initiatives communautaires de santé mentale (Thornicroft et al., 2010).

2.1.4. Les défis déjà identifiés

Un certain nombre de défis ont déjà été signalés en relation avec l'intégration et la prestation de soins de santé mentale (Hanlon et al., 2014) :

- Les contextes dans lesquels les décideurs et les planificateurs doivent s'engager peuvent avoir de nombreuses priorités en matière de santé publique, des contraintes financières et des niveaux élevés de pauvreté et de privation sociale. Certaines solutions possibles pourraient consister à faire en sorte que le gouvernement forme un groupe de travail sur la santé mentale avec une mission cohérente dans le programme de santé publique, qui comprend les valeurs, les objectifs, la structure, le développement, l'éducation, la formation et l'assurance de la qualité pour une santé mentale axée sur la communauté; un plaidoyer efficace sur l'écart, le fardeau de la maladie, l'impact des conditions de santé mentale, la rentabilité des interventions et la réduction de l'espérance de vie, ainsi que l'identification des champions au sein du gouvernement avec l'autorité administrative et financière; les efforts de plaidoyer en utilisant l'OMS et d'autres organismes internationaux, en établissant le lien avec les conditions et les fonds de santé prioritaires; et établir un soutien politique en parité croisée pour la politique nationale et le plan de mise en œuvre (Thornicroft et al., 2010).
- L'absence politique et législation ou inadéquates en matière de santé mentale. Certaines solutions sont de plaider en faveur d'une formulation ou d'une revue des politiques avec une large consultation avec l'ensemble des parties prenantes, y compris les usagers et leurs familles, et intégrant une perspective de santé publique rationalisée basée sur les besoins et l'intégration des composants de services. En ce qui concerne la législation, un lobby puissant devrait être créé pour la formulation ou la modernisation du droit de la santé mentale d'une manière qui soit pertinente pour les soins axés sur la communauté ; et superviser une mise en œuvre adéquate (Thornicroft et al., 2010).
- L'absence de structures et de systèmes de santé pour soutenir les soins de santé mentale. Une solution possible est que le gouvernement planifie et finance une utilisation efficace des bâtiments, des

fournitures essentielles et des systèmes d'information électronique ; ainsi que la conception du système de santé mentale commençant par les soins primaires locaux, après les soins régionaux et finalement les soins spécialisés dans la région, puis à combler les lacunes avec de nouvelles ressources à mesure que le financement devient disponible (Thornicroft et al., 2010).

- L'absence de coordonnateurs de services ou insuffisants ; principe qui peut empêcher une intégration réussie (WHO, 2008a). Les expériences jusqu'à présent n'ont pas créé cette position ou ce rôle pour la supervision de l'intégration, la gestion des problèmes inattendus et les changements de direction et piloter les programmes.
- Ressources humaines insuffisantes. L'augmentation de l'allocation budgétaire ne suffira pas à entraîner des changements de système, mais les changements dans les systèmes de paiement devront peut-être également avoir lieu (par exemple, augmentation de salaire pour les psychiatres qui assument un rôle de supervision et de formateur). D'autres défis à surmonter se réfèrent à l'attitude négative des travailleurs de la santé vis-à-vis de la formation sur la santé mentale (en raison d'idées fausses au sujet des troubles, de la peur, du statut peu élevé de la profession et de la formation inappropriée) ; l'attrition (émigration des professionnels des milieux pauvres à riches, des milieux ruraux à urbains, rétention et répartition équitable des ressources humaines) ; et le leadership (Kakuma, 2011).
- Budgets insuffisants par rapport aux besoins de la population. Certaines solutions possibles pourraient consister à sensibiliser les décideurs sur l'écart entre le fardeau et les ressources allouées et sur le fait que des traitements efficaces sont disponibles et abordables ; préconiser des dépenses améliorées en matière de santé mentale en utilisant les informations, les arguments et les cibles pertinents ; et de recruter des champions politiques et de gouvernance clés pour défendre le financement approprié des initiatives (Thornicroft et al., 2010).
- Approvisionnement fiable ou inexistant de médicaments ; ce qui est à l'encontre du principe général d'une intégration réussie qui dicte que les médicaments psychotropes essentiels doivent être disponibles dans les établissements de soins primaires (WHO, 2008a). Les solutions possibles sont l'éducation des décideurs et des bailleurs de fonds au sujet des coûts / bénéfices de médicaments spécifiques ; fournir des infrastructures pour la surveillance de la clozapine ; surveiller la prescription de psychotropes ; et les fonds renouvelables des médicaments et les partenariats public-privé (Thornicroft et al., 2010).
- Manque d'outils d'aide à la décision pour les cliniciens ; de mécanismes de suivi et d'évaluation ;
- Systèmes d'information déficients, où aucune information complète sur la couverture du traitement n'est recueillie ni sur une répartition équitable de la couverture du traitement ;

- Manque d'ajustement de l'organisation du système local de santé mentale. Les plans de mise en œuvre devraient comporter des mécanismes de coordination clairs entre les services ; avoir un certain nombre de services nécessaires par population ; différencier les rôles des hôpitaux, des services communautaires et de soins primaires, les services privés et publics, en utilisant un système de captation / capitation avec un système de financement flexible ; et prioriser certains groupes (Thornicroft et al., 2010). Il est plus réaliste de concevoir des plans de cinq à dix ans spécifiant des phases de développement. La mauvaise utilisation des services de santé mentale existants peut être abordée en augmentant la prise de conscience de leurs avantages et en précisant des voies de soins claires (Ibid.).
- Un manque ou une faible disponibilité de professionnels spécialisés en santé mentale, ce qui constitue un obstacle majeur à une intégration réussie d'une qualité adéquate ; ainsi que la pénurie de main-d'œuvre multidisciplinaire formée sur les soins psychosociaux (psychologues, travailleurs sociaux, conseillers et travailleurs de soutien) ;
- Rotation élevée du personnel et un épuisement professionnel, ou un faible moral du personnel. Les moyens possibles pour y remédier sont l'introduction de services axés sur le rétablissement; la collecte d'exemples de cas de rétablissement; renforcer la confiance en impliquant les dirigeants du personnel dans les comités de surveillance et de prise de décision; parrainer des événements de cohésion d'équipe; mettre l'accent sur de longs programmes de formation continue; offrir des occasions de participer aux réunions professionnelles de la région; et assurer suffisamment de compétences et de soutien (Thornicroft et al., 2010).
- Manque de cadres collaboratifs entre les systèmes de santé et les guérisseurs traditionnels et religieux, ce qui limite la possibilité de compter sur eux pour dispenser d'interventions psychosociales de base et d'apprendre de leurs propres interventions qui s'avèrent aussi efficaces et culturellement adaptées. Thornicroft et al. (2010) suggèrent d'organiser des séances de familiarisation entre les praticiens des systèmes de guérison occidentaux et traditionnels comme moyen de commencer la collaboration.
- Des périodes de consultation brief dans les structures de SSP dans nombreux pays (car les consultations ne durent pas plus de cinq minutes). Une façon possible de relever ce défi est de mettre en place une identification précoce par des agents communautaires ou les bénévoles pour gagner du temps aux médecins généralistes (WHO, 2003).
- En ce qui concerne le changement de tâches, certaines études ont révélé que les travailleurs et les bénévoles de la santé ou de la communauté dans les PRFI étaient mécontents et surmenés en raison de l'engagement de nouveaux rôles, alors que les salaires et les titres restent inchangés (Ferrinho, Sidat, Goma & Dussault, 2011, Maes, 2015). Cette solution doit faire partie d'une stratégie qui consiste à

aborder un large éventail de problèmes d'un système de soins en parallèle et ne peut pas être une solution seule dans des contextes à ressources insuffisantes.

- Ignorer ou violer les droits des personnes atteintes de troubles MNS. Cet obstacle peut être surmonté en sensibilisant la population aux troubles, aux droits, et aux traitements disponibles ; ainsi qu'une forte surveillance est nécessaire de la part de la société civile et des groupes d'usagers, des inspections gouvernementales, des ONG internationales et des associations professionnelles (Thornicroft et al., 2010).
- Manque ou faible implication des usagers, des familles et autres défenseurs. Il existe un grand besoin de plaider dans la plupart des pays pour les impliquer dans tous les aspects du changement social, de la planification, du lobbying auprès du gouvernement, du suivi du développement et du fonctionnement du système de services, ainsi que de son amélioration. Une prise de décision partagée est nécessaire pour s'assurer que le système évolue de façon à faire valoir les objectifs des usagers et leurs familles ; et les professionnels doivent continuer à bénéficier de l'éducation sur les droits et leurs attitudes afin qu'ils soient formés pour accorder plus d'attention aux préférences des usagers et leurs proches (Thornicroft et al., 2010). En outre, les usagers devraient être responsables des services d'entraide et d'assistance par les pairs (ibid.).

2.1.5. Recommandations pour l'intégration de soins de santé mentale dans la santé primaire dans des contextes de crises humanitaires

Ventevogel, Perez-Sales, Fernandez-Liria et Baingana (2011) argumentent que les interventions en santé mentale dans les contextes des crises humanitaires devraient aller au-delà d'une prise en soins directs et devraient viser à restaurer et à restructurer les systèmes qui fournissent ces services. On estime que les crises humanitaires augmentent la prévalence de troubles mentaux graves de 2-3% à 3-4% au cours des 12 premiers mois et des troubles mentaux communs de 10% à 20% (WHO, 2013, p.17).

Les leçons acquises jusqu'à présent selon les mêmes auteurs et autres peuvent se résumer comme suit :

- Si les données épidémiologiques ne sont pas disponibles, effectuer des études pour déterminer la situation générale et les conditions de vie des groupes cibles et fournir des estimations approximatives de la prévalence ;
- La surveillance de la qualité devrait être inclus dans les activités de routine et les processus d'évaluation doivent se produire à différents niveaux : les gouvernements locaux vérifient si les prestataires respectent les exigences établies par la loi ; les payeurs examinent la nécessité des services fournis (Thornicroft et al., 2010) ; et les usagers et professionnels évaluent la qualité des services, l'impact sur le rétablissement et la réhabilitation et la satisfaction. Il est important d'expliquer au personnel de santé

le but de la documentation et des rapports en cas d'attitude négative à ce sujet, car il permet de suivre le succès et les problèmes qui nécessitent une attention et des mesures correctives (IMC, 2016) ;

- Conception du projet : utilisation de normes et de directives de consensus international, ainsi que construction d'accords locaux et de matériaux produits localement qui tiennent compte des aspects culturels et religieux. Les modèles et les programmes doivent être adaptés aux contextes locaux (WHO & CGF, 2014). Cette adaptation devrait être revue périodiquement (IMC, 2016). ;
- Développement d'une stratégie depuis le début pour le transfert de responsabilité aux acteurs locaux et les accords spécifiques avec les autorités sur le transfert, même si cela ne garantit pas nécessairement un transfert réussi. L'intégration doit être considérée comme un processus plutôt que comme un événement, car il faut du temps et du développement sur plusieurs années (WHO & CGF, 2014) ;
- La nécessité de collaborer et de consulter les acteurs gouvernementaux non sanitaires, les ONG et les réseaux communautaires. Création d'un groupe de coordination pour la santé mentale et le soutien psychosocial. La participation continue du gouvernement et organisations locales est essentielle pour assurer la durabilité ;
- Risque de créer des systèmes parallèles et des services verticaux pour des populations particulières : les ONG ont tendance à établir des services distincts au début d'une crise et les interventions peuvent se concentrer sur un trouble particulier tout en ignorant le large éventail de problèmes de santé mentale dans les situations d'urgence complexes. L'accès aux services pour tous doit être assuré. Évitez les programmes séparés avec un focus sur le trauma ou le deuil au niveau des SSP⁴. Pour éviter ce risque, il faut établir des relations étroites entre les ministères, les autres parties prenantes et les ONG internationales ; avoir un plan de santé mentale en place que les ONG peuvent aider à atteindre ; la proactivité du gouvernement pour collaborer avec les partenariats ONG et public / privé (Thornicroft et al., 2010) ;
- Reconnaître comment les communautés mobilisent déjà elles-mêmes des ressources pour se rétablir à leur propre rythme et à leur façon. Être conscient d'ignorer subitement ou de détruire les moyens traditionnels de soutien mutuel grâce à une psychoéducation et à une sensibilisation de haut en bas. Les professionnels de la santé mentale devraient comprendre et respecter les mécanismes locaux

⁴ Les interventions axées sur le traumatisme risquent d'ignorer l'expérience subjective du déplacement forcé. Les interventions qui permettent la souffrance et les plaintes d'être au cœur du soutien sont plus souhaitables. Pour un compte rendu qualitatif sur les expériences subjectives du déplacement, voir El-Shaarawi, 2015.

d'adaptation, soutenir et renforcer les initiatives qui favorisent le soutien social mutuel et l'auto-gestion au sein de la communauté ;

- Éviter la médicalisation de la détresse non pathologique et les problèmes sociaux (risque d'application du modèle médical par les agents de santé ayant une formation de base en soins de santé mentale). Une stratégie devrait être développée pour éviter de prescrire des médicaments à ceux qui peuvent être aidés par des interventions psychosociales et assurer un approvisionnement continu de médicaments pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves et d'épilepsie. Les troubles mentaux doivent être considérés dans le contexte où ils se produisent⁵ ;
- La détection des cas sans assurer l'accès au traitement, y compris la disponibilité de médicaments psychiatriques essentiels et d'autres formes d'aide, doit être évitée. La détection de cas basé sur des réseaux communautaires est réalisable et efficace ;
- La planification et / ou le suivi du patient doivent être pris en considération depuis le début, car certaines conditions exigent des mesures actives pour assurer l'adhérence au traitement et prévenir les rechutes. Une combinaison de stratégies peut être mise en œuvre, comme la participation des travailleurs communautaires et des dirigeants, des SMS lorsque cela est possible et des visites à domicile (IMC, 2016) ;
- Une évaluation de la façon dont la stigmatisation et les préjugés associés aux problèmes de santé mentale peuvent empêcher les gens de chercher de l'aide. Des matériaux et des ateliers psycho-éducatifs conçus localement pour la population en général sont nécessaires (c.-à-d. les troubles, la stigmatisation et la discrimination, les habitudes de santé telles que la consommation d'alcool, la violence familiale, le handicap intellectuel, les troubles mentaux graves, l'épilepsie).
- Surcharger les agents de santé avec des compétences et des connaissances qu'ils ne peuvent pas utiliser (par exemple, lors qu'ils n'ont pas assez de temps pour évaluer plus profondément les plaintes et peuvent manquer des troubles qui présentent des problèmes physiques). Une façon possible d'aborder le problème de la gestion du temps est d'organiser les soins de santé mentale de la même manière que les soins prénatals en mettant en place une clinique une fois par semaine et un médecin généraliste peut être libéré de tâches générales pendant une demi-journée par semaine pour exécuter ce service (exemple d'Haïti après le tremblement de terre en 2010). Cela permet une supervision pratique par un psychiatre, qui peut être quelqu'un qui apprend à devenir formateur. La clinique peut être coordonnée par un

⁵ Les critiques aux programmes de santé mentale avec un risque de médicalisation de la souffrance ont été avancés par des psychiatres culturels et des anthropologues médicaux, tels que S. A. Abramowitz et D. A. Summerfield. Voir aussi le document thématique de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé mentale.

psychologue ou un infirmier qui peut également entreprendre des évaluations préliminaires, fournir des activités thérapeutiques individuelles et collectives, assurer la liaison avec d'autres ressources communautaires (leaders locaux, groupes d'entraide et guérisseurs traditionnels) et servir de point de référence pour les survivants des violences basé sur le genre (Rose, Hughes, Ali & Jones, 2011). Chaque coordinateur peut également être chargé de recruter et de superviser des groupes de bénévoles de la communauté qui peuvent promouvoir une bonne santé mentale, appuyer les processus de deuil appropriés, identifier les personnes souffrant de maladies mentales graves, les engager dans un traitement et aider à accéder aux ressources locales.

- L'attention doit être accordée aux intérêts et à la résistance potentielle des agents de santé, car ceux qui travaillent dans les soins primaires peuvent s'opposer à ce qu'ils considèrent comme un travail supplémentaire. Les agents de santé primaires et les spécialistes peuvent partager une attitude sceptique vis-à-vis des soins intégrés comme un meilleur moyen de fournir des soins (WHO & CGF, 2014). Une façon d'aborder à cela est d'expliquer les raisons, les avantages et les objectifs de l'intégration dans un contexte de santé publique plus large (IMC, 2016).
- Le financement devrait augmenter pour permettre aux ONG nationales et internationales de s'engager dans des projets à plus long terme. Le développement ne doit pas être séparé de l'action humanitaire en matière de financement car il est difficile de concevoir des programmes durables autrement.
- Lier les soins de santé mentale à d'autres secteurs et impliquer les différents acteurs dans les activités (par exemple, programmes de nutrition, activités de subsistance, programmes de bien-être et de protection des enfants, programmes d'autonomisation pour les femmes, etc.). L'établissement ou le renforcement des systèmes de référence déjà existants est fondamental pour s'assurer que les besoins divers des patients et de leurs familles sont satisfaits et que les agents de santé primaires sont en mesure de le faire. Une carte de services constitue une stratégie utile pour être au courant de l'offre de services et des ateliers peuvent être organisés pour définir des mécanismes entre les services (IMC, 2016).
- Inclusion des soins de santé mentale dans les réformes du secteur de la santé. L'existence de politiques et de stratégies de santé mentale ne conduit pas automatiquement à accroître l'engagement et le financement par le gouvernement. Les agendas des différentes parties prenantes doivent être reconnus. Les administrateurs de soins de santé, les décideurs, les leaders pédagogiques, les fournisseurs de médicaments et de dispositifs et les payeurs peuvent avoir des raisons différentes de maintenir le statu quo du système de soins non coordonnés et axés sur les spécialistes.
- Les volontaires non rémunérés ne doivent pas être considérés comme la base d'un système de santé mentale. Les travailleurs psychosociaux basés sur la communauté ou les bénévoles formés peuvent

travailler sur la sensibilisation et l'identification des cas, la référence et le suivi. Ils ont besoin d'un soutien et d'une supervision continue et la durabilité d'un système qui inclut ce rôle dans la communauté doit être considérée dès le début (en termes de rémunération financière, de niveau minimum de qualité, d'acceptabilité culturelle, d'efficacité et de couverture). Ces rôles communautaires sont fondamentaux dans les milieux où les agents de santé ne sont pas suffisants pour assurer le suivi des patients, ainsi que l'identification, la référence et la sensibilisation structurée et les activités psychosociales (IMC, 2016).

- Les ressources humaines des systèmes de santé publique ne doivent pas être drainées pour être employées dans des projets des ONG.
- Le choix des médicaments psychotropes doit être fait avec soin (seuls les médicaments essentiels sont recommandés pour le niveau de soins primaires) et qu'un budget approprié est alloué à un approvisionnement régulier, compte tenu des restrictions spécifiques à l'importation / exportation dans chaque pays et les mécanismes de livraison. La disponibilité et l'offre à long terme constituent souvent un défi majeur dans certains pays, ce qui permet de travailler en étroite collaboration avec les gouvernements locaux, les autorités et les établissements de santé pour identifier les solutions (IMC, 2016).
- En dehors de ces principes et recommandations généraux, il n'existe pas encore de directives spécifiques à ce jour sur la façon d'intégrer les soins de santé mentale aux soins de santé primaires dans les contextes humanitaires. L'OMS a élaboré des lignes directrices pour une telle intégration dans les soins de santé en général, mais elles ne tiennent pas compte des particularités des contextes humanitaires.

2.1.6. Exemples d'actions similaires au Kurdistan et République Centrafricaine

Au Kurdistan Irakien, *Heartland Alliance International* (HAI), en collaboration avec l'École de santé publique Johns Hopkins (JHSPH), a mis en place un programme intégré de santé mentale dans le système de soins primaires entre 2005 et 2007, qui comprenait un programme de formation des agents de santé mentale communautaire (ASMC). L'intervention a été développée (counseling informé par le traumatisme) pour être mise en pratique par des ASMC faisait partie d'un programme plus large d'intégration, pour lequel il n'a pas été possible d'obtenir plus de détails. Les ASMC ont été sélectionnés parmi le personnel existant des centres de santé (pharmacien, infirmier et assistante médicale) avec suffisamment de temps et l'intérêt pour une formation en santé mentale et ayant de l'expérience dans des zones rurales avec des personnes exposées aux traumatismes et à la torture.

Le programme de formation a été inspiré par un modèle d'assistance sociale axé sur les connaissances et les compétences de base de toutes les professions d'aide, telles que les relations thérapeutiques, l'écoute active, les

soins de compassion, le maintien de la confidentialité, l'empathie, la résolution de problèmes, la gestion des médicaments, la psychoéducation, le travail communautaire et le plaidoyer. Les approches directrices étaient à la considération de la personne dans son environnement et ses forces. Il a appliqué un modèle consistant à former le formateur pour former les médecins qui, à leur tour, ont formé le ASMC, à travers des séances résidentielles et une supervision mensuelle sur le terrain. Le développement du curriculum a utilisé un modèle d'action participative en identifiant les besoins de formation en consultation avec le personnel irakien et les ASMC et en recueillant des informations via des entretiens, en testant le curriculum et en examinant le contenu en fonction des résultats de l'évaluation et le perfectionnement continu. Un échantillon d'ASMC travaillant dans la région de Dohuk a reçu une formation de recyclage avec une version plus courte du programme et ont participé à l'évaluation d'impact. Bass et al. (2016) ont publié les résultats de l'étude randomisée menée en 2009 à Dohuk dans le cadre du programme de counseling. Le programme a montré des effets modérés sur la dépression, l'anxiété et les troubles fonctionnels chez les communautés affectées par la torture et les traumatismes et peuvent être considérés comme un traitement de première intention pour les cas légers à modérés, en supposant que des services spécialisés sont disponibles pour les cas sévères.

Weiss et al. (2015) ont testé l'efficacité de deux thérapies de conseil, de l'Approche de traitement des éléments communs (CETA) et de la thérapie cognitive de traitement (CPT) dans le sud de l'Irak parmi les survivants de la violence systématique (zones entourant les villes de Karbala, Najaf et Hilla (CETA) Basra / Nassariyah (CPT)) d'avril 2011 à janvier 2012. Les thérapies ont été fournies par des agents de santé non spécialisés travaillant dans les centre de santé du ministère dans les zones rurales et formés quelques années avant l'étude par HAI dans le cadre de leur programme de formation d'ASMC.

En 2008, le ministère de la Santé a démarré un programme visant à intégrer la santé mentale dans les soins primaires et des collaborations différentes ont été établies avec des ONG. Il n'est pas clair si le programme comprenait une collaboration avec deux ONG différentes (IMC et Médecins sans Frontières) de manière coordonnée ou si ces ONG ont été contractées pour fournir une formation à différents endroits en même temps. D'une part, MSF Hollande et le ministère de la Santé ont établi une collaboration de 2009 à 2013 pour accroître la disponibilité du counseling psychologique comme tentative d'intégration des soins de santé mentale dans le système de soins, en mettant l'accent sur les approches non pharmaceutiques pour traiter l'anxiété et les troubles dépressifs, qui ont été reconnus comme les plus répandus parmi la population irakienne (MSF, non publié). Les services de counseling ont été introduits dans deux hôpitaux de Bagdad et un à Falloujah. Le programme visait à établir un modèle de counseling en santé mentale qui pourrait être reproduit dans les centres de santé dans tout le pays, y compris la formation et la supervision. Il visait également à sensibiliser le public aux problèmes psychologiques afin de stimuler la recherche de soins et de réduire la stigmatisation associée par la formation de responsables communautaires chargés des activités d'éducation et de promotion et la référence

des personnes ayant besoin. Un manuel de formation et des modules ont été développés pour former des conseillers à partir de zéro, ainsi qu'un programme de formation de formateurs a été conçu pour développer les compétences de supervision clinique parmi le personnel nommé par le ministère. Une ligne d'aide téléphonique a également été mise en place dans l'hôpital Yarmouk pour fournir des informations sur les services de conseil et faciliter la référence à l'unité de santé mentale. Tous les aspects de l'expertise technique et de la supervision ont été rapportés comme étant la responsabilité du ministère à partir de juin 2013 et des recommandations ont été faites pour que le ministère élargisse le programme au reste du pays.

D'autre part, un protocole d'accord a été signé avec IMC pour fournir une formation dans tout le pays. Sadik, Abdulrahman, Bradley & Jenkins (2011), rapportent que cette ONG a travaillé en étroite collaboration avec le ministère de la Santé au Kurdistan, mais il n'y a aucun compte rendu de ce qui a été accompli. Un programme de formation a été développé (cours de dix jours de cinq modules) sur la base d'une boîte à outils développée au Kenya et les sessions ont eu lieu en 2009, couvrant 20% des structures de santé primaire dans le pays (gouvernorats de Bagdad, Rusafa, Basra, Najaf, Kerbela, Babel, Dewaniya) (ibid.). L'article explique les résultats du processus d'évaluation mené pour estimer l'impact de la formation avant et après chaque session, ainsi que parmi le personnel formé et non formé en sélectionnant un échantillon aléatoire de cliniques en utilisant un questionnaire d'évaluation de connaissances et des compétences professionnelles (observation des compétences du médecin et entretiens de sortie avec les patients). Ce programme est confronté à des défis pour assurer un financement à long terme pour continuer à dispenser une formation, pour assurer la fourniture de médicaments psychotropes essentiels aux établissements de soins primaires, le soutien continu et la supervision de spécialistes et l'inclusion de données sur la santé mentale dans les systèmes d'information. Les deux organisations ont signalé des contraintes de sécurité et des conflits politiques en cours comme des défis majeurs pour l'intégration réussie.

IMC conceptualise l'intégration comme une approche par étape qui respecte certaines des phases déjà définies par les directives de l'OMS. Le point de départ est d'assurer l'engagement des parties prenantes et la réalisation d'une analyse de la situation de base, suivie du renforcement des capacités des agents de santé en général en matière de soins de santé mentale, qui devraient à leur tour fournir des interventions cliniques aux personnes atteintes de troubles dans des milieux cliniques et communautaires. Dans le processus, les mécanismes de référence et l'adhésion au traitement doivent être renforcés, ainsi que la fourniture de médicaments, de documentation et de rapports. Le processus implique également le réseautage, la coordination et le plaidoyer et l'identification de stratégies pour soutenir les services de santé mentale à ce niveau de soins à long terme (pour plus de détails, voir IMC, non publié). Cette approche est mise en pratique par l'organisation à Bria (préfecture de Haute-Kotto, RCA) depuis 2015 au service de populations touchée par le conflit interne.

Pour plus d'expériences similaires ayant lieu dans d'autre pays, voir l'annexe 4 ainsi que la revue systématique des comptes rendu de la mise en œuvre du guide d'intervention du mhGap dans des PRFI (Keynejad et al., 2017).

2.2. Méthode d'analyse

L'analyse a comporté, dans un premier temps, la révision des documents qui ont été produits au fur et à mesure de la mise en œuvre des actions. Il s'agit des rapports internes d'ACF (rapports hebdomadaires et mensuels, rapports de supervision, rapports de fin de projet destinés aux bailleurs de fonds, comptes-rendus de réunions avec les partenaires impliqués) ainsi que les modules de formation développés et adaptés dans chaque pays et le retour des participants. Dans un deuxième temps, l'analyse a été complétée par la réalisation des entretiens semi-directifs (voir annexe 3) avec les personnes ayant travaillé avec ACF pendant la mise en place ou avec des référents en santé mentale qui coordonnent les projets depuis le siège de l'ONG à Paris.

3. RESULTATS

3.1. Engagement de parties prenantes et analyse situationnelle

Au Kurdistan Irakien

Depuis le début de la réponse humanitaire, le soutien aux services existants et le renforcement de capacités et de l'autonomie de prestataires a fait partie de la stratégie opérationnelle d'ACF dans le Kurdistan Irakien. Etant donné les efforts entamés auparavant par le gouvernement irakien ainsi que le gouvernement autonome du Kurdistan pour l'intégration de la santé mentale dans la santé générale, ACF a décidé de s'engager à apporter un soutien sur ce plan, en plus de la prestation de services directement adressée aux personnes affectées par le déplacement forcé. Une collaboration a été établie à partir de juillet 2014 avec la Direction Général de la Santé (DGS) du gouvernorat de Dohuk, notamment avec le département de Médecine Préventive qui inclut le département de la santé materno-infantile. Il n'y a, en effet, pas de département de la santé mentale en tant que tel. La DGS a exprimé dès le départ la volonté de créer un comité consultatif et d'organisation pour surveiller l'intégration de la santé mentale non seulement dans les soins de santé primaire, mais aussi dans tous les aspects des services de santé et développer un plan d'action. Ce comité n'a pas encore vu le jour jusqu'à présent et l'implication et pilotage de l'OMS est minime.

Les deux parties sont arrivées à un premier accord pour dispenser des formations d'octobre à décembre 2014 avec le financement d'Haut-Commissariat pour les Réfugiées (HCR) et des fonds propre d'ACF. La formation devait être conçue pour un groupe d'infirmiers et assistants médicaux, d'une part ; et d'autre part pour un groupe de psychologues. Cependant, il s'est avéré que les participants n'étaient que des médecins et

des techniciens dénommés ‘agents de santé communautaire’⁶; la formatrice a mis en pratique une méthodologie de formation de formateur parmi les médecins, dont cinq ont co-facilité les séances auprès du deuxième groupe. En 2015, un deuxième accord a été établi pour permettre de faire un suivi auprès de participants de l’année précédente et dispenser des formations auprès d’autre cadre de santé d’octobre à décembre (avec le financement de mêmes bailleurs). Cette fois, des psychologues, infirmiers, assistants médicaux ont bénéficié de la formation en plus des médecins. Le contenu de la formation a pris en compte les différentes évaluations de besoins en santé mentale et soutien psychosocial menées par des acteurs humanitaires, cependant les évaluations ne sont pas conformes aux directives IASC (WHO & UNHCR, 2015), et il n’y a pas eu d’analyse situationnelle effectuée en 2014, ni d’analyse suivant la boîte à outil du mhGAP.

Au début de 2015, une mission conjointe de l’OMS et HCR a effectué une visite afin de réaliser une analyse de la situation avec le but d’identifier les lacunes dans la coordination et la prestation des services pour les réfugiés syriens, les personnes déplacées à l’intérieur du pays et les communautés irakiennes hôtes, à travers les camps, le milieu rural et les milieux urbains. Une deuxième analyse a été réalisée par l’OMS en juin et juillet 2016 avec le même objectif et un focus sur la province d’Ambar. Les recommandations portaient, entre autre, sur la nécessité d’identifier des formateurs locaux potentiels pour l’expansion et le déploiement soutenu de l’intégration de la santé mentale dans la santé primaire, y compris le soutien et la supervision, dans les gouvernorats en utilisant les directives du programme mhGAP ; d’intégrer la santé mentale dans les programmes existants de santé materno-infantile (détection et gestion de la dépression maternelle) ; et le renforcement du bureau de l’OMS en Iraq dans le domaine de la santé mentale et le soutien psychosocial à travers le recrutement d’un expert.

La dernière analyse de la situation humanitaire a eu lieu en juin 2017 : le bilan est que, au cours des deux dernières années, il y a eu 3 projets de formation de formateurs au mhGAP organisés par l’OMS à travers tous les gouvernorats et destinés aux personnels de santé du ministère et médecins généralistes, mais il est presque impossible d’en trouver de qualifiés qui opèrent au niveau des SSP dans le pays, capables d’évaluer et de gérer une personne ayant un trouble psychique. Le ministère de la Santé à Bagdad a une liste de 555 médecins généralistes formés au mhGAP à travers le pays, mais cette liste n’a pas été partagée avec les acteurs humanitaires et aucune organisation n’a rencontré ces médecins dans leur travail. Il est aussi difficile de superviser ces médecins-là, car les psychiatres ne sont pas dispersés à travers le pays et ne veulent pas voir leur rôle diminuer en faveur de l’augmentation de la capacité des médecins généralistes. La coordinatrice du groupe de référence du IASC conseille d’envisager les formations au mhGAP au niveau de soins de santé secondaire

⁶ Ils peuvent être occupés en laboratoire et en pharmacie, en enregistrement, en administration et en éducation de proximité. Certains travaillent comme assistants infirmiers dans des programmes de soins prénataux et de vaccination. Ces professionnels sont considérés comme des agents de santé communautaires.

(services ambulatoires et chemins de référence efficace avec les structures de santé primaire ; formation de médecins généralistes sur la détection et la référence), plutôt qu'au niveau primaire jugé non réaliste au Kurdistan et dans le gouvernorat de Ninewa ; augmenter la formation sur des interventions psychosociales recommandé par le programme mhGAP ; et la mise à jour, finalisation et opérationnalisation de la stratégie et le plan de santé mentale de la part du gouvernement irakien et l'OMS à la lumière de l'environnement et crise actuelle dans le pays de manière plus participative et inclusive que auparavant.

En République Centrafricaine

Etant donné la volonté du gouvernement en RCA, formalisée dans la politique nationale, pour intégrer des soins de santé mentale dans les soins généraux, les discussions autour de la mise en place du programme mhGAP ont commencé en 2015. Des acteurs, tel que le gouvernement japonais, ont exprimé l'intérêt de soutenir le développement du plan de santé mentale et MSF a appuyé le Ministère de la Santé Publique et l'OMS sur le développement d'un plan d'action 2016 du programme national de santé mentale et de soutien psychosocial, avec l'objectif de poursuivre le renforcement de capacités des professionnels de santé primaire en matière d'accueil, de prise en soins et de référencement des personnes présentant une souffrance mentale (notamment en suivant le guide d'intervention du mhGAP), entre autres. Depuis 2016, ACF décide de s'engager aussi avec cette initiative avec le financement du service de la Commission européenne à la Protection Civile et Operations d'Aide Humanitaire (ECHO).

La mise en œuvre de cet objective du plan d'action a commencé par l'analyse de la situation humanitaire par le biais des évaluations de besoins menées par ACF, *Save the Children* et IMC, ce qui a permis de mettre en lumière la présence de troubles préexistants et les conséquences psychologiques des violences sexuelles liées au conflit, ainsi que la priorisation des conditions tel que le stress aigu, l'état de stress post-traumatique, l'abus de substances psychoactives, la dépression, la psychose et l'épilepsie. Ces évaluations de besoins incluent les façons de faire face de la part de la population ainsi que les ressources déjà mobilisées ; elles ont suivi une méthodologie participative à faible degré. Ensuite, une analyse situationnelle a eu lieu afin d'établir les ressources disponibles au niveau des structures sanitaires avec 68% de structures de santé fonctionnelles, les indicateurs de santé généraux et prévalence des troubles de santé mentale, le budget et le financement, les politiques et législations concernant la santé mentale, l'organisation des services de santé mentale (services, médicaments psychotropes, ressources humaines), le système d'information sanitaire, les organisations pour les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs familles et les programmes de promotion de la santé mentale. L'analyse a été réalisée en suivant l'outil destiné à ce fin de la boîte à outils du programme mhGap.

Lors d'atelier de deux jours d'adaptation au contexte local et la planification de sa mise en œuvre (aout 2016), les participants se sont mis d'accord sur un point essentiel : les formations auraient lieu lorsqu'un hôpital avec au moins un médecin était disponible dans la sous-préfecture. La priorité a été donnée à trois localités pour

la formation, la supervision et le suivi : Bangui : hôpital communautaire et Centre de Santé (CdS) de Malimaka (5^{ème} arrondissement) et le CdS Mamadou Mbaiki (3^{ème} arrondissement) ; Kaga Bandoro ; et Bouar. Le comité consultatif pour la planification et la mise en œuvre du programme (créé également en août 2016) a ciblé aussi la préfecture de la Kemo : hôpital préfectoral de Sibut. Le personnel de santé visé est les médecins généralistes et les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) pour être en charge du diagnostic et la gestion clinique. Pour la détection et référence des personnes souffrant de troubles mentaux, les personnes ciblées sont d'autres cadres de santé (infirmiers assistants, sages-femmes, assistantes accoucheuses, agents psychosociaux, agents de santé communautaire) et des personnes du réseau communautaire.

3.2. Renforcement des capacités et initiation de services de santé mentale dans les soins de santé primaire

3.2.1. Formation de personnel de santé et autres

Pays	Localité	Nb personnes formées	Fonctions
Kurdistan Irakien (2014)	Gouvernorat de Dohuk	10 12	Médecins du département de la santé Agents de santé/techniciens
Kurdistan Irakien (2015)	Gouvernorat de Dohuk, zone Zakho : 3 Centres de santé ; 4 centres de santé de camps	16	6 médecins ; 5 infirmiers ; 3 psychologues ; 1 psychiatre ; 1 assistant médical
RCA (2016)	Sibut (mhGAP conditions retenues)	9	5 IDE (dont 3 employé par ACF) ; 4 médecins (dont 1 employé par ACF)
	Sibut (mini-mhGAP)	20	Infirmiers Assistants ; travailleurs communautaires
	Bangui (modules mhGAP)	11	6 IDE ; 3 médecins ; 2 Techniciens supérieurs en santé mentale
	Bangui (mini-mhGAP)	20	Prestataires de soins généralistes
	Bangui PSP	30 91	Personnes clés de la communauté Enseignants

La version humanitaire du guide d'intervention du mhGAP⁷ fait désormais partie du programme de santé mentale de RCA et les formations dispensées ont été adaptées en fonction des guides du facilitateur standard développés par l'OMS. Certains modules avaient comme support les vidéos réalisés par IMC en arabe sous-titré en français.

Au Kurdistan, la formation en 2014 n'a pas suivi les modules de formation du guide d'intervention du mhGAP ni de la version humanitaire. La formation auprès des médecins (cinq jours) et des agents de santé (trois jours) a porté sur le développement de compétences et des connaissances sur le développement infantile,

⁷ Ce guide est cohérent avec les directives du 'Inter-Agency Standing Committee' et les directives opérationnelles de l'UNHCR pour la programmation des opérations auprès des réfugiés qui dictent une réponse multisectorielle aux conséquences sociales et de santé mentale des urgences humanitaires. Il contribue également à la réalisation de l'objectif de prestation de services de protection sociale et de santé mentale réactifs, intégrés et complets avec une approche communautaire du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020.

le guide d'IASC, les premiers secours psychologiques (PSP), les effets des événements stressants sur la santé, les réactions des enfants au stress, l'interaction avec des enfants, les besoins de femmes enceintes et allaitantes, et les soins personnels pour les agents de santé mentale. La formation qui a eu lieu en décembre 2015 auprès de médecins, infirmiers, psychologues et assistants médicaux exerçant dans la zone de Zakho, constituait une première étape et avait comme objectif d'établir les fondamentaux d'une prise en soins de qualité au niveau de centres de santé primaire. Elle avait un focus sur les compétences douces nécessaires pour interagir avec les personnes souffrant de détresse psychologique et l'importance d'intégrer la santé mentale dans la santé primaire. Le programme comprenait sept sessions de 2,5 heures sur une période de quatre semaines.

Les contenus et critères pour la mise en œuvre de formations sont évalués en fonction des spécifications minimales requises pour les objectifs escomptés dans le tableau suivant.

Contenu de la formation	Kurdistan Irakien	République Centrafricaine
Adaptation du matériel mhGAP au contexte local	2014 : Non 2015 : Non	Le contenu des modules inclut les expressions idiomatiques attribuées à la psychose ; il n'a pas été adapté d'un point de vue culturel aux croyances liés aux causes de la maladie ni à l'expression de la souffrance. 6 conditions prioritaires retenues en fonction de besoins identifiés.
Enseignement de module sur les principes généraux de soin d'après la version humanitaire du guide	2014 : Non. 2015 : Oui, focus sur le développement des compétences pratiques : l'écoute active, empathie, une compréhension solide de la myriade de liens entre la santé mentale et la santé physique, la compréhension de base des différents types de services qui améliorent les résultats en matière de santé mentale et leur coordination et les principes de communication	Oui, une séance dédiée (2h15) et quelques principes intégrés aux modules par condition (communication, évaluation, prise en soins, référence) ; pas de module spécifique.
Compétence visée (écoute active, communication et attitude empathique, soutien émotionnel)	2014 : Oui, écoute active et compétences d'entretien. 2015 : Oui, idem qu'en 2014.	Pas de modules dédiés au développement de ces compétences.
Aspects liés à la relation soignant/usager abordés	2014 : partiellement. 2015 : oui, surtout la création d'une atmosphère de soutien.	Pas de module dédié ; certains aspects sont abordés dans les modules par condition, notamment sur leurs propres croyances liées à la maladie.
Enseignement sur l'évaluation et le diagnostic	2014 : oui, sur l'entretien. Pas le diagnostic. 2015 : oui, le principe d'évaluation, adaptation du guide version humanitaire ; dépression, deuil et risque suicidaire, anxiété, psychose et épilepsie. Pas le diagnostic.	Oui, pour les 6 conditions
Enseignement sur le traitement, le soutien, la référence et les services de prévention	2014 : Non. 2015 : Pas sur le traitement, mais sur la gestion de base (relation, psychoéducation, renforcement du soutien social, gestion de stress) et la référence ; pas sur les services de prévention.	Oui, pour le traitement de 1ère intention, pour établir des relations avec d'autres services et sources de soutien et pour le suivi.
Session sur la confidentialité de dossier médicaux	2014 : Non 2015 : Non	Non. Décision d'aborder les consignes lors de supervisions selon les outils à ce propos.
Module sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination	2014 : Non 2015 : pas de module spécifique, mais certaines croyances et attitudes ont été	Pas de module spécifique, mais des exercices de réflexions sont intégrés à certains modules (psychose).

	abordées (par ex. toutes les personnes qui ont vécu la guerre ont besoin de voir un psychiatre)	
Module sur les droits des humains et les droits des personnes en situation de handicap ainsi que sur les dispositifs locaux de protection	2014 : Non 2015 : pas de module spécifique, mais certaines croyances ont été abordées (par ex. les « malades mentaux » ne sont pas capables de prendre de décisions concernant leur santé). Pas de séance sur les dispositifs locaux.	Pas de module spécifique, mais des exercices de réflexions sont intégrés à certains modules (psychose), ainsi que des actions sont suggérées. Pas d'information sur les dispositifs locaux de protection.
Module sur l'identification des données nécessaires pour enregistrement dans le système d'information sanitaire	2014 : Non 2015 : Non	Oui, séance sur la feuille de collecte de données et décision prise pour l'aborder lors des supervisions.
Si tout le personnel n'est pas formé au mhGAP, les autres membres du personnel ont été formés à dispenser des PSP ?	2014 : oui, les deux groupes ont été formés aux PSP. 2015 : Non	Des formations aux PSP ont été organisées auprès des membres clés de la communauté et des enseignantes dans des écoles.
Les agents communautaires et/ou bénévoles ont-ils été formés à sensibiliser, aider la recherche de soins, participer aux soins de suivi ?	2014 : Non 2015 : Non	Le personnel de santé, hors médecins et IDE, a suivi une formation dénommée « mini-mhGap » pour l'identification et la référence des personnes souffrant de trouble mental, neurologique et liés à l'utilisation de substances psychoactives
Y a-t-il des membres d'équipe soignante formés à apporter un soutien psychosocial ?	2014 : pas de formation sur interventions psychosociales. 2015 : Idem	Non

Critères de mise en œuvre des formations	Kurdistan Irakien	République Centrafricaine
Le personnel à former a-t-il été proprement identifié ?	2014 : Oui, le DGS a fait la sélection et a privilégié la formation de médecins. 2015 : Oui, le DGS a fait la sélection et a pris conscience du besoin de former d'autres cadres de santé qui sont plus susceptibles de rester en poste.	Oui
Quelles ont été les ressources humaines disponibles pour la formation ?	ACF a déployé des RH internationaux avec parcours en psychologie les deux années, car une approche psychosociale a été privilégiée. Cependant, il y a des psychiatres locaux disponibles et psychologues même s'ils n'ont pas de compétences cliniques.	RH internationaux ont dû être déployés par l'OMS et les ONG avec le financement de divers bailleurs de fonds ; 2 professionnels centrafricains impliqués comme formateurs.
Les listes de contacts sont-elles à jour pour l'orientations-recours, y compris pour les besoins de base et autres, disponible dans chaque établissement ?	2014 : Non 2015 : Non	Oui, mais des difficultés ont été évoquées lors de séances de supervision (pas d'outil de référencement, pas de clarté sur les circuits et moyen associés ; nécessité d'une cartographie nationale). Pas de cartographie de services pour les besoins de base et autres.
Une stratégie a-t-elle été élaborée pour s'assurer que le personnel de santé puisse continuer la formation en santé mentale ?	2014 : Non, mais la formatrice s'est engagée auprès de DGS à trouver les moyens pour développer des programmes formels de formation en psychothérapie et counseling (Medica Mondiale). 2015 : Pas dans un cadre d'éducation formelle, mais les personnes formées devaient continuer à bénéficier de soutien et supervision à travers un financement à plus long terme.	Non, juste des perspectives pour continuer et augmenter la supervision individuelle et de groupe.

Quelles sont les décisions prises concernant les discussions avec les tradi-praticiens ?	2014 : Aucune 2015 : Aucune	Le pays reconnaît la médecine traditionnelle mais il n'y a pas de cadre juridique pour collaborer avec les tradi-praticiens. Les participants à l'atelier d'adaptation se sont montrés opposés en argumentant qu'ils seraient réticents à partager ou à échanger sur leurs pratiques. Certains guérisseurs participaient déjà au groupe de travail en santé mentale, mais ils n'ont pas été impliqués dans le groupe de travail dédié au projet mhGap.
Quelles sont les actions/mesures prises pour atteindre les groupes marginalisés ?	2014 : Non 2015 : sélection de centre de santé couvrant des zones à forte concentration de personnes déplacées, soit dans des camps, soit à la ville de Zakho (personnes squattant dans des bâtiments non fini).	La formation sur l'identification et la référence avait comme objectif de former des personnes avec une meilleure connaissance de groupes marginalisés pour les atteindre ; mais il n'y a pas eu de sensibilisation dans les villages ou quartiers de Bangui.

3.2.2. Réussites, défis et obstacles liés à la formation et les solutions possibles

Pays	Réussites	Défis et obstacles	Solutions possibles
Kurdistan Irakien (2014)	La mission de formation a permis la formatrice d'identifier le besoin de contribuer au développement de compétences cliniques afin d'élargir le pool de spécialistes en psychothérapie. Elle a pu établir une relation de confiance avec la DGS pour le soutenir dans cette démarche et dispenser d'autres formations (PSP) avec le financement obtenu par l'ONG Medica Mondiale.	Rotation élevée des médecins, notamment en dehors du pays. Tous les médecins formés en 2014 ont quitté le pays.	-Formation d'autres cadres de santé. -Même si la 6ème année de l'école de médecine se déroule exclusivement dans les établissements hospitaliers, une période de temps devrait être fixée pour qu'ils servent dans les zones rurales. -Programmes d'échange entre pays. -Création de primes financières, amélioration de salaires et conditions de travail. -Mise en place des plans d'apprentissage professionnel pour les travailleurs du secteur public.
		Méthodologie participative pour la formation initiale mais pas de moyens d'assurer la formation pratique et une supervision continue ; formations de recyclage nécessaires	Assurer un financement à plus long terme
		Barrière de la langue puisque certains participants ne comprenaient pas l'anglais. Besoin de développer de matériel de formation dans les langues appropriées (Arab, Kurde) car pas tous les participants maîtrisaient l'anglais.	Les médecins sélectionnés en tant que formateurs ont assuré la traduction avec le groupe d'agents de santé. Un interprète a été recruté en 2015 afin de faciliter la traduction orale et écrite. Matériel de formation : adaptation de modules internationaux existant en arabe et plus de coordination et collaboration avec les universités du pays.
		Les stagiaires qui avaient un contact direct avec les patients ont le plus participé et ont montré un plus haut niveau d'intérêt	Sélection de participants directement impliqués dans la prestation de soins
		Certains médecins ont le potentiel pour devenir formateur à condition qu'ils soient plus formés	Formations en santé mentale à introduire dans le curriculum de l'école de médecine ; Programme de formation continue

		Il se révélait nécessaire de dédier plus de temps à construire la relation avec le gouvernement local et ses représentants.	Participation plus active d'autres cadres d'ACF dans le pays afin de soutenir la formatrice
		Niveau de connaissance et d'expérience différent entre les participants du groupe d'agents de santé	Formations sur mesure en fonction de poste en suivant une stratégie qui définit tous les rôles nécessaires dans un système de soins pour que le contenu de la formation soit pertinent pour tous.
		Sujets nécessitant d'être enseigné dans ce contexte : prévention du suicide, les techniques de résolution des conflits familiaux en utilisant une approche communautaire ; faire face au stress et à la détresse ; identification précoce des problèmes de santé mentale ; violence contre les femmes et les enfants, deuil, triage.	Développement d'un programme de formation à long terme en distinguant le rôle de chacun dans le système de soins.
		Offrir une formation à la sensibilisation des médecins généralistes dans les soins de niveau primaire et secondaire pour reconnaître les problèmes de santé mentale ; pas de formation sur les médicaments psychotropes de première intention.	Le programme de formation en 2015 a pris en compte cette leçon et il a été conçu dans ce but.
		Le feedback des participants a exprimé un fort besoin de formation surtout pratique (jeux de rôle, exercices) ; plus de jour de formation ; méthodes interactives ; support en texte plus court et simple ; mise en situation	Plus de méthodes pratiques tel que les jeux de rôles dans la formation initiale accompagné des mises en situations avec une supervision assurée.
Kurdistan Irakien (2015)	-Les sessions 2 fois par semaine ont permis aux participants de pratiquer ce qu'ils ont appris lors des sessions précédentes et de discuter avec le groupe dans les semaines suivantes. -Il ressort clairement des formulaires d'évaluation, pré et post-tests, ainsi que des discussions informelles entre formateur et participants que cette formation a contribué à accroître les connaissances, les compétences, la confiance et le confort du personnel de santé primaire en travaillant avec des patients souffrant de problèmes de santé mentale. -L'investissement des prestataires dans l'établissement de relations et la communication avec leurs patients semble avoir été grandement augmenté. Interrogé sur les aspects les plus utiles de la formation, de nombreux participants ont cité la relation	Pas d'obtention du financement demandé suite à la première étape de formation pour s'engager à plus long terme (2 ans).	Identification de sources alternatives de financement.
		Les médecins ont soulevé la question du temps limité disponible pour rencontrer chaque patient au niveau de centres de santé ; charge élevée de patients.	Discussion des stratégies de construction de relations qui sont neutres dans le temps (comme la création d'une atmosphère accueillante dans une clinique, la posture ouverte du corps et la réduction des distractions au cours de la consultation), ainsi que des aspects des soins aux patients qui nécessitent un investissement en temps réel mais en fin de compte font gagner du temps et améliorer la santé en améliorant la qualité de la relation médecin-patient (comme l'écoute active et l'utilisation de questions ouvertes dans l'évaluation).
		Attitudes culturelles négatives à l'égard de la santé mentale. Forte stigmatisation pour les personnes qui recherchent des soins liés à la santé mentale ; les prestataires de soins de santé mentale sont aussi stigmatisés.	Développement de programmes de sensibilisation et d'éducation à travers des acteurs communautaires. Soutien à la création et/ou développement d'associations des usagers et leurs familles.

	<p>soignant-patient et la communication.</p> <p>-Les attitudes post-test ont changé et 66% des participants ont estimé que la médecine n'était pas la meilleure façon, mais la communication, la psychoéducation, la construction de relations et le renforcement du soutien social étaient toutes des formes de traitement qui pourraient être utilisées par les médecins en plus ou en lieu de la prescription de médicaments. À la fin de la formation, le nombre de participants qui pensaient que les patients atteints de santé mentale pouvaient être soignés à l'extérieur des hôpitaux avait également augmenté.</p> <p>-Au pré-test, tous les participants croyaient que tous ceux qui ont connu la guerre auront besoin de la psychiatrie. A la fin, un tiers des participants ont changé d'avis.</p> <p>-Au pré-test, tous les participants croyaient que les patients atteints de santé mentale ne pouvaient pas prendre leurs propres décisions en matière de santé. En post-test, un quart des participants avaient changé d'avis.</p>	<p>Pas assez de compréhension des dynamiques de la médecine traditionnelle, les croyances, expression idiomatiques liés à la souffrance psychique.</p>	<p>Plus d'implication de praticiens locaux, y compris les tradi-praticiens dans le développement de programmes de formations.</p> <p>Une étude anthropologique serait même nécessaire afin de répertorier tous les mécanismes traditionnels de soins et soutien.</p>
<p>RCA (2016)</p>	<p>Le monitoring des formations dispensées entre août 2016 et mai 2017 (pas seulement à Sibut et Bangui) a rapporté que 380 personnes souffrant des troubles mentaux ont été identifiées dans les structures impliquées (184 stress aigu, 55 ESPT, 20 dépression, 21 psychoses, 25 épilepsie, 75 consommation novice d'alcool et drogues - cf. compte rendu août 2016 à mai 2017).</p>	<p>Personnel de santé surchargé et insuffisant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Former des agents de santé communautaire pour alléger le temps que les médecins et infirmiers doivent passer à mener des entretiens d'évaluation. - Examiner le mélange de compétences de la main-d'œuvre existante - Réformer les programmes de formation pour faire correspondre les compétences aux besoins d'une manière plus efficace - Renforcer et soutenir le travail d'équipe, établir une liste de priorités pour l'équipe - Identifier de nouvelles catégories de travailleurs de la santé mentale (agents de santé mentale communautaire) - Impliquer et former des membres de la famille, des usagers et des bénévoles en tant qu'« experts locaux » pour des activités spécifiques de soutien ou de contact (tout en veillant à ne pas substituer ces travailleurs à des professionnels)
		<p>Capacités limitées pour la création d'un pool de formateurs et superviseurs</p>	<p>-Identification de plusieurs sources de financement pour permettre la montée en compétence du personnel local pour assumer le rôle de formateur/superviseur au fil du temps.</p>

			-Investissement envisageable à long terme pour développer les compétences de spécialistes à travers l'éducation formelle.
		Financement limité aussi bien pour les formations que pour les supervisions	-Identification de plusieurs sources de financement pour permettre l'embauche de spécialistes pour apporter le soutien et la supervision nécessaire
		Motivation et bien-être du personnel	-Améliorer les conditions salariales -Établir des structures de développement de carrière et de promotion -Introduire des primes, améliorer les conditions de travail -Investir dans la formation en gestion -Développer des structures de supervision et de soutien -Développer un leadership de soutien -Impliquer les leaders locaux dans des stratégies spécifiques visant des objectifs partagés et novateurs -Associer au moins une partie des primes pour tous les membres de l'équipe locale à la réalisation de ces objectifs
		Contraintes sécuritaires	La formation à Kaga-Bandoro a dû être reportée.
		Confusion entre détresse psychologique et trouble psychiatrique même après formation.	Nécessité de supervision, accompagnement et compagnonnage au quotidien.
		Faible disponibilité de médicaments psychotropes.	-Éduquer les décideurs politiques et les bailleurs de fonds au sujet des coûts / bénéfices de médicaments spécifiques. -Faire appel aux fonds renouvelables de médicaments. -Partenariats avec le secteur privé.

3.2.3. Supervision du personnel de santé

Au Kurdistan, il n'a pas été possible d'effectuer un suivi des formations dispensées en 2014. D'une part parce que tous les médecins qui avaient participé avaient déjà quitté le pays pour des raisons diverses. D'autre part, le DGS de Dohuk n'a pas non plus facilité ce suivi auprès des agents de santé. Le personnel de santé qui a participé à la formation dispensée en 2015 devait bénéficier d'un suivi et de la supervision grâce à un financement de deux ans sollicité auprès de l'Agence Française du Développement. Ce financement n'a pas vu le jour jusqu'à présent.

ACF a effectué des séances de supervision d'après le guide d'appui et de supervision de la boîte à outils du mhGap en novembre et décembre 2016 avec un bilan mitigé. A Sibut, aucun médecin formé n'a participé aux séances de supervision, parmi les quatre formés au guide mhGAP ; six infirmiers sur les sept formés étaient présents, dont trois étaient employés par l'ONG. Tous les participants aux supervisions ont évoqué un fort

besoin d'un accompagnement soutenu, qui, à Sibut, ne peut pas être apporté par le point focal de l'hôpital préfectoral. Ils ont également souligné le fait que la durée de la formation (quatre jours) ne permet pas d'intégrer complètement les notions et les principes de soins, ce qui rend certaines personnes mal à l'aise pour les consultations.

Supervision du personnel	Kurdistan Irakien	République Centrafricaine
Ressources disponibles pour la supervision (rôle de spécialistes)	Il y a un certain nombre de psychiatres employés par le ministère de la santé. Pas de psychologues cliniciens locales.	Seuls 3 professionnels de la santé mentale centrafricains sont disponibles, mais difficile à les détacher de leurs propres activités. ACF a dû embaucher 1 RH international qualifié, seulement quelques mois.
Plan pour changer le rôle de spécialistes tant que formateurs et superviseurs	Non	Pas de spécialistes dans le pays ; mais deux professionnels (1 médecin & 1 psychologue) ont participé en tant que formateur. Pas de formation de formateur ou de superviseurs.
Objectif de former de formateurs	La formation a eu cet objectif en 2014 et les personnes sélectionnées ont co-facilité la formation avec les agents de santé. Pas d'objectif par la suite.	Oui, mais difficile de le mettre en œuvre.
Méthodologie de supervision de personnes formées au mhGap et outils	Non applicable car pas de séances de supervision effectuées.	Guide international de suivi et évaluation. Sibut & Bangui : ateliers de renforcement de compétences autour de techniques d'entretien et d'identification de cas ; révision de dossiers patients ; entretiens doublon.

3.2.4. Défis et obstacles liés à la supervision et les solutions possibles

Pays	Défis	Solutions possibles
RCA (Sibut)	Médecins peu ou pas disponibles pour la supervision	Leadership plus fort des décideurs et des gestionnaires pour motiver le personnel de santé à se diriger vers des soins en santé mentale ancrés dans la communauté.
	Point focal de l'hôpital ne dispose pas de moyen de transport pour superviser les CdS ; pas de réseau de télécommunication.	Le gouvernement doit planifier et financer l'utilisation efficace de moyens à tous les niveaux.
	Pas de dotation de psychotropes	Commande effectuée pour 6 mois, mais pas de solution à long terme. Kit de molécules essentiels développé.
	Pas d'outils de suivi et de référence	Fiche d'entretien a été créée, ainsi qu'un guide de supervision
	Pas de clarté sur les circuits de référence et moyens associés	Nécessite de réaliser une cartographie détaillée au niveau local et d'établir les mécanismes de référence
	Médicaments perçus comme la solution la plus efficace pour tout ce qui concerne la santé mentale	Augmentation de supervision et soutien au quotidien
	Diagnostic presque systématique : psychoses ou épilepsie ; et référence au service psychiatrique de Bangui	Augmentation de supervision et soutien au quotidien
	Protocoles de prise en soins pas assez clairs	Besoin d'adaptation locale
	Difficulté à mener des entretiens cliniques, notamment avec les enfants	Augmentation de supervision et soutien au quotidien ; plus de formation pratique avec jeux de rôles
Détresse psychologique identifiée mais pas relevée quand non-associée à la psychiatrie	Augmentation de supervision et soutien au quotidien	

RCA (4 établissements de Bangui)	Difficulté à référer due au circuit pas formalisé ou pas clair	Nécessité de réaliser une cartographie nationale, y compris des services/dispositifs pour les besoins de base et autres
	Difficulté à identifier des enfants en souffrance psychique	Augmentation de supervision et soutien au quotidien
	Pas de dotation de psychotropes	Commande effectuée pour 6 mois, mais pas de solution à long terme. Kit de molécules essentiels développé.
	Les outils ne sont pas utilisés dans tous les centres (affiche, fiche d'entretien et registre, guide mhGap) ou ne sont pas disponibles	-S'assurer de la fourniture des outils à tous les établissements inclus dans le programme. -Fiche d'identification proposée afin de faciliter les premières orientations vers les points focaux pour un entretien d'évaluation. -Fiche d'entretien retravaillée (déroulement de questions).
	Au CNHUB, le médecin est plus à l'aise avec le coté administratif ; l'identification de cas de souffrance psychologique et ESPT sont difficiles à appréhender.	Mise en place d'une journée dédiée à l'accueil des patients pris en charge pour troubles psychiques en présence d'un médecin superviseur.
	Demande de médicaments de la part de patients	Rédiger des ordonnances pour des séances de relaxation.
	Au CNHUB, problème de lieux adapté garantissant la confidentialité et le respect d'un cadre contenant	Réunions de lobby auprès de décideurs pour trouver une solution. La réhabilitation du service de psychiatrie pourrait le prendre en compte.

3.2.5. Organisation de services et ressources humaines

La formation du personnel de santé et membres des communautés n'est qu'une des actions à mettre en place pour des processus d'intégration réussis. D'après les recommandations internationales, d'autres actions sont aussi nécessaires, surtout afin de pérenniser les actions de formation et de renforcement de capacité. Les expériences au Kurdistan Irakien et la RCA sont analysées à la lumière de ses recommandations dans le tableau suivant.

Actions/mesures	Kurdistan Irakien	République Centrafricaine
Des services spécialisés de santé mentale ont-ils été mis à disposition dans des hôpitaux de district pour soutenir le personnel de santé de structures de soins primaires ?	Le service de psychiatrie de l'hôpital Azadi à Dohuk est le service de référence pour les structures de santé primaire du gouvernorat et les services de soins ambulatoires à l'hôpital de Zakho ; cependant le traitement est seulement pharmacologique.	Non ; seulement le service de psychiatrie du CNHUB à Bangui.
Le nombre de ressources humaines a t'il été estimé pour fournir suffisamment des services en fonction des besoins identifiés ?	Non, les personnes sélectionnées pour la formation ont été choisies parmi le personnel en poste.	Non, les personnes sélectionnées pour la formation ont été choisies parmi le personnel en poste. 2 médecins ont été ajoutés à l'équipe du CNHUB.
Le nombre de personnel de soins primaires a t'il augmenté ? Ou y a t'il eut une redistribution ?	Non, il n'y a eu ni augmentation ni redistribution.	Non, il n'y a eu ni augmentation ni redistribution.
La charge de travail du personnel de santé est-elle analysée afin de ne pas les surcharger de compétences et de connaissances qu'ils ne peuvent utiliser ? La résistance potentielle de leur part a-t-elle été pris en compte ?	Non, aucune analyse n'a pas été faite et les personnes ont été formées sur un nouveau sujet sans prendre en compte leur charge de travail.	Non, aucune analyse n'a pas été faite et les personnes ont été formées sur un nouveau sujet sans prendre en compte leur charge de travail.
Quelles actions ou stratégies ont été développés pour aborder les barrières à	Aucune	Des personnes de la communauté ont été formées pour l'orientation et facilitation

l'accès aux soins tel que la stigmatisation ?		de la recherche de soins auprès des établissements de santé à Sibat.
Le modèle de soins comprend-il aussi la paire aidance ?	Non	Non
Y a-t-il un coordinateur/trice de services de santé mentale pour superviser l'intégration ?	Non	Il y a un coordinateur du programme national mais pas de coordinateur des services.
Y a-t-il un groupe de coordination établi ? Si oui, l'intégration est-elle discutée dans ce forum ?	Seulement le groupe de travail en santé mentale et soutien psychosocial à Dohuk dans le cadre de la réponse humanitaire. L'intégration a été discutée lors de réunions en 2015.	Oui, il y a un groupe consultatif constitué de représentants du gouvernement, des ONG et de l'OMS, en plus du groupe de travail en santé mentale et soutien psychosocial à Bangui dans la cadre de la réponse humanitaire.
Y a-t-il eu des ateliers pour établir des mécanismes de référencement entre prestataires de services, y compris d'autres secteurs (éducation, logement, emplois ?	Non	Non
Y a-t-il un plan de monitoring dès le départ du projet pilote ?	Non	Oui, le plan de monitoring comprend des indicateurs d'activité mais pas d'impact.
Si oui, est-il prévu d'évaluer les résultats escomptés du traitement et des services ?	Non	Non
Quelle est la stratégie pour transférer la responsabilité aux acteurs locaux ? Y a-t-il des accords avec les autorités locales pour la passation ?	Des accords établis à court terme pour chaque formation ; mais pas ? de stratégie de transfert de responsabilité.	Leadership au sein du Ministère de la Santé Publique et des accords établi en 2016 avec chaque partenaire impliqué dans les formations ; stratégie de formation de formateur. Faibles moyens sans partenariat avec des acteurs internationaux.
Les projets ont-ils bénéficié d'un financement à court, moyen ou long terme ?	Financement à très court terme (3 mois chaque année).	Financement à court terme.

3.3. Coordination de programmes et de services

Depuis le début des crises en 2013, il a été observé un manque de coordination appropriée dans le Kurdistan entre les organisations locales, les organisations internationales et les principales structures gouvernementales, de sorte que les systèmes de référence sont médiocres et inefficaces (par exemple, le manque de voies de référence claires pour les cas de violence sexuelle, comme les survivants du groupe état islamique). Le ministère de la Santé (point focal de la santé mentale) n'est pas impliqué dans les actions de chaque gouvernorat (Erbil, Dohuk, Sulaymania) et les différentes directions de santé ne remontant non plus des informations. Les mécanismes de coordination de la réponse humanitaire se sont améliorés au fil du temps et il y a cinq groupes de travail en santé mentale et soutien psychosocial en Iraq (Erbil, Dohuk, Sulaymania, réponse Mosul et Bagdad) avec des configurations de co-leadership différents. Celui du gouvernorat de Dohuk est présidé par la DGS. Ils ont tous des termes de références définis ; ils se réunissent régulièrement et ils sont composé des ONG nationales et internationales, des agences de Nations Unies, représentants du gouvernement ; et il y une augmentation de la coordination inter-cluster (sub-cluster de protection de l'enfance) au juin 2017 (IASC, 2017). La matrice 4W (qui fait quoi où) n'était pas complète dans plusieurs domaines ou n'est pas mise à jour

dans d'autres. Les tentatives initiales de cartographier les organisations et les initiatives locales existantes de la société civile ont montré que très peu d'entre elles existent et presque aucune ne travaille pour la santé mentale ou le soutien psychosocial (ACF, 2016).

Au moment de la réalisation de l'analyse situationnelle en 2016, des mécanismes de coordination existait en RCA, notamment le groupe de travail en santé mentale et soutien psychosocial à Bangui au sein du cluster santé présidé par le bureau de l'OMS dans le pays et un co-leadership de la Croix Rouge française. Le groupe est actif et se réunit toutes les 2 semaines. Il est composé d'associations et d'ONG locales et internationales et d'agences de Nations Unies. Les 4w's ont été complétés et mis à jour. Les 4w's du Cluster santé reprennent également les activités de santé mentale. Un Plan d'Action Opérationnel a été développé pour 2016. Il y a également un sous-cluster protection de l'enfance, au sein du cluster protection, soutenu par l'UNICEF et un sous-cluster GBV soutenu par l'UNFPA.

4. DISCUSSION

Les organisations d'aide humanitaire se trouvent souvent face à un dilemme lors de crises dans des pays où les systèmes existants étaient déjà affaiblis avant la crise ou ceux fortement affaiblis à cause des conflits ou catastrophes. En effet, l'impératif humanitaire dicte la nécessité de subvenir aux besoins immédiats de populations. Or cet impératif les amène à décider de mettre en place des services, par exemple de santé mentale, afin de répondre aux besoins même si les conditions ne sont pas toutes réunies pour favoriser le début d'une dynamique de création ou renforcement de services qui puissent rester de manière fonctionnelle à long terme. C'est pourquoi, il est souhaitable que les services ne soient pas mis en place isolés ou en parallèle du système de soins formel et informel et qu'ils aillent de pair avec le développement des services durables et intégrés à moyen et long terme. En outre, « s'attaquer aux besoins de prestation de services dans un état fragile » doit aller de pair « avec le renforcement des capacités et l'élaboration » ou la réforme « de politiques afin de favoriser les changements structurels dans le système de soins » (Ventevogel et al., 2012, p. 1).

Les facteurs nécessaires pour la mise en place de programmes d'action tel que le mhGAP correspondent à l'engagement politique du gouvernement en question, l'évaluation de besoins et ressources, le développement d'un cadre politique et législatif, la prestation de soins intégrés, le renforcement de ressources humaines et la surveillance et l'évaluation d'impact. Cependant, la mise en œuvre ne respecte pas toujours ces prérequis. Tel est le cas des deux expériences qui font l'objet de cet analyse où les prérequis n'étaient pas complètement présents (avec des degrés différents dans chaque pays) pour la mise en place du programme et pourtant les organisations impliquées ont poursuivi la formation du personnel de santé, sans qu'il n'y ait d'engagements aux changements structurels nécessaires à la pérennisation des efforts. La vision stratégique était appropriée en début de crise avec l'objectif clair d'appuyer les systèmes existants. Cependant il s'avère fondamental que cette vision aille au-delà d'une réponse immédiate. Les organisations internationales doivent réaliser que ce

qui est attendu d'elles est un engagement à long terme, de cinq à dix ans, afin que des services de santé mentale et de soutien psychosocial ancrés dans la communauté deviennent une réalité dans ces pays.

La stratégie d'intégration dans les SPP avec des non-spécialistes en charge d'apporter un soutien de base et une prise en soins, mise en avant par l'OMS, est réaliste dans n'importe quel contexte dans la mesure où ces personnes bénéficient d'une formation suffisante pas seulement en termes de connaissances, mais aussi de compétences visées et de changement d'attitude et pratiques. Les soins de santé mentale demandent une assurance en qualité aussi élevée que pour les soins somatiques (un psychologue devrait suivre une école de deux ans minimum pour devenir infirmier, voir plus pour devenir médecin dans des pays à revenu élevé). Cela implique des investissements conséquents et cette préoccupation devrait être au centre des considérations des organisations internationales et des gouvernements.

Un des avantages mis en avant par la stratégie de changement de tâches ou partage de tâches (*task sharing or shifting*) au niveau des SPP est la réduction de la stigmatisation. L'organisation IMC a testé cette hypothèse lors de ses expériences d'intégration aux Philippines, Sud Soudan et RCA. Celle-ci a été réfutée, c'est-à-dire que la stratégie ne diminue pas la stigmatisation, car la maladie est traitée par le personnel comme n'importe quelle autre maladie (Chowdhary, IMC, lors du Webinar sur l'intégration de la santé mentale dans les SPP en 2015). Cette stratégie doit être soigneusement examinée avant sa mise en œuvre et ne doit pas être déployée si d'autres modifications dans le système ne sont pas entreprises en même temps pour augmenter le nombre de personnel de santé à chaque poste. En outre, les programmes de santé mentale doivent avoir une approche centrée sur l'utilisateur de manière à ce que l'expérience et la perspective de cette stratégie soit aussi évaluée par les usagers et leurs familles, et pas seulement par le personnel de santé en charge de partager les tâches (Kohrt, Mendenhall & Brown, 2015).

ACF s'est engagée à soutenir le développement de la stratégie de santé mentale dans le gouvernorat de Dohuk, le renforcement des capacités des agents de santé et le renforcement des initiatives communautaires et sociales visant à accroître la sensibilisation et la promotion de la santé mentale. Des contributions à la mise à jour de la stratégie nationale et du plan peuvent être envisagées également. Cet engagement est possible grâce au financement demandé à l'Agence Française du Développement (AFD) et qui doit être débloqué en 2017 pour une durée de deux ans. Par contre, les perspectives futures pour l'organisation en RCA restent incertaines.

Recommandations à manière de conclusion

Plusieurs solutions ont déjà été proposées avec la présentation des résultats pour surmonter les obstacles rencontrés avec un niveau assez fin de détail. Les recommandations suivantes sont un peu plus générales et pertinentes dans le cas où ACF veille à continuer à participer aux processus d'intégration en RCA et Kurdistan :

- a) Rappel sur le fait que l'intégration est un processus et pas un évènement, donc les actions ponctuelles ont très peu d'impact. Un engagement de cinq ans minimum est souhaité, pas seulement en termes de volonté et de stratégie mais aussi en termes de sécurisation de fonds suffisante pour des actions de qualité qui doivent aller au-delà de formations ponctuelles avec un investissement, par exemple, dans la réhabilitation de lieux, la participation aux salaires, l'approvisionnement des molécules, etc.
- b) Besoin absolu de répertorier de manière approfondie tous les programmes gouvernementaux et des ONG internationales d'intégration de soins de santé mentale dans le système de soins depuis 2003, particulièrement au Kurdistan (qui a été formé, où et pour faire quoi ?) afin de ne pas dupliquer les efforts et de reprendre à partir de là.
- c) Notamment au Kurdistan, une analyse situationnelle au niveau national ou au niveau du trois gouvernorats de la région autonome, ainsi qu'un diagnostic du système de soins au niveau du gouvernorat de Dohuk (en tenant en compte les aspects propres au système de santé mental tel qu'indiqué par l'outil du PRIME) sont primordiaux pour une conception adéquate du plan d'action. Ce diagnostic doit rendre compte de tous les aspects liés à la santé.
- d) Etant donné les expériences multiples d'intégration au Kurdistan et cette première en RCA, un coordinateur/trice de services de santé mentale se relève absolument nécessaire pour faire en sorte que tous les efforts de toutes les parties impliquées ou intéressées soient coordonnés et cohérents avec le plan défini et en fonction de phases du processus (poste au sein du gouvernement pour assurer la continuité). La charge de travail pour le personnel de SSP est réduite lorsque le poste de coordonnateur est créé.
- e) Dans le sens de la recommandation précédente, la constitution (Kurdistan) ou le maintien (RCA) d'un comité de pilotage et consultatif est nécessaire, pas seulement pour la réalisation du diagnostic mais aussi pour développer le plan d'action en fonction des priorités identifiées et sa veille.
- f) Ce comité se doit d'entamer les actions nécessaires de plaidoyer et de lobby auprès du gouvernement dans le cas de manque de volonté politique pour prioriser la santé mentale ; auprès de bailleurs de fonds pour assurer la disponibilité de ressources suffisantes, surtout dans le cas de la RCA où les fonds de coopération internationale sont extrêmement limités.
- g) Si des formations supplémentaires dans le plan d'action au Kurdistan sont définies pour le personnel au niveau de la santé primaire ; ce qui est déjà le cas en RCA ; la condition *sine qua non* est l'assurance de la qualité afin d'honorer le principe de ne pas nuire. Cela implique des formations initiales de plus de cinq jours, un soutien au quotidien et une supervision régulière puisque les populations dans ce pays méritent aussi des prises en soins de qualité. La formation doit être conçue en fonction des rôles et

responsabilités clairement définis au sein des structures sanitaires (tel qui a été le cas en RCA), y compris les limites de chacun et des guides de décision pour savoir le moment où la référence s'avère nécessaire. Le système de supervision doit être construit dès le début : identification de superviseurs parmi les spécialistes locaux (Kurdistan) ou formation de superviseurs (RCA) plus intense sur les compétences nécessaires pour remplir ce rôle.

- h) L'expansion du pool de spécialistes a déjà commencé au Kurdistan avec des programmes d'éducation formelle, mais elle doit aussi avoir lieu en RCA. ACF pourrait avoir un rôle à jouer. Cette création ou expansion est absolument nécessaire pour réussir l'intégration car il doit toujours y avoir des spécialistes pour soutenir le personnel de SPP.
- i) Le groupe de référence en santé mentale et soutien psychosocial d'IASC conseille au Kurdistan une intégration plutôt au niveau de la santé secondaire à travers des services ambulatoires et des systèmes de référence efficaces avec le niveau primaire. La formation de médecins exerçant à ce niveau se limitant ainsi à la détection et la référence. Cette stratégie doit être explorée à la lumière de principes d'accessibilité, d'équité, et de continuité et coordination de soins.
- j) Prendre en compte que l'intégration de soins de santé mentale peut et doit aussi avoir lieu dans d'autres milieux tel que le domicile, les écoles, les associations d'usagers et leurs familles, etc. Ces autres plateformes permettent de surmonter plusieurs barrières d'accès aux soins (stigma, coût, temps limité).
- k) Des discussions doivent s'entamer avec la médecine et le système de guérison traditionnel dans les deux pays, et même appuyer une meilleure compréhension de ce système afin de faciliter l'établissement d'une collaboration respectueuse et efficace. Tel est la recommandation de l'OMS depuis 2011, souvent ignorée.
- l) Pour éviter la médicalisation de la détresse et des problèmes sociaux, il est conseillé de former plutôt du personnel de niveau intermédiaire, car les expériences autour du monde montrent que, peu importe le nombre d'heures de formation, les médecins ne s'éloignent jamais de la prescription de médicament comme premier ressort. Cependant, pour les cas sévères, chaque pays doit décider comment gérer la prescription de psychotropes au niveau de SSP, car les infirmiers sont rarement habilités à en prescrire.
- m) Au niveau de contenu de formations et supervision, ce qui est plus utile c'est que les participants puissent développer de compétences cliniques de base centrées sur les ressources, la résilience et le rétablissement ; et non sur l'apprentissage de critères de diagnostique selon les catégories remises en question pour leur potentielle non-adaptabilité aux contextes non-occidentaux. Le guide d'intervention mhGAP contient des sections spécialement consacrées à ces compétences douces nécessaires pour interagir avec les personnes souffrant de détresse psychologique, mais ils sont rarement au cœur de

formations (seulement une heure et demie dédiée en RCA). L'adaptation contextuelle de ce guide et autres guides d'intervention est absolument nécessaire dès la conception du programme de formation. Cela comprend une adaptation culturelle en termes d'expressions idiomatiques de la souffrance, les croyances liés aux troubles, les explications, etc.

Bibliographie

Action contre la faim (ACF) (2015). *Renforcement du système de santé. Du diagnostic à la programmation – Une approche étape par étape*. Paris : Action contre la faim International.

ACF (2016a) (Document interne non publié). Papier de positionnement interne ACF. La Santé mentale et les Pratiques de Soins dans le secteur de la Santé. Action contre la faim : Paris, France.

ACF (2016b) (Internal unpublished document). Mental health, psychosocial support and child care practices strategy, 2016-2018. Kurdistan Autonomous Region. Action contre la faim : Paris, France.

Al-Jawadi, A. (2007). Prevalence of childhood and early adolescent mental disorders among children attending primary health care centres in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 7, 274.

Bass, J., McIvor, S., Mohammed, T., Bunn, M., Gorman, W., Ahmed, A., Murray, L. & Bolton, P. (2016). A Randomized Controlled Trial of a Trauma-Informed Support, Skills, and Psychoeducation Intervention for Survivors of Torture and Related Trauma in Kurdistan, Northern Iraq. *Global Health: Science and Practice*. doi: 10.9745/GHSP-D-16-00017

Baxter A. J., Patton, G., Scott, K. M., Degenhardt, L., Whiteford, H. A. (2013). Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing? *PLoS ONE* 8(6): e65514. doi:10.1371/journal.pone.0065514

Budosan, B. (2011). Mental health training of primary health workers: case reports from Sri Lanka, Pakistan and Jordan. *Intervention* 9 (2), 125-136.

Budosan, B. & Bruno, R. F. (2011). Strategy for providing integrated mental health/psychosocial support in post-earthquake Haiti. *Intervention* 9 (3), 225-236.

Central Intelligence Agency (CIA). The world fact book. Iraq 2017. Disponible à: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/iz.html>. Page consulté le 14 août 2017.

Central Intelligence Agency (CIA). The world fact book. Central African Republic 2017. Disponible à: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ct.html>. Page consulté le 14 août 2017.

De Val D'espaux, S., Madi, B., Nasif, J., Arabasi, M., Raddad, S., Madi, A., Abu-Alrob, N. & Fernandez-Liria, A. (2011). Strengthening mental health care in the health system in the occupied Palestinian territory. *Intervention* 9 (3), 279-290.

Dozio, E., Peyre, L., Oliveau, S. & Bizouerne, C. (2016). Integrated psychosocial and food security approach in an emergency context: Central African Republic. *Intervention* 14 (3), 257 – 271.

El-Shaarawi, N. (2015). Life in transit: mental health, temporality, and urban displacement for Iraqi refugees. In B. Kohrt & E. Mendenhall (Eds.), *Global mental health: anthropological perspectives* (pp 73-86), Left Coast Press Inc.

Ferrinho, P., Sidat, M., Goma, F. & Dussault, G. (2012). Task-shifting: experiences and opinions of health workers in Mozambique and Zambia. *Human resources for health*. Retrieved from <http://www.human-resources-health.com/content/10/1/3>

Hanlon, C., Luitel, N.P., Kathree, T., Murhar, V., Shrivasta, S., et al. (2014). Challenges and Opportunities for Implementing Integrated Mental Health Care: A District Level Situation Analysis from Five Low- and Middle-Income Countries. *PLoS ONE* 9 (2): e88437. doi: 10.1371/journal.pone.0088437

Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health & Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.

Inter-Agency Standing Committee (2011a). Review of the implementation of the IASC guidelines on MHPSS in emergency setting. What should humanitarian health actors know? Geneva: IASC.

Inter-Agency Standing Committee (2011b). Advocacy package: IASC guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in emergency settings. Geneva: IASC.

Inter-Agency Standing Committee, Reference group for mental health and psychosocial support in emergency settings (2017) (Unpublished report). *Support mission report and MHPSS situational analysis, IDP and refugee crisis, Kurdistan, Northern Iraq and Mosul response, Iraq*. Retrieved from: <http://www.alnap.org/pool/files/rg-mhpss-iraq-support-mission-report-and-situational-analysis-june-2017.pdf>

International Medical Corps (2016) (unpublished report). *Mental Health Integration into General Health Care: a Step-Wise Approach. Case study*. US: International Medical Corps. Disponible à: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MCMG.pdf

Iraq Sub-Committee of the Royal College of Psychiatrist (2012) (Unpublished report). *A 7-year journey report*. Iraq. Retrieved from <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ISC%20-%20Year%20Report%20Feb%202012.pdf>

Kakuma, R., Minas, H., van Ginneken, N., Dal Poz, M., Desiraju, K., Morris, J., Saxena, S. & Scheffler, R. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*, Vol. 378, 1654–63. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61093-3

Keynejad, R., Dua, T., Barbui, C. & Thornicroft, G. (2017). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evidence-Based Mental Health* Published Online First: 13 September 2017. doi: 10.1136/eb-2017-102750

Kirmayer, L. & Pedersen, D. (2014). Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 51 (6), 759-776.

Kohan, I., Perez-Sales, P., Huamani Cisneros, M., Chirinos, R., Perez-Langa, R., Rivera Holguin, M., Cid, B. & Silva, A. (2011). Emergencies and disasters as opportunities to improve mental health systems: Peruvian experience in Huancavelica. *Intervention* 9 (3), 237-248.

Kohrt, B., Mendenhall, E. & Brown, P. (2015). A Road Map for Anthropology and Global Mental Health. In B. Kohrt & E. Mendenhall (Eds.), *Global mental health: anthropological perspectives* (341-361), Left Coast Press Inc.

Médecins sans frontières (unpublished report). Healing Iraqis. The challenges of providing mental health care in Iraq. Amsterdam : Médecins sans frontières.

Ministère de la santé publique de la population et de lutte contre le sida (2011). Politique national de santé mentale. Ministère de la santé publique de la population et de lutte contre le sida, République Centrafricaine.

Ministère de la santé publique de la population et de lutte contre le sida (2016). Plan opérationnel de santé mentale et soutien psychosocial. Ministère de la santé publique de la population et de lutte contre le sida, République Centrafricaine.

Ministry of Health (MoH) & WHO: *Iraq Mental Health Survey 2006/7 Report*. (2009). Ministry of Health, Iraq.

Moore, M., Anthony, C. R., Lim, Y. W., Jones, S., Overton, A. & Yoong, J. (2014). *The future of health care in Kurdistan Region- Iraq. Toward an effective, high quality system with an emphasis on primary care*. USA: RAND health division, RAND Corporation.

Mugisha, J., Abdulmalik, J., Hanlon, C., Petersen, I., Lund, C., Upadhaya, N., Ahuja, S., Shidhaye, R., Mntambo, N., Alem, A., Gureje, O. & Kigozi, F. (2017). Health systems context(s) for integrating mental health into primary health care in six Emerald countries: a situation analysis. *International Journal of Mental Health Systems* 11 (7), 1-13.

Myers, N. (2015). "Shared humanity" among nonspecialist peer care providers for person living with psychosis: implications for global mental health. In B. Khort & E. Mendenhall (Eds.), *Global mental health: anthropological perspectives* (pp 325-340), Left Coast Press Inc.

O'Donnell, K. & M. L. O'Donnell (2016). Global Mental Health: sharing and synthesizing knowledge for sustainable development. *Global Mental Health* 3, e27, 1-18. doi: 10.1017/gmh.2016.22

OMS (2015). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.

OMS (2016) (Document non publié). *Analyse de la situation, niveau national, mhGap*. Bureau en Centrafrique : Organisation mondiale de la santé.

OMS & Ministère de la Santé Publique, République Centrafricaine. Compte rendu de la période août 2016 et mai 2017 du programme Accroître les services de santé mentale pour les populations déplacées et les populations d'accueil vulnérables en République Centrafricaine ; utilisant le programme d'action de l'OMS « Comblent les lacunes en santé mentale - Guide d'intervention humanitaire (mhGAP-GIH) ». Disponible à http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/files/R%C3%A9sum%C3%A9%20sant%C3%A9%20mental_e_FR_20170508.pdf

Patel, V. (2012). Global Mental Health: From Science to Action. *Harvard Review of Psychiatry*, 20 (1), 6-12. doi: 10.3109/10673229.2012.649108

Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A., Hyman, S., Laxminarayan, R., Levin, C., Lund, C., Medina Mora, M.H., Petersen, I., Scott, J., Shidhaye, R. & Vijayakumar, L. (2015). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Philips, M. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, Vol. 370, 859-77.

Quosh, C. (2011). Takamol: multi-professional capacity building in order to strengthen the psychosocial and mental health sector in response to refugee crises in Syria. *Intervention* 9 (3), 249-264.

Roelandt, J. L. & Staedel, B. (eds) (2016). *L'expérimentation des médiateurs de santé-pairs : une révolution intranquille*. Paris, Doin, Collection « Polémiques ».

Rose, N., Hughes, P., Ali, S. & Jones, L. (2011). Integrating mental health into primary health care settings after an emergency: lessons from Haiti. *Intervention* 9 (3), 211 – 224.

Sadik, S., Abdulrahman, S., Bradley, M. & Jenkins, R. (2011). Integrating Mental Health into Primary Care in Iraq. *Mental Health in Family Medicine*, 8, 39-49.

- Sharma, S. & Piachaud, J. (2011). Iraq and mental health policy: a post invasion analysis. *Intervention* 9 (3), 332-344.
- Thornicroft, G., Alem, A., Antunes Dos Santos, R., Barley, E., Drake, R., Gregorio, G., Hanlon, C., Ito, H., Latimer, E., Law, A., Mari, J., McGeorge, P., Padmavati, R., Razzouk, D., Semrau, M., Setoya, Y., Thara, R. & Wondimagegn, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 9 (2), 67-77.
- Ventevogel, P., Pérez-Sales, P., Fernández-Liria, A. & Baingana, F. (2011). Integrating mental health care into existing systems of health care: during and after complex humanitarian emergencies. *Intervention* 9 (3), 195 – 210.
- Ventevogel, P., Ndayisaba, H. & van de Put, W. (2011). Psychosocial assistance and decentralised mental health care in post conflict Burundi 2000 – 2008. *Intervention* 9 (3), 315-331.
- Vinck, P. & Pham, P. (2010). Association of exposure to violence and potential traumatic events with self-reported physical and mental health status in the Central African Republic. *JAMA*, 304 (5), 544-552.
- Weiss, W., Murray, L., Zangana, G., Mahmooth, Z., Kaysen, D., Dorsey, S., Lindgren, K., Gross, A., McIvor Murray, S., Bass, J. & Bolton, P. (2015). Community-based mental health treatments for survivors of torture and militant attacks in Southern Iraq: a randomized control trial. *BMC Psychiatry*, 15 (249), 1-16. doi 10.1186/s12888-015-0622-7
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V. & Vos, T. (2010). The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE* 10(2): e0116820. doi:10.1371/journal.pone.0116820
- WHO (2003). *Organisation of Services for Mental Health. Mental health policy and service guidance package*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
- WHO (2005). *Human Resources and Training in Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
- WHO (2008a). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation & World Organisation of Family Doctors (WONCA).
- WHO (2008b). *Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
- WHO (2008c). *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

WHO (2009). *Improving health systems and services for mental health. Mental health policy and service guidance package*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

WHO (2013). *Building back better. Sustainable mental health care after emergencies*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

WHO (2014). *Iraq mental health profile. Mental health atlas country profile*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

WHO (2014). *Central African Republic mental health profile. Mental health atlas country profile*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

WHO & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

WHO & UNHCR (2015). *Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies mhGAP Humanitarian, Intervention Guide (mhGAP-HIG)*. Mental health gap Action Programme. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

WHO & UNHCR (2015) (unpublished). *MHPSS Situation Analysis. IDP and Refugee Crisis Kurdistan, Northern Iraq (KRG)*. Mission report. World Health Organisation.

WHO (2016) (unpublished). *MHPSS Situation Analysis. Anbar province and KRG, Iraq*. Mission report. World Health Organisation.

WHO Health Systems Strengthening Glossary. (Page consultée le 27 juillet 2017). Available at http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html

Yamien, I. (2015). *Vers le développement de la santé mentale communautaire au Niger : Résultats à mi-parcours de la recherche-action sur l'intégration des soins de santé mentale dans le système des soins de santé du district*. (Mémoire du diplôme interuniversitaire, non publié). Université de Lille 2 ; Université de Paris 13 ; APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille ; CCOMS, EPSM Lille Métropole, France.

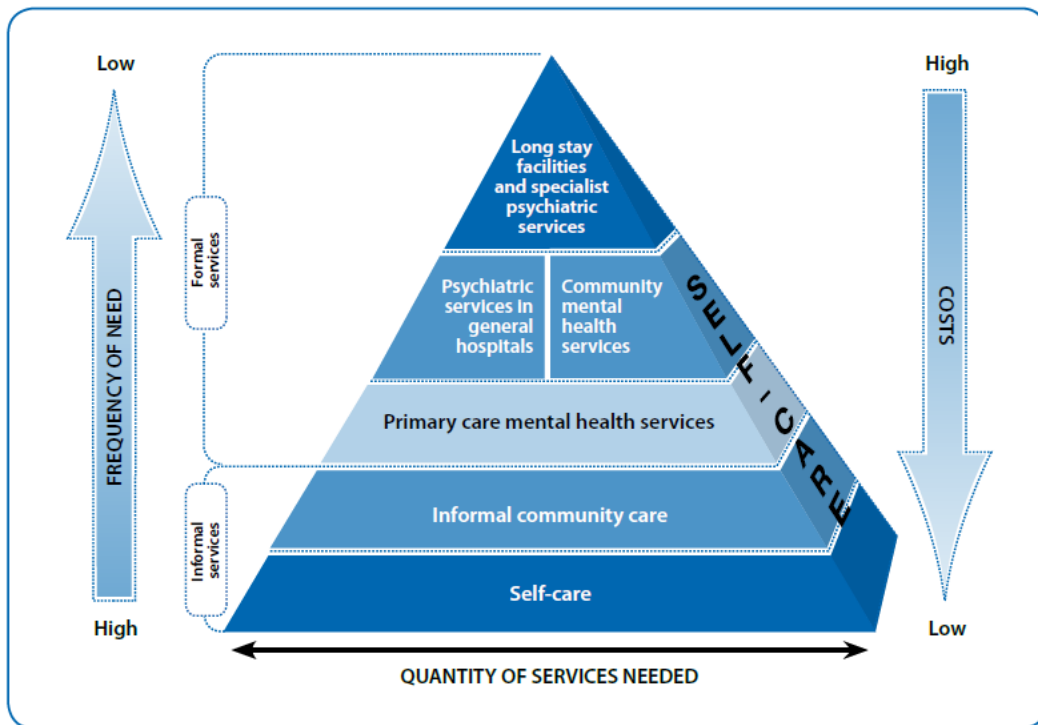
Annexe 1 - Analyses situationnelles

Analyse situationnelle	Kurdistan Irakien	République Centrafricaine
Cadre politique et législatif	<p>La politique de santé mentale développée par l'Irak, ainsi que la stratégie de santé 2009-2011 mettait l'accent sur l'intégration de soins de santé mentale dans la santé primaire.</p> <p>Programme d'intégration démarré en 2008 en partenariat avec des ONG.</p> <p>Plan de santé mentale approuvé et révisé en 2008.</p> <p>Le Kurdistan n'adhère pas à ces directives, donc il n'y a pas de politique ni de plan de santé mentale spécifique pour cette région. Il n'y a pas de législation ni de budget spécifique pour les soins de santé mentale.</p>	<p>La politique nationale de santé mentale validée en 2011, prévoit une intégration des soins de santé mentale dans les soins généraux et dicte la création d'un programme national.</p> <p>Il y a eu un plan national 2011-2015, mais il n'a pas été opérationnalisé. Il n'y a pas de législation spécifique relative à la santé mentale et les provisions ne sont pas couvertes non plus par d'autres lois. Certaines activités étaient comprises dans le Plan National de Développement Sanitaire 2006-2015.</p> <p>Le projet pilote d'intégration a débuté en 2016.</p>
Organisation des services de santé mentale	<p>Gouvernorat de Dohuk : consultations psychiatriques disponibles pour adultes à l'hôpital Azadi et au centre de santé mentale pour les enfants.</p> <p>Il n'y a pas de système pour la continuité de soins.</p>	<p>L'offre de soins de santé mentale est concentrée dans le service de psychiatrie et d'hygiène mentale situé au Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui (CNHUB) (un service ambulatoire et 24 lits pour les hospitalisations).</p> <p>Projet de cellules d'écoute en 2015 dans 25 structures sanitaires mais elles ne sont pas opérationnelles.</p>
Disponibilité de psychotropes essentiels	<p>Approvisionnement irrégulier avec des nombreuses ruptures de stock et dépendant des importations. Les ONG assurent la disponibilité dans leurs programmes. Différences au niveau de directives sur la prescription et l'autorisation donnée à certains médecins généralistes en fonction du gouvernorat, certains médecins sont autorisés, et d'autres pas nécessairement selon leur niveau de formation</p>	<p>La plupart de psychotropes essentiels sont disponibles dans un milieu privé. Certaines ONG assurent la disponibilité dans les structures sanitaires supportées avec ses propres ressources ou assurent le remboursement de ceux achetés dans les officines privées suite à la prescription reçue au Service de Psychiatrie du CNHUB pour les patients qu'ils réfèrent.</p> <p>Ils ne sont pas disponibles dans les structures de santé du gouvernement et une commande a été faite en 2016 comme solution à court terme dans le cadre du programme d'aide du gouvernement japonais. Seuls les médecins généralistes sont autorisés à prescrire.</p>
Ressources humaines	<p>Gouvernorat de Dohuk : 4 psychiatres locaux attachés à l'hôpital Azadi (pas de psychologues) et 2 attachés au centre de santé mentale (dont 1 spécialiste en psychiatrie infantile) qui compte aussi 1 infirmier et 12 enseignants et psychothérapeutes.</p>	<p>CNHUB : 1 médecin avec expérience en psychiatrie, 2 infirmiers d'Etat avec 2 ans de formation en santé mentale à l'étranger, 3 psychologues cliniciens et un nombre indéterminé d'agents psychosociaux rattaché au Ministère des Affaires Sociales.</p>
Formation, soutien et supervision	<p><u>Irak</u> : il y a des facultés de médecine avec spécialisation en psychiatrie. Un sous-comité du « Royal College of Psychiatry » du Royaume Uni a été établi en 2005 avec un programme de renforcement de capacités de la part de psychiatres avec une expérience professionnelle moyenne. Un nouveau curricula a été introduit en 2010 afin d'améliorer la formation de psychiatres ; l'introduction d'une formation obligatoire en TTC et l'implication des infirmiers dans la formation (voir <i>The Iraq Subcommittee of the Royal College of Psychiatrists, 7 years journey document</i>). En 2007, un accord-cadre a été établi entre le programme de renforcement de capacités du <i>Royal College</i> et le Gouvernement Régional du Kurdistan, mais il n'a pas été possible de trouver des détails sur cette collaboration.</p>	<p>Il y a une faculté de médecine et une faculté de psychologie à l'université de Bangui. Il n'y a pas de formation spécifique en santé mentale pour les médecins ou les infirmiers. Seul 27 médecins généralistes actifs du ministère de la santé avaient reçu une formation en santé mentale avant la mise en œuvre du mhGAP, mais sans aucune supervision.</p>

	<p><u>Gouvernorat de Dohuk</u> : Les étudiants en médecine au Kurdistan étudient dans les écoles basées sur le modèle d'enseignement universitaire britannique ; peu d'étudiants et de résidents ont de l'expérience dans les services psychiatriques. Les psychologues sont formés quatre ans au niveau universitaire et reçoivent une équivalence de maîtrise en psychologie (cours magistraux et conférences, pas de formation clinique ni pratique). Il n'y a pas de formation de travailleurs sociaux. Formations récentes en psychothérapie : Master financé par l'État du Bade-Wurtemberg en Allemagne en collaboration avec l'Université de Dohuk, le programme de master de l'Université de Koya / SEED et un prochain programme de master d'OIM.</p>	
Système d'information et monitoring	<p>Il y a un système national d'information sanitaire en Irak qui a été évalué en 2011 comme étant 'adéquat' mais assez faible avec des dysfonctionnements dans plusieurs de ses composantes. Dans les gouvernorats du Kurdistan en 2014, les données sur la santé ne sont pas disponibles ou non suffisamment définies, standardisées, désagrégées, transmises électroniquement, analysées ou utilisées pour permettre une bonne gestion et une politique. Les maladies et conditions incluses dans la surveillance de routine ne sont pas standardisées. Au niveau de Dohuk, l'hôpital Azadi n'est pas en mesure de collecter des données fiables, par exemple sur le nombre de cas qui se sont présentés chaque mois.</p>	<p>Il y a un Système National d'Information Sanitaire (SNIS), qui est caractérisé par le retard dans la collecte des données et la faible capacité des ressources humaines pour l'analyser et prendre des décisions. Le système n'est pas capable de répondre aux besoins en information des programmes de santé.</p>

Annexe 2 - Pyramide d'organisation de services de santé mentale

WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health



Annexe 3 - Guide d'entretien

Cadre politique et législatif, analyse situationnelle

- 1) Y a-t-il une politique de santé mentale dans le pays ?
- 2) Y a-t-il un plan de mise en œuvre ? Si oui, quelles sont les actions définies ?
- 3) Les soins de santé mentale sont-ils inclus dans le « minimum package of care » ?
- 4) Y a-t-il eu une analyse situationnelle de réaliser avant la prestation de formation ? ou seulement des évaluations de besoins ? Rapports ? Evaluation avec l'outil OMS EIMS au niveau national ?
- 5) L'analyse situationnelle comprend-elle :

-les services de santé mentale existant ?

-les besoins ?

-Les façons de faire face de la part de la population ?

-Les ressources déjà mobilisées pour faire face ?

-Les personnes ayant participé à l'analyse ou aux évaluations de besoin ?

Organisation de services et ressources humaines

- 1) Des services spécialisés en santé mentale ont-ils été mis à disposition dans des hôpitaux de district pour soutenir le personnel de santé des structures de soins primaires ?
- 2) Des liens de partenariat/collaboration ont-ils été établis avec d'autres services pour la référence de patients ? avec d'autres secteurs (éducation, logement, emplois) ? avec les communautés, y compris les tradi-praticiens et les leaders religieux ?
- 3) Le nombre de ressources humaines a-t-il été estimé pour fournir suffisamment des services en fonction des besoins identifiés ?
- 4) Le nombre de personnel de soins primaires a-t-il augmenté ? Ou y a-t-il a eu une redistribution ?
- 5) La charge de travail du personnel de santé est-elle analysée afin de ne pas les surcharger de compétences et de connaissances qu'ils ne peuvent utiliser ? La résistance potentielle de leur part a-t-elle été prise en compte ?
- 6) Quelles actions ou stratégies ont été développées pour aborder les barrières à l'accès aux soins telles que la stigmatisation ?
- 7) La recherche active des cas a-t-elle été mise en place ? si oui, comment et par qui ?

- 8) Le processus d'intégration comprend-il aussi des bénévoles pour des actions de sensibilisation ?
- 9) Le modèle de soins comprend-il aussi la paire-aidance ?
- 10) Y a-t-il un coordinateur.trice de services de santé mentale pour superviser l'intégration ?
- 11) Y a-t-il un groupe de coordination établi ? Si oui, l'intégration est-elle discutée dans ce forum ?
- 12) Une cartographie de services de tous les prestataires a-t-il été fait ? y a-t-il eu des ateliers pour établir des mécanismes de référencement ?
- 13) Quelles mesures ont été prises pour assurer la disponibilité des médicaments psychotropes dans les établissements de soins primaires ? Y-a-t-il eu un budget dédié du ministère de la santé ?
- 14) Quelles actions/mesures sont entreprises pour atteindre les groupes marginalisés qui peuvent ne pas connaître ou ne pas avoir accès à l'établissement de santé ?

Formation et modules

- 1) Quel est le questionnement de la pertinence du guide d'intervention mhGAP ?
- 2) Y a-t-il un soutien spécialisé disponible pour superviser les élèves ?
- 3) La formation du personnel de santé a-t-elle abordé les aspects liés à la relation soignant/usager ?
- 4) Quelles compétences vise à développer la formation ? (Tel que l'écoute active, communication et attitude empathique, soutien émotionnel ou bien d'autres tels qu'annoncer des mauvaises nouvelles, style de conseil, motiver le changement de comportement)
- 5) Le contenu de la formation a-t-il porté sur l'évaluation et le diagnostic, ainsi que sur le traitement, le soutien, la référence et les services de prévention ?
- 6) Y avait-il un module pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination ?
- 7) Y avait-il un module sur les droits des humains et les droits des personnes en situation de handicap ?
- 8) Tout le personnel a-t-il été formé aux dispositifs locaux de protection ? (Exigences en matière de consentement et restrictions ; identification, recherche et groupement de familles)
- 9) Y avait-il un module ou une séance pour garantir la confidentialité des dossiers médicaux ?
- 10) Y avait-il un module sur l'identification des données nécessaires pour l'enregistrement dans le système d'information sanitaire ? si oui, les catégories du HIS de HRC sont-elles appliquées ou juste une catégorie « problème mental, neurologique, ou lié à l'utilisation de substances psychoactives » ?

- 11) Y-a-t-il une stratégie pour s'assurer que le personnel de santé puisse continuer la formation en santé mentale ?
- 12) Y-a-t-il un plan pour changer le rôle de spécialistes en tant que formateurs et superviseurs ?
- 13) La formation avait-elle comme objectif de former des formateurs ? (Par exemple, formation de spécialistes sur les méthodes de formation où le personnel de santé apprend certains sujets ou dimensions comme des compétences cliniques)
- 14) Le personnel de santé, qui n'a pas été formé selon les modules mhGap, a-t-il été formé à dispenser des premiers secours psychologiques ?
- 15) Des agents communautaires et/ou bénévoles ont été formés à a) sensibiliser aux soins de santé ; b) aider à rechercher de l'aide auprès des établissements de santé ; c) participer que soins de suivi ?
- 16) Un membre de l'équipe soignante (par exemple, infirmier, agent psychosocial, agent communautaire) a-t-il été formé à apporter un soutien psychosocial (thérapies brèves, diriger des groupes d'entraide, enseigner la gestion du stress) ?
- 17) Y a-t-il eu des discussions avec les tradi-praticiens qui peuvent dispenser des soins à des individus atteints de troubles et qui souhaitent collaborer et référer certains cas ?
- 18) Quel est le niveau de satisfaction du personnel formé pour la mise en pratique de connaissances et compétences pour les consultations ?

Suivi et évaluation

- 1) Y-a-t-il un plan de monitoring dès le départ du projet pilote ?
- 2) Si oui, est-t-il prévu d'évaluer les résultats escomptés du traitement et des services ?

Pérennisation des actions

- 1) Quelles sont les actions de plaidoyer entreprises ?
- 2) Dans quelle mesure pensez-vous que la formation sur le guide mhGap peut assurer la prestation des soins au niveau des soins primaires à long terme ?
- 3) Quelle est la stratégie pour transférer la responsabilité aux acteurs locaux ? Y-a-t-il des accords avec les autorités locales pour la passation ?
- 4) Le projet a-t-il bénéficié d'un financement à courte, moyen ou long terme ?

Annexe 4 - Exemples d'actions similaires dans d'autres pays

Murray et al. (2011), have developed an **apprenticeship model to train local providers as lay counsellors** based on their experience with training programs in **Sri Lanka, Burundi, Indonesia, Sudan, Cambodia, Uganda, Zambia, Tanzania, Pakistan, Iraq, Nepal, and Thailand**, as an attempt to draw some guidelines on how to train and supervise the necessary treatment. A detailed account of the model can be found in the published paper; however, I summarize the main points here:

- Implementation science research indicates that “one off” training approaches may result in initial knowledge change but not behavioural change in practice or counselling, not even among mental health professionals;
- Increasing importance given nowadays to supervision, coaching and feedback in reaching fidelity or adherence to a particular intervention;
- The model focuses on “Advanced Psychosocial Interventions”, defined by the mhGAP Intervention Guide as “interventions that take more than a few hours of a health-care provider’s time to learn and typically more than a few hours to implement”.
- It involves 3 groups of individuals: 1) trainers who are experts in the intervention; 2) supervisors, who can be local mental health professionals (psychiatrists, psychologists) or individuals selected for more advance role; 3) counsellors, who are the individuals that provide the intervention.
- 1st stage => selection of apprentices from the community, affiliated to local partner organisations to be trained as counsellors and supervisors, based on the following criteria: basic aptitude and interest in holding either one of the roles, at least high school education, strong interpersonal skills, and interest in learning how to help people with mental disorders. Additional criteria for supervisors: some teaching/counselling experience. The identification of local supervisor may take place before or after the initial training. The available time that people have needs to be considered during the selection process, and other responsibilities must be reduced as the counselling responsibility increases. Organisational support is fundamental to support the time commitment and resources needed. Sustainability and motivation can be ensured by working with local organisations to incorporate incentives or advance training opportunities and certificates, or additional monetary allowances for advance skills, or a partnership contract to make used that the skills are used after the training.
- A way to reduce the chances of selecting people that may not be a good fit for a counselling role, could be to use a mutual selection interview process, including a role play that is objectively scored base on predetermined criteria, and group discussion with candidates.
- Course work: use of active learning strategies, such as behavioural rehearsal with coaching and feedback; small group work; trying counselling strategies themselves (e.g. relaxation). More time dedicated to practicing skills than on lectures. The activity of coaching and feedback is progressively passed on to future supervisors as the training moves on. Initial training is short but ongoing supervision and consultation is time intensive.
- Supervisors are trained on the intervention and as supervisors, either during or after the training depending the timing of selection. Additional training includes how to supervise and how to begin setting up the ongoing supervisory and monitoring processes. Supervision specific topics: a) reviewing components of the intervention and conducting more role-plays to ensure supervisor competency in the intervention; b) providing training on how to give constructive feedback on role-plays to improve counsellors’ skills; c) coaching on how to use questions to help counsellors (rather than giving answers); and d) training on how to run a supervision group that is efficient and effective (e.g., setting agendas, guiding case presentations).
- Practice groups should start immediately after the initial training (within 1 or 2 weeks). Supervisors lead counsellors in practicing components of the intervention, providing support and coaching. During this time, the supervisors are in weekly contact, typically via Skype, with the trainers to receive consultation and coaching themselves on providing supervision. These groups may focus on a particular component of the intervention or skill. It’s useful for the trainers to provide clear suggestions on what the supervisor should be looking for in the role plays (e.g., micro-skills, goals, potential challenges) to facilitate his/her ability to effectively coach the counsellors.

- Supervisors should provide objective reporting to the trainer about what s/he said and how the information was conveyed, which allows for additional coaching on supervisory skills and feedback style.
- Close supervision is provided to every supervisor and counsellor prior to proposing the intervention to a large number of clients by assigning one or two “pilot” cases. It’s helpful that supervisors start with pilot cases a couple of weeks before the counsellors, as that they can anticipate potential challenges. The feedback is provided based on a careful review of cases taking into account 1) the supervisors’ and counsellors’ implementation of the components of the intervention, and 2) on the supervisors’ supervision skills (e.g., response and guidance of counsellors). The objective reporting of supervisors must be solidified at this point.
- Once pilot cases are completed, the supervisor and trainer assess the counsellor’s ability to implement the intervention effectively and to take additional cases. At this point, the trainer’s role changes to asking questions to get the supervisor conceptualise the cases by themselves.
- Balancing fidelity and flexibility (balance room for creativity and adaptation to fit the population (or cross-cultural modifications) and fidelity (delivery of essential components). Some fidelity monitoring strategies are counsellor self-report (the component(s) delivered, any practice assignments outside of session, and monitoring of safety), live observation sessions (direct or indirect via audiotape), and behavioural rehearsal (e.g., role-playing components as a proxy for observation). Training on monitoring client’s symptoms to regularly assess client functioning and response the intervention (e.g. short list of symptoms of about 10-15 items that is administered in every session).
- Cross cultural nature of mental health counselling in LMIC: when a problem such as a particular belief (e.g., “I was possessed and thus needed to be raped”), or a safety issue (e.g., suicide plan) arises, it is important for the trainer to work closely with the local counsellors and supervisors to jointly determine the best course of action. Some of the intervention components may need adaptation to improve acceptability.
- Challenges of the model: 1) supervisor attrition (training additional “back up” supervisors during the on-site training when possible; to increase role play evaluations and observations of the “on the job” supervision during the initial training to identify challenges with effectiveness), 2) counsellor attrition (to train a large number), 3) limited “experienced” capacity for handling clinical emergencies (e.g., concerns of suicide, homicide or child abuse) (involvement of a local mental health specialist and develop individualized safety plans collaboratively between trainers, local organisations and specialist in every location), 4) time required, and 5) the need for the supervisors to speak the same language as the trainers (ideally, local supervisors can be trained as trainers overtime).
- Reviews and studies indicate that training efforts must include active learning (vs. passive, lecture-oriented training), attend to contextual factors such as organizational support, and include post-training supervision, especially on the job coaching and feedback to ensure implementation with fidelity and sustainability.

Rose, Hughes, Ali & Jones (2011) describe IMC’s attempt to meet mental health needs in the aftermath of the earthquake in **Haiti** in 2010, in a context of fragile health infrastructure (collapse of hospitals and deaths and injuries of essential health personnel during the earthquake). The authors tested the IASC guidelines in a setting of large scale disaster and complete absence of community based mental health care prior to the earthquake.

The intervention consisted of:

- Making psychiatric services available outside of Port-au-Prince by providing a vehicle for the transportation of staff, a generator, bedding, patients clothes, hygiene kits, cleaning materials and essential medication.
- Community based mental health services in areas with the greatest concentration of displaced people. The model was the integration of mental health clinics into eight primary health care centres, each covering a displaced population of between 10 and 15000.
- Time management problem was addressed by providing a mental health clinic once a week, where a Haitian GP was released from general duties for half a day per week. This strategy allowed the practitioner to allocate additional time to cases and more dedicated attention; as well as for concentrated periods of on-the-job supervision by an international or national psychiatrist (under training to be a trainer).

- Every clinic was coordinated by a community psychosocial worker (who were previously a nurse or psychologist), who was in charge of undertaking preliminary assessments, providing individual and group therapeutic activities (focused mainly on anxiety management and problem solving), liaise with other community resources (e.g. local leaders, aid organisations, and traditional healers) and be the focal point for the referral of survivors of SGBV. Every psychosocial worker was responsible for recruiting and supervising a dozen of community volunteers, who were tasked with the promotion of good mental health, support appropriate mourning processes, identify people in need and suffering from severe mental illness to engage them in treatment and help them access available resources. They were managed and supervised by a senior psychosocial worker.
- A patient file system was set up and the team was trained to use the mental health categories of the Health Information System (HIS) of UNHCR.
- Essential psychotropic medication (WHO essential medicine list) was available in all clinics.
- Training: for GP, workplace training and attending a weekly half day teaching programme for them to be able to clinically manage most people presenting with severe mental illness within 3 months. Curriculum was based on: Where there's no psychiatrist, IASC Guidelines & a draft version of the mhGAP Intervention Guide. Evaluation: workplace assessed clinical encounters, case based discussions, end-of-training examination.
- Psychosocial workers also took part in the half-day teaching programme and supervised in providing basic individual and group interventions.
- 2 local psychiatrists were recruited on a part-time basis to be trained as workplace supervisors and assessors of the GP to ensure sustainability.

Challenges and dilemmas:

- The UNHCR HIS system proved to be useful for training and matched the mhGAP curriculum; however, 3 categories needed to be added: no psychiatric disorder, dementia and 'other'.
- Sustainability of the integration after an emergency in a country with poorly developed primary health infrastructure and no history of community psychiatry.
- Should a mass disaster be used as an opportunity for Western agencies to promote community mental health services, particularly when central services are so underdeveloped?
- Donor commitments: it will need expensive long-term institution building if the model is to be rolled out nationally and longer-term funding needs to be advocated for.
- Dilemma to focus mainly on creating new community services, rather than developing the 2 existing psychiatric institutions in Haiti. The priority was given to reach displaced people with severe MH problems who would otherwise have no access to treatment. A hospital centred approach may have helped to improve the quality of psychiatric in and out patient care but it may not have increased the number of new patients.
- Value of training primary health care workers for a service that may not be sustained, and the ethics of providing care free of charge when that too may not last (the case of emergency relief services).

Lessons learnt:

- In relation to the recommendations of the IASC Guidelines, it was not realistic to provide MH care in every emergency primary health care location given the magnitude of the disaster. It would have required a lot of specialist resources to scale up that was beyond the capacity of all medical organisations put together.
- Greater attention must be paid to the location of the integrated clinics operating as referral hubs for clusters of emergency primary care clinics and to employ more psychosocial workers to support and develop the dispersed way of working.
- In spite of the fact that community mental health was included in the draft National Health Strategy in 2010, mental health services remain a very low priority in Haiti, which is a country with a very long history of underdeveloped basic public services.

Budosan & Bruno (2011) also present an account of a strategy for providing integrated MHPSS developed by NGO Cordaid following the earthquake in 2010 in 5 administrative departments of **Haiti** (West, Artibonite, North, North East and South-East). The purpose was to provide integrated support in cooperation with local NGO, the ministry of Public Health and Population (MPHP) and the local health departments; as well as to initiate an integration process of mental health into primary care (training of PHC workers of local NGO & the establishment of referral system between target communities, NGO and government health systems). The selection of training participants was made according to the role of PHC workers within the communities and health systems and their interest in acquiring knowledge and skills on mental health. The training modules were based on the MhGap intervention guide.

Main constrains, limitations and lessons learnt:

- The training programme was not able to foster positive change in practices of PHC workers. This prevented the referral system from developing effectively, as PHC workers were not motivated enough to assist people referred by community workers, either due to financial or professional reasons.
- In spite of WHO's efforts at that time to develop a mental health policy for the country that included appointing multi-disciplinary teams of MH professionals to supervise the implementation of the policy in all departments, Cordaid's experience proved that PHC workers are difficult to motivate.
- The programme received limited cooperation from formal government health authorities. As a matter of fact, Haitian professionals see the government's limited capacity as one of the major obstacles for strategy development. At the time, there was no administrative unit for MH within the MPHP responsible for planning, organisation and coordination of services, but someone was appointed as focal point around that time.
- Some difficulties were encountered with the local NGO partner, who had a stronger orientation and interest in developing their own resources rather than in providing quality interventions. The contractual agreements were renegotiated several times at the partner's request, making difficult to reach a final agreement. The outputs of some local organisations did not meet the contractual obligations if their activities were not properly and frequently monitored. Given the absence of national rules and regulations, the agreements with local NGO take place on a case-by-case basis.
- The provision of mental health care is very individualistic given the absence of a National Psychiatric Association that would allow exchange in practices.
- The authors stress the need for an evaluation of the MHPS intervention delivered by trained community workers in order to find out what techniques were culturally appropriate and effective among Haitians.

The organisation International Medical Corps (IMC) has been investing in the integration of mental health care in primary care in countries affected by armed conflict and natural disasters. Hijazi, Weissbecker & Chammay (2011), published an account of the experience in **Lebanon**:

- Training manual: previous IMC materials, IASC guidelines + 'Where there's no psychiatrist' by Vikram Patel (2003). Topics were selected based on formative evaluation (FGD with GPs and mid-level staff, included questions on logistical aspects of the training, content, presentations and subjects, quality of trainers, and feedback from the on-the-job sessions; in-depth interviews with main trainers), assessment of most prevalent disorders seen at PHC (as indicated by trainees and discussion with heads of clinics and the MoH) and periodic revisions from one cycle to the other;
- PHC training materials and content: medication management for every mental disorder covered (prescription, dosages, and overall management by GPs), basic pharmacology, duration of treatment, side effects, medication compliance and psycho education for mid-level staff.
- Specialised topics were included for specific groups of trainees: gynaecologists were trained on detecting domestic abuse, providing support and linking survivors of violence to services, postpartum depression and psychosis. Training for paediatricians emphasized behavioural disorders in children, maternal depression, monitoring a child (height/growth) taking methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), recognising signs of child abuse and neglect, and paying attention to school performance as an indication to explore other problems.

- Adult learning perspective: trainees and managers were engaged in discussing the rationale of learning about mental health and the challenges to be addressed;
- 4 days training => cycle 1; 12 days training => cycles 2 and 3. Supervision: 3 days and started 6-7 days after theoretical training.
- Every trainee was assigned a psychiatrist for technical consultation and on-the-job supervision. Clinical performance was measured using a Competency Checklist adapted from the 'mini-CEX for specialist training in psychiatry, Royal College of Psychiatrist. The checklist assesses the trainee's ability to establish rapport, demonstrate active listening, basic attending, ability to communicate competence, make appropriate referrals and write case reports.
- Refresher training took into account gaps identified by formative evaluations and staff specialisations: GPs reviewed how to use proper prescribing habits; paediatricians received in-depth sessions on child and adolescent mental health; gynaecologists were trained on identifying, managing, and referring cases of abuse; gastrointestinal doctors practiced identification and management of psychosomatic complaints; mid-level staff was trained on psychosocial interventions including family support.
- Lessons learnt:
 - hold separate sessions for physicians and non-physicians
 - allow more time for case discussion and role plays
 - address rational use of medication in every topic session, including when to start, monitor and discontinue medication
 - more focus on family support for middle-level staff
 - Refresher training is needed on some topics (e.g. depression)
 - physicians and mid-level staff should be from the same clinic in order to facilitate joint and coordinated service provision
 - Start on-the-job training and supervision at the same time as theoretical training, and increase the number of sessions and include regular follow up at least 1 year following the training (consultation visits once a month); trainers to remain points of reference for technical questions.
 - Additional topics: stress management, preventing burn out, communication with angry or violent patients; prevention on mental health.
- Main outcome: trainees improved their ability to identify mental disorders. However, it was still difficult for them to know when to refer, when to prescribe medications, and explaining the purpose of medication and dosage; and managing follow-up cases and knowing when to discharge. Persisting habits: resistance to prescribe antidepressants, they continue to prescribe benzodiazepines.
- Need for a team approach to care: provision of care should happen by a team of medical professionals and social workers working together that needs long term support and supervision.
- Recommendation to set up supervision units, made up of a psychiatrist, psychologist and social worker or psychiatric nurse, stationed within ministry clinics or local organisations, that can sustain them following NGO-support.
- Training was not enough when the head of the clinic did not promote the organizational integration of mental health into PHC services.
- The integration should include reporting and tracking MH patient data (diagnosis, medications, interventions, management and referral).
- Very few referrals options for secondary care;

- Memorandum of understating with authorities and other stakeholders delineating the responsibilities of the Lebanese order of physicians: a) provision of training space; b) participation in reviewing and approving training materials; c) facilitating provision of credits to trained PHC doctors, and d) advocating for establishment of national MH policy to integrate MH care into PHC.

Budosan (2011) describes in his articles how the opportunities that were made available by relief efforts (the tsunami in 2004, the earthquake in Pakistan in 2005 and the war in Iraq in 2003), were taken by IMC to deliver mental health care training for PHC workers in 2 districts of **Sri Lanka**, one district in **Pakistan** and the eastern part of the city of Amman in **Jordan**.

The author emphasises that even if efforts and investment in mental health care within primary care are important, they are not sustainable unless efforts in other areas, especially in developing community mental health services, are made before or simultaneously. Moreover, the evaluation of training effectiveness in different countries has shown positive outcomes in diagnostic accuracy, sensitivity of trainees, changes in attitudes toward MH issues. However, the changes in actual clinical practices and patient outcomes, especially in the long run, have not been proven to be significant.

The curricula encompassed communication and listening skills, recognition of mental health problems in a community, established interventions, strategies for problem solving and learning how to collaborate with existing local resources, such as indigenous healers. The training programmes included hours of theoretical training in addition to on-the-job sessions supervised either by a local or international psychiatrist depending on the location.

The training outcomes were evaluated with a knowledge test and an on-the-job training competency checklist. The results showed improvements of the theoretical knowledge in Jordan and Sri Lanka. In the latter, the training also improved the clinical practices of PHC workers and contributed to the development of community MH services (13 outpatient MH clinics and a multidisciplinary team appointed to the target district, including 3 doctors with one year post graduate degree in MH). The number of patients properly detected, diagnosed and treated increased. In Jordan, the training was useful to increase detection rates, diagnostic accuracy and the number of referrals to psychiatrists.

The success factors attributed to the training programme in Sri Lanka compared to the ones in Jordan and Pakistan are:

- Political will to develop community mental health care services;
- Formulation of the MH care policy that promotes integration of MH care in primary care;
- Commitment of PHC and MH professional to implement the policy;
- Training design, theoretical and on-the-job components, in line with the IASC guidelines under development at that time and the guidelines established by the International Society for Traumatic Stress Studies;
- Right timing: following a major disaster that resulted in influx of international funding and expertise;
- Cohesive work among all major stakeholders.
- Effective educational intervention in terms of duration (ongoing longitudinal educational interventions); degree of active participations of learners (participatory teaching methodology); and degree of integration of new knowledge in the learner's clinical context (training took place in primary care settings).

UNHCR developed a MHPSS programme in 2008 to respond to the needs created by the massive influx of Iraqi refugees in **Syria** since 2006, as reported by Quosh (2011). The programme was developed in a context of protracted crisis in a country that initially had a generous asylum policy but that found itself straining public systems as the war in Iraq started to last longer than expected. The program included a national capacity building project, case management for people most at risk and an urban outreach volunteer scheme. The capacity building project was initiated by Interagency Working Group with the goal of unifying diverse and uncoordinated initiatives of international actors. Later, a Syrian Advisory Board was founded to include national actors as well and then they merged in 2010 to form the Project Board to foster local ownership.

The project applied a cascade approach with longer term follow up. Three groups of trainees were selected. The first group were the master trainers (senior psychiatrists, psychologists and social workers) who were in charge of conducting subsequent trainings. The 2nd group were front line workers (PHC, schools, humanitarian workers, community outreach

workers, specialised secondary health and other services). The 3rd group was the general population in need of psychosocial support. Bilingual training materials and handbook tailored to the Syrian context were developed. 25 to 30 master trainers were trained to train front line workers in MHPSS.

The master training was developed according to qualitative (focus groups, interviews and field visits) and quantitative needs assessment (baseline survey) conducted throughout the health and social sectors. It was a one-year programme (a module of 3 or 4 days every month) of 170 training hours; six modules with a mental health component, a psychosocial component and training skills component. The participant selection was based on years of work experience in MHPS with refugees (at least 5 years) and training experience.

The external evaluation of the training programme concluded that the approach was effective, in spite of the fact that the approach has been contested in the literature. The authors state that the success was due to modelling occurring on all levels of project implementation and the multi-professional approach.

Successes:

- Greater understanding and integration of psychosocial concepts and practices as reported by master trainers and stakeholder;
- The ministries of Health and Education incorporated MHPSS capacity building in their annual work plans;
- The training materials constitute a groundwork resource for regional institutions. A national institution expressed interested in integrating the training in the postgraduate programme with the master trainers as lecturers of some courses at the medical school and psychology department.
- The project board set the foundation for a formalised National MHPSS council.

Challenges and dilemmas:

- Annual funding instead of longer term funding; lack of pooled funding hindered planning and consistency of services. Need for a structure that would allow interagency projects to apply for joint grants.
- High staff turnover, dependency on personal leadership, different incentive policies across agencies and the bilingual nature of the project;
- Negative impact of interagency politics and competition on team's enthusiasm and slowed the pace of project implementation.

Lessons learnt:

- The situation analysis was fundamental prior to the beginning of the programme to understand the system and local context.
- Master trainers' feedback on the need for ongoing supervision, assessment and follow up workshops in order to monitor quality, support and allow adjustments accordingly.
- In spite of the challenges that poses the cascade approach, the author argues that the context needed that kind of approach and claims that the project design addressed those challenges. For a detailed account on how the challenges were addressed, see page 261.
- The cascade approach allowed specialists (master trainers) to exchange perspectives with front line workers and determine together an efficient referral system.
- Reaching agreements and institutionalising them proved to be helpful. Participatory engagement with all stakeholders since the beginning, as well as involvement of decision makers and experts from different institutions was fundamental.
- The need to allocate enough time to prepare the transition to complete national ownership, by developing an appropriate and well-articulated exit strategy that ensures continuity.
- Importance of documentation all throughout the life of the project to ensure that institutional memory outlasts staff turnover.

- Programme evaluation should be integrated and planned from the beginning, as well as continuous evaluation to maintain quality. A combination of internal/external evaluation was found to be relevant.

De Val D’Espaux et al. (2011) describe the programme developed by *Medicos del Mundo* Spain in the West Bank of the occupied **Palestinian territories** in 2005. The programme entailed:

- 1) Strengthening of the public health system in collaboration with the Palestinian Authority: agreement signed to work in Salfet governorate on a pilot project to upgrade the mental health professionals’ skills; transform the existing outpatient clinic into Community Mental Health Centre; and recruit staff initially paid by MDM that could be transferred to MoH at a given time.
- 2) Providing a building and other material resources for the Community Mental Health Centre; technical support (clinical and organisational); train staff and increase their numbers.
- 3) helping with the incorporation of human resources in mental health teams of the public system, as well as capacity building on mental health for primary care teams (detection, basic support and referral). Community awareness on mental health issues; advocacy with policy makers; partnerships with other NGO and UN agencies; links with school; and provision of support to caregivers and families.

Achievements:

- The PHC staff perception of their level of knowledge and training in MH was assessed in 2007 (perception of low level) and repeated in 2008 (perception of higher level). Change in attitudes on mental health care was observed (e.g. focus more on respect and help rather than fear and stigma towards mentally ill users).
- Number of users increased over the years of the project (end of 2006 to September 2010) from less than 20 in 2007 to > 140 in 2010. Increased number of visits to psychiatrists.

Limitations and challenges:

- Programme implementation was affected by the health workers strike and operation ‘Cast Lead’ in Gaza at the end of 2008.
- Resistance to change practices on the part of PHC staff (e.g. resistance to record non -pharmaceutical interventions in patients’ files or to schedule follow-up appointments).
- Some components for a successful integration of MH care in primary care were not developed (e.g. no regular meetings between the MH team and general health staff to review cases of people who may be suffering from mental disorder). The referral system from general health staff needs to improve as well.
- It was not possible to engage a psychiatrist for at least 2 days per week or to involve a psychiatrist in other aspects beyond medical pharmacological care.
- The implementation of a regular family meeting to involve a large number of families in the recovery process and help in understanding the process was difficult at the beginning. Only until 2010 it was possible to hold the meetings regularly with WHO’s financial support.

Lessons learnt:

- Use of specialised trainers for intensive activities and junior expatriate professionals to stay longer to ensure follow up and on-the-job training.
- To bear in mind that one of the most undermining elements of conflict is the loss of dignity, so international aid must support local people with respect.
- To address mental illness and social suffering at the same time by promoting self-respect and community awareness.
- Mental health care in oPt remains fragile given the dependency on donor funding. Mainly political action can make services sustainable.

Ventevogel et al. (2012) present the case study of **Afghanistan** where Health Net TPO was contracted by the Ministry of Health to provide health services in the province of Nangharar from 2002 to 2009, following the fall of the Taliban and taking advantage of the funds that became available at that moment. The organisation attempted to develop the integration of services for some mental disorders within the general health care system as well as the implementation of community-based activities to support self-help initiatives and social action (community psycho-education in health facilities, mosques, and houses of community leaders; workshops about grief, drug use, child rearing, domestic violence, and mental health issues; support groups; and individual case management through supportive counselling). In addition, the organisation provided support on the development of the mental health policy at the central level of the government.

The Basic Package of Health Services (BPHS), includes mental health care since 2003, but the methods and tools were not outlined at that moment. The organisation conducted a need assessment to explore local concepts of mental illness and health seeking behaviour and decided to prioritised common mental disorders (e.g. depressive and anxiety disorders) and severe one like psychosis and epilepsy. Health staff were trained on the identification and management of priority conditions at the level of health posts, basic and comprehensive health care centres and district hospital. Essential psychotropic medication was included in the existing supply lines. General physicians and nurses were trained as supervisors.

A technical working group (MoH, WHO and some NGOs) produced a full range of training manuals for the country for every kind of health worker in 2008; the revision of the BPHS included a stronger component on mental health care in 2010 (e.g. psychosocial counsellors in district hospitals and comprehensive health care centres); and a 5-year national mental health plan was endorsed by the Ministry in the same year. Some of the barriers to access encountered refer to the pressure that health staff experience to see more patients, which makes it difficult for them to use psychosocial interventions that require more time than a regular consultation. In terms of challenges, there was a danger of framing context generated distress as a disorder in primary care settings. Moreover, the medical staff had the tendency to use a 'medical model' to solve problems, including the prescription of medicines. Patients, on their part, also expect medication to be prescribed in such settings. A strategy to counter balance this issue was to train health providers not to prescribe antidepressants for mild forms of depression, for instance.

Health Net TPO started MHPS services in **Burundi** in 2000 and the programme shifted from direct services to capacity building activities with the aim of integrating psychiatric care and psychosocial support into existing local health services and social systems until 2008 (Ventevogel et al., 2011). The 1st phase of the project involved recruiting social workers, teachers, nurses or community development workers as 'psychosocial workers'. They were in charge of advocacy and awareness raising, supportive and problem-solving counselling, referrals, developing and conducting group interventions and self-help groups, facilitating recreational activities, crisis interventions, supervision of community based volunteers, and networking and coordination with other actors. Research took place in this phase on traditional healing systems and psychosocial workers started informal contacts with traditional healers. Psychiatric care was provided through a monthly clinic in a provincial hospital by an expatriate psychiatrist and Burundian nurses. The NGO paid for a 3-year psychiatric nursing training to 2 Burundian nurses in Rwanda.

The 2nd phase consisted on training psychosocial volunteers to take over part of the psychosocial work and thus reducing the number of psychosocial workers from 3 to 1 every province; training social workers from the government and community based organisations (women's groups, religious or youth associations). The MH component involved increasing acceptance of treatment through community awareness; capacity building of government nurses and doctors and leading the development training materials for Mental Health into Primary Health Care; engaging national policy makers through regional conferences to discuss the integration in general health care. The NGO evaluated the MH care situation in the country in 2007 and the report was used to prepare the strategy by the government.

The 3rd phase aimed at handing over services and integrating them in existing structures (in 3 provinces, psychosocial assistance was incorporated in the services of the Ministry of National Solidarity and in the other provinces, psychosocial workers worked with community structures). The role of psychosocial worker turned into training and supervision assisting only in severe cases. Psychiatric care was integrated in general health services of the provincial hospital and ensured by trained governmental nurses as an outpatient clinic. A national mental health strategy and policy were drafted in 2007, as well as the essential drug list was reviewed to include basic psychotropic and anti-epileptic medication.

Challenges:

- The handover to the state was particularly challenging as the government faced difficulties to sustain MHPS services within their services.

- Users could not contribute financially to service provision. Achieving financial sustainability was very problematic as people in difficult could not afford to pay for the service. The services fees were kept in a revolving fund in order to have a buffer for the time the NHO would stop contributing.
- Phase 2: The collaboration with the Ministry of National Solidarity to integrate psychosocial services within government structured seemed promising at the beginning, but it did not prove successful in the long term given the marginal role of the ministry within the government.
- Phase 3: severe funding problems on the government side and internal political instability hindering decision making.
- The MH strategy was only signed by the minister in 2010 and it had not translated into increased government funding.

Lessons learnt:

- Installing basic mental health within general care must be rooted in a general health system strengthening approach. Importance of investing in establishing policies that include mental health within general health care reforms. More time was needed to insist on the importance of MH care as part of health service provision. Systematic change is necessary in service delivery affecting all units of the health system to prevent the government from seeing services as the responsibility of someone else (e.g. NGO).
- Healing the social wounds of war should be entrenched in a strengthening community systems approach and it must be set up alongside of psychiatric services to avoid the medicalisation of social suffering. A systematic approach is proposed to empower local communities to work on help and self-help and it may contain elements of *sociotherapy* and the family support conference.
- Doubts remain on whether problems of sustainability are resolved by leaving community based organisations with the responsibility to continue the activities. The hand over was successful in terms of empowerment and confidence in their involvement in mediation, referral, support and advice; but it is not clear if these capacities will remain. Their responsibility should go only as far as mobilising social support and providing emotional support and mediation. Other ranges of psychosocial assistance must be assumed by more specialised levels of care.
- In spite of the efforts of the working group, psychosocial interventions outside of the health sector could not be included and acknowledged in a national policy document. The Ministry of National Solidarity should develop strategies to empower communities to care for themselves.
- Services need to be integrated at the health centre level after doing so at the provincial hospital to make them accessible to all.

Baingana & Onyango Mangen (2011) present the results of the qualitative evaluation carried out in 2008 of the project implemented by TPO Uganda in collaboration with the Ministry of Health to scale up mental health services in 3 districts in Northern **Uganda**. The project consisted of training health workers in PHC; reinforcing the capacity of specialised MH workers to deliver and supervise outreach services; and increasing the capacity of community members to respond effectively to needs of people in their communities.

Achievements:

- In relation to the objective to build health workers' capacity to identify and manage mental illness, health units provided space for the clinics; district authorities recruited and deployed MH staff to work with NGO staff; and psychotropic medications was requested. The project data was included in the health management information system of the country.
- Outreach activities effectively reduced the number of visits to the regional hospital, as services were available closer to home. The number of patients exceeded the targets at the outreach and static clinic thanks to community mobilisation and sensitisation.
- Village health teams were identified by the communities themselves. It was possible to form patient support groups and to hold regular meetings. Some of these groups were able to carry out income generating activities.

Challenges:

- Attrition of government health workers trained by the project.
- No enough transportation means for the 3 districts.
- The government agreed to provide medication. However, the NGO had to provide emergency drugs at times to avoid shortages.
- Refresher training for health workers did not take place.
- Not all members of the village health teams were trained.
- The activities did not specifically target children, not even those in schools in spite of being the largest segment of population in the country.

Lessons learnt:

- Importance of coordination and joint planning between NGO and government.
- Importance of support and supervision.
- Key role of village health team members in community mobilisation, sensitisation and patients support groups. Need to develop guidelines to train those teams (how to form patients support groups, how to provide support to the livelihoods activities, how to carry out sensitisation and mobilisation).
- Key role of patient support groups in complementing medical and clinical activities, improving outcomes for patients. A manual should be developed outlining the roles and purpose of the groups, especially in relation to peer-to-peer support of the carers and patients.
- Support and supervision guidelines are recommended to be provided for clinical and social support aspects.
- Small team (8 full time staff allocated to the project) had significant impact.
- Government staff attrition can be tackled by training more than one health worker per clinic. It is important to organise refresher training at least once a year, as it may reduce attrition.
- MoH needs to review the essential drug kit to include the necessary psychotropics at the lower level of care.

Morón-Nozaleda, Gómez de Tojeiro, Cobos-Muñoz & Fernández-Liria (2011), present an account of the achievements and activities that led to the implementation of a mental health policy in **Equatorial Guinea** with the aim of improving services. A situational analysis and assessment of the mental health system were carried out in 2009 by the NGO Sanitary Religious Federation with the support of the Spanish Cooperation. The development of the policy took place in a context where no specific services existed, no local psychiatrists (only 2 foreign ones), one psychologist involved in the psychosocial programme for HIV/AIDS patients, no mental health nurses; and where traditional medicine is widely spread and used throughout the country and the first care sought by people living with mental illness. This is because is more accessible geographically, the providers are more available and is well established within the belief system of the population, although not necessarily cheaper than conventional medicine. Traditional medicine is a recognised practice by the government and there's a legal framework, although not integrated in the health care system and no regulation of their products.

Based on the results of the analysis, a mental health policy was approved in 2010 and strategic plan developed; training programmes conducted for every level of care (no detailed account in the paper), supervision and monitoring by more experienced professionals in PHC; initiation of long term specialist training; clinical guides and protocols developed; initiation of MH integration in general health care (supervision by specialists, case finding in the community by health workers, mobile teams and coordination with traditional healers and schools, as well as integration in the training and awareness activities; monitoring of chronic patients in the community). The policy included as one of the main goals to strengthen the protection of human rights of people with mental illness and their families. Awareness campaigns and health education programmes started, including specific programmes for the prevention of alcohol and other substance abuse. At the time of article publishing, the authors reported challenges in operationalising the policy through a proper strategic plan and the development of specific programmes for children, adolescents and people suffering from severe mental disorders. The factors that serve as leverage in the country are the established primary health care systems and

government's commitment. However, the government was planning to build neuropsychiatric hospitals that were meant to ensure a community care approach, but this may suppose a risk of institutionalisation.

Khorth & Jallah (2015), take the example the Carter Centre Mental Health Programme in **Liberia** to discuss some of the critiques in the field of global mental health and to highlight the fact that significant work is needed in some countries to prepare the ground for task-sharing to be effective. It took place in a context where the health care system, including the mental health services, had been emaciated by years of political violence and economic deprivation. As a result, most of the mental health care had been provided by NGOs instead of being integrated into government services.

Trainings have taken place in the Sinoe County, as a task sharing initiative in 2014, with the purpose of raising awareness on detection and management of some aspects of mental illness at primary care using mainly mh GAP intervention guide, which are usually one-week curriculum for primary care workers. Prior to that, the Carter Centre had developed a six-month didactic and clinical training programme, supported by ongoing supervision and continuous education after graduation, to build the capacity of nurses and physicians' assistants to undertake responsibilities for mental health care. In addition, the program intended to promote mental health policy and reduce stigma in order to foster collaboration between religious leaders, journalists and the police. These clinicians were meant to assume supervisory responsibilities to ensure a proper implementation of the content of mhGAP modules. Brief training began in the country once mid-level mental health clinicians had completed a four-year training programme and could supervise the mhGAP trainees (2-4 trainees per supervisor). The authors point out of the limitations and challenges faced with the mhGAP IG, which refers to the lack of detailed information regarding psychotherapies and psychosocial interventions, leading health workers that participate in such trainings to resort to medication by default. This is an important issue to address to prevent pharmaceutical treatment to be the default one!

Les travaux de mémoire de Yamien (2015) ont porté sur le développement de la santé mentale communautaire au **Niger** où il a effectué une évaluation à mi-parcours de la recherche-action entamé pour intégrer des soins de santé mentale dans le système de soin des districts sanitaires de Dosso et de Dogondoutchi (Doutchi). Jusqu'à cette première expérience, les soins de santé mentale restaient une affaire des services de soins spécialisés en la matière et ils étaient disponibles qu'au niveau des centres de référence nationaux et/ou régionaux. Le programme national de santé mentale (PNSM) a effectué deux études en 2009 afin d'évaluer la situation nationale du système de santé mentale et les besoins dans les deux districts. Ce programme a initié et piloté l'intégration avec le partenaire *Christian Blinding Mission* (CBM) inspiré par le programme « combler les lacunes en santé mentale » de l'OMS ; et il a mis en route une recherche-action en accompagnement des activités menées par le projet qui a débuté en 2012 et qui a été évalué en décembre 2013.

Le contexte de cette intégration connaissait insuffisance de ressources, notamment humaines avec une forte influence des considérations socioculturelles qui accentuent la stigmatisation, la discrimination et le non-respect des droits des personnes atteints par des troubles mentaux. Ces préjugés au tour du malade mental, de la maladie mentale et même des soins modernes représentent de véritables obstacles au développement des systèmes de santé mentale au Niger. L'auteur affirme que selon le culte, la région du pays et même l'ethnie ; la maladie mentale est tantôt considérée du domaine du surnaturel ou comme une punition divine, ou une préparation de l'être à des fonctions sociales supérieures. Selon le culte musulman qui est pratiqué par 99% des nigériens, les troubles neuropsychiatriques relèvent des actions diaboliques des djinns sur les êtres humains. La gravité des troubles est d'ailleurs liée au type de djinn qui est l'origine du trouble. Ce qui fait qu'en premier recours la prise en charge se fait chez les marabouts qui utilisent la récitation des versets coranique, l'écriture d'amulette et ou des décoctions à base d'écriture coranique pour éloigner le djinn de la personne. D'autres fois le recours se fait vers des tradipraticiens qui auraient le don de guérir les troubles neuropsychiatriques pour avoir vécu l'expérience ou parce qu'ils ont le pouvoir de dompter les djinns. Ce sont d'anciens malades dont l'expérience de la maladie a transformé en devins parce qu'ils auraient reçu le don de guérir au cours de leur maladie. Pour cette catégorie de tradipraticiens, la prise en charge se fait à travers des cérémonies de dépossession et l'utilisation de décoction d'écorces d'arbres et autres poudre « magiques » en fumigation.

Le modèle d'intégration choisi a été celui développé par l'ONG AMAUDO du Nigéria avec le soutien de CBM et déjà appliqué au sud du Nigéria. C'est un modèle qui implique la formation des agents des services de soins de santé primaires en leur inculquant des connaissances et compétences supplémentaires en santé mentale afin qu'ils puissent dispenser des soins de santé mentale avec le soutien et l'implication de la communauté. Ces agents utilisent des motos pour se déplacer et atteindre les malades auxquels ils fournissent des interventions biopsychosociales. Dans leur tâche ils sont soutenus par des agents de santé de village bénévoles dont le rôle principal est l'identification, la consultation et le suivi des cas, aussi bien que l'éducation communautaire et la sensibilisation. Cette approche développée depuis 1993 dans l'état d'ABIA au Nigéria, s'est étendue à travers trois états et couvrait en 2008 une soixantaine de structure de soins

de santé primaires (CBM, 2010, cité par Yamien, 2015). La formation auprès du personnel de santé a été sur la base du guide d'intervention du mhGAP en plus de trois modules élaborés par l'équipe de la recherche destinés aux agents de santé communautaire (ASC) pour la détection, la référence et la communication au changement de comportement ; aux relais communautaires pour les visites à domiciles, la psychoéducation et l'orientation des cas ; aux enseignants et des tradipraticiens pour les conseils et la psychoéducation et l'orientation des cas également.

Au niveau de réussites:

- Les supports élaborés et mis à la disposition des centres de santé ont permis de collecter des données statistiques assez édifiantes et le système de documentation et d'archivage de l'information sanitaire en matière des soins de santé mentale qui n'existait pas avant a permis d'assurer la fiabilité des données.
- Les interventions des acteurs communautaires ont facilité l'adhésion des communautés rurales aux soins modernes et l'accessibilité financière des usagers aux soins.
- Les malades enchainés ont commencé à être conduits aux centres de santé, les enfants épileptiques ont commencé à aller à l'école et les élus, chefs coutumiers et religieux s'impliquent davantage dans le processus du développement de la santé mentale communautaire. C'est ainsi que des tradipraticiens et chefs religieux font aujourd'hui partie des membres de certains comités de gestion des centres de santé et/ou des comités mis en place par la communauté pour gérer l'approvisionnement en psychotropes.
- Depuis juin 2015, la référence et la contre référence entre les tradipraticiens et les services de santé a été organisée.

Au niveau de leçons apprises :

- Besoin le suivi-encadrement du personnel de santé pour non seulement pérenniser l'acquis mais aussi éviter à ce que certains agents ne se prennent pour des spécialistes et se mettent à faire des prescriptions qui dépassent leur champ d'action.
- Il y a eu un premier échec avec les tradi-thérapeutes puisque qu'ils eussent pensés que nous voulions changer leurs pratiques et leur donner de nouvelles directives. Ceci a amené à changer la notion de renforcement de capacité en rencontre d'échanges d'expériences entre les tradipraticiens et nous.
- L'intégration a créé des besoins difficiles à satisfaire par rapport aux médicaments psychotropes. Il a fallu suscité le développement d'initiatives locales pour résoudre le problème. Les équipes cadre des districts ont d'abord amélioré la gestion des psychotropes au niveau des pharmacies des districts et entre centres de santé. C'est ainsi que les districts sont passés d'une répartition équitable des quantités de psychotropes à une répartition qui tienne compte des besoins exprimés par les Centres de Santé Intégrés (CSI) et même à un redéploiement des produits des zones urbaines vers les zones rurales ou des CSI qui consomment moins vers les CSI à plus grandes consommations.
- Les structures de soins primaires doivent maintenir et renforcer la collaboration avec les promoteurs des dépôts privés de médicaments ; il faut poursuivre le plaidoyer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour rendre les psychotropes disponibles même en périphérie ; les ECD doivent persévérer dans leur quête de solution et d'initiative telle que le redéploiement des MEG psychotropes si nécessaire des zones urbaines pour assurer la disponibilité des psychotropes dans les CSI ruraux en besoin.
- Malgré la disponibilité du personnel compétents et des psychotropes, l'accessibilité aux soins ne s'est améliorée qu'après que le paiement des frais des soins ait été rendu trimestriel. Ce réaménagement de la tarification intervenue avec le soutien de la communauté a beaucoup aidé le processus de l'intégration à avancer. Toute intégration des soins de santé mentale dans le système des soins de santé primaires qui ne tienne pas compte de l'aspect financier risque d'échouer. Pour faciliter les suivis financièrement accessibles, des actions de lobby ont déjà commencé auprès de la division santé communautaire du Ministère de la santé afin que l'aspect tarification des actes de soins de santé mentale au niveau primaire puisse être pris en compte lors de la révision de la stratégie nationale de la santé communautaire.
- Des actions de plaidoyer ont commencé également pour l'amélioration du cadre institutionnel en essayant d'intégrer l'aspect développement de la santé mentale communautaire dans tous les textes réglementaires et stratégiques des systèmes de santé. Il s'agit de la politique nationale de santé en révision, du nouveau plan du développement sanitaire 2016-2020 en rédaction, du plan stratégique national de santé mentale 2016-2020 en rédaction, des stratégies nationales de santé communautaire et de soins de santé primaire, des normes et procédures du système de santé en révision et aussi du référentiel du système national d'informations sanitaires.

Kohan et al. (2011) describe the development of a community oriented mental health care system in the Region of Huancavelica, **Peru**, following the earthquake in 2007. MDM in collaboration with the Regional Directorate of Health

worked on the revitalization of a Community Mental Health Centre; the development of a regional mental health plan; a pilot research project to identify people living with severe disorders without access to treatment in the community; training of general health workers on mental health; and support to the reparation programme for survivors of political violence.

MDM carried out a participatory assessment at the beginning with social organisations, institutions and professionals to review the mental health situation in the region and to gather ideas on what the system should look like. The action plan was negotiated with authorities to ensure support throughout the process. Baseline studies were conducted in 2009 (lay perceptions of MH and priorities, statistics of service users and perceived needs and proposed solutions).

The authors emphasise the idea that reviewing a mental health system is not enough and that it's necessary to engage in developing substantial parts of it. One possible way to go about it is having different organisations assuming different parts of the intervention. The success of this strategy relies on effective communication and coordination. It is usually easier for each NGO to commit to develop a full system within a region, including all difficulties and shortages.

Outcomes:

- Regional five-year mental health plan with 6 areas and 22 objectives ordered by priorities and levels of responsibility for each stakeholder of the health care sector.
- The Community Mental Health Centre was redesigned, extended and equipped.
- The pilot action research was completed with the aim of detecting the hidden populations of patients with unmet needs. The prevalence of mental disorders was investigated hand-in-hand with the community.
- A 2nd action research explored the needs of survivors of political violence with severe psychological problems.
- The populations of the two action researches were meant to become initial priorities of future training programmes with psychologists.
- The training of health staff started slowly, as it required bringing in professionals from other regions to train in clinical and community care, supervising complex cases and cases brought up by participants from their daily work.
- The programme included support to associations of survivors of political violence and the regional and provincial reparations committee.

Lessons learnt:

- The reforms achieved up to then, may be hindered by the budget by results management system introduced by the government, as they do not allow the flexibility required for mental health services.
- Given the fact that the national MH plan and central government guidelines cannot be applied strictly, it became fundamental to recognise the particular characteristics of the area and the local institutions and actors at the time of interventions design.
- Given the geography of the area (difficult to access, isolation), the developed plan proposed to create a network of small and independent units, especially the hospital, hosting a regional centre acting as a technical and training consultant rather than a clinical point of reference. The organization must be a horizontal multi-modal system, rather than a pyramid of services of increasing complexity.
- The programme for survivors of political violence should be proactive in terms of outreach activities, as people are not likely to seek help in specialised facilities. The programme should look into strategies to reduce staff rotation, which hinders trust building with survivors; and specific training for health professionals.
- The methodology used to identify people with severe mental disorders proved to be highly efficient (proactively entering communities and using key informants and snowball sampling methods). It was also cost efficient, feasible and respectful with patients and communities.
- NGO must have historical long-term views to understand and keep an eye on structural vulnerabilities and not just a focus on fulfilling immediate needs created by disasters and crisis.