



Document Cadre

Santé mentale en contextes de post-crise et de développement

Direction des Ressources Techniques
Avril 2011

**Auteur**

Guillaume Pégon,
Référént Technique Santé Mentale,
Direction des Ressources Techniques,
Handicap International.

Contributions

Céline Abric
Jennifer Barak
Sabrina Céléssia
Gilles Ceralli
Hannah Corps
Catherine Dixon
Priscille Geiser
Susan Girois
Pauline Guimet
Nathalie Herlemont-Zoritchak
Annie Lafrenière
Anne Leymat
Luciano Loiacono
Amandine Rave
Isabelle-Anne Rouby
Anthony Vautier

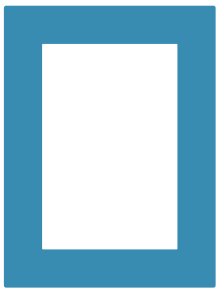
Édition, relecture et correction

Pôle Management des Connaissances,
Stéphanie Deygas et Elodie Finel

Création graphique

IC&K, Frédérick Dubouchet
Maude Cucinotta

Ce guide peut être utilisé ou reproduit
sous réserve de mentionner la source et
uniquement pour un usage non commercial.



Document Cadre

Santé mentale en contextes de post-crise et de développement

Comment promouvoir et développer des projets pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins, ainsi que la participation sociale des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale

Avant-propos 5

Principes et repères 9

Importance, contexte et définitions	10
Pourquoi intervenir - Champ d'action et principes d'intervention	24
Notions complémentaires	28

Modalités d'intervention 37

Approches et méthodologie	38
Améliorer la prévention et l'accès aux soins	42
Promouvoir l'empowerment et la participation sociale	44
Favoriser le plaidoyer et la desinstitutionnalisation	46
Exemples de cadre logique	48
Perspectives pour la période 2011 - 2015	53

Annexes 55

Historique de la santé mentale à Handicap International	56
Bibliographies et ressources	60
Notes	68

« Les conflits et les catastrophes naturelles récentes en Afghanistan, en Indonésie, au Sri Lanka et au Soudan, parmi beaucoup d'autres, entraînent sur le court terme de grandes souffrances psychologiques et sociales qui peuvent, si l'on ne s'en occupe pas suffisamment, entraîner des problèmes psychosociaux et des troubles mentaux sur le long terme. Ceux-ci peuvent remettre en question la paix, les droits des personnes et le développement. »

Communiqué de presse commun

Organisation Mondiale de la Santé,
UNICEF,
25 organisations humanitaires internationales,

Nouvelles lignes directrices pour améliorer l'aide psychologique et sociale en situation d'urgence.

14 septembre 2007.

La décision d'élaborer un document cadre sur la santé mentale part du constat que de nombreux projets de Handicap International se revendiquent des champs de la « psy » ou du « social ». Cependant, ils se développent de manière cloisonnée, sans espace d'échange et parfois même sans référence partagée. De fait, les professions de la santé mentale sont elles-mêmes traversées par de nombreux courants hétérogènes : psychanalyse, psychiatrie, travail social, thérapies comportementale, cognitive, systémique, etc., qui révèlent la même difficulté.

L'intérêt manifesté par de nombreux Responsables et Directeurs de Programmes pour la santé mentale s'accompagne d'une difficulté à en saisir les contours et les spécificités. Ce document cadre a pour objet non pas de constituer ce qui serait un projet de santé mentale unifié, mais bien de promouvoir la mise en œuvre d'interventions et d'échanges théoriques relevant d'approches pragmatiques en santé mentale tout en offrant un espace de dialogue, de confrontation et de co-construction (inter-domaine, inter-direction - urgence, développement, ressources techniques). Il s'agit bien de « cadrer », non pas de standardiser !

Cette initiative du domaine technique « Prévention et Santé » vise à renouveler le regard des acteurs de Handicap International à partir d'outils spécifiques aux approches et aux interventions relevant de la santé mentale. Le terme de « santé mentale » n'est pas ici réductible aux affaires du « psy » (psychiatre, psychologue, psychanalyste, etc.) qui soigne depuis son cabinet ou dans sa Tour d'ivoire. « Faire de la santé mentale », c'est avant tout permettre la naissance et la poursuite d'un vivre ensemble. Les intervenants en santé mentale aujourd'hui ne tentent plus seulement de soigner les individus en leur collant une étiquette correspondant à leur trouble. Ils cherchent avant tout, et c'est peut-être là une nouvelle forme de soin, à les socialiser en considérant ce qui les fait tenir dans le monde (leurs relations, leurs motivations, leurs ressources, etc.).



Les projets de santé mentale visent à :

- **Accompagner les orphelins des pouponnières (Algérie) ;**
- **Prévenir la violence interethnique en lien avec des élections présidentielles (Kenya) ;**
- **Prendre en compte le traumatisme transgénérationnel d'adolescents dont les parents ont vécu un génocide (Rwanda) ;**
- **Faciliter la mise en œuvre de réseau d'échanges de pratiques professionnelles permettant de mieux accompagner la précarité et l'exclusion sociale (France) ;**
- **Améliorer la relation soignant/soigné face à la stigmatisation que provoquent certaines pathologies (VIH, ulcère de Buruli, diabète) ;**
- **Mettre en œuvre des groupes de parole afin de fournir des espaces de socialisation à des familles ou des individus isolés par le handicap (Mozambique) ;**
- **Participer à l'amélioration des conditions de vie carcérale (Madagascar) ;**
- **Prévenir les violences sexuelles dans les camps de réfugiés (Liban).**

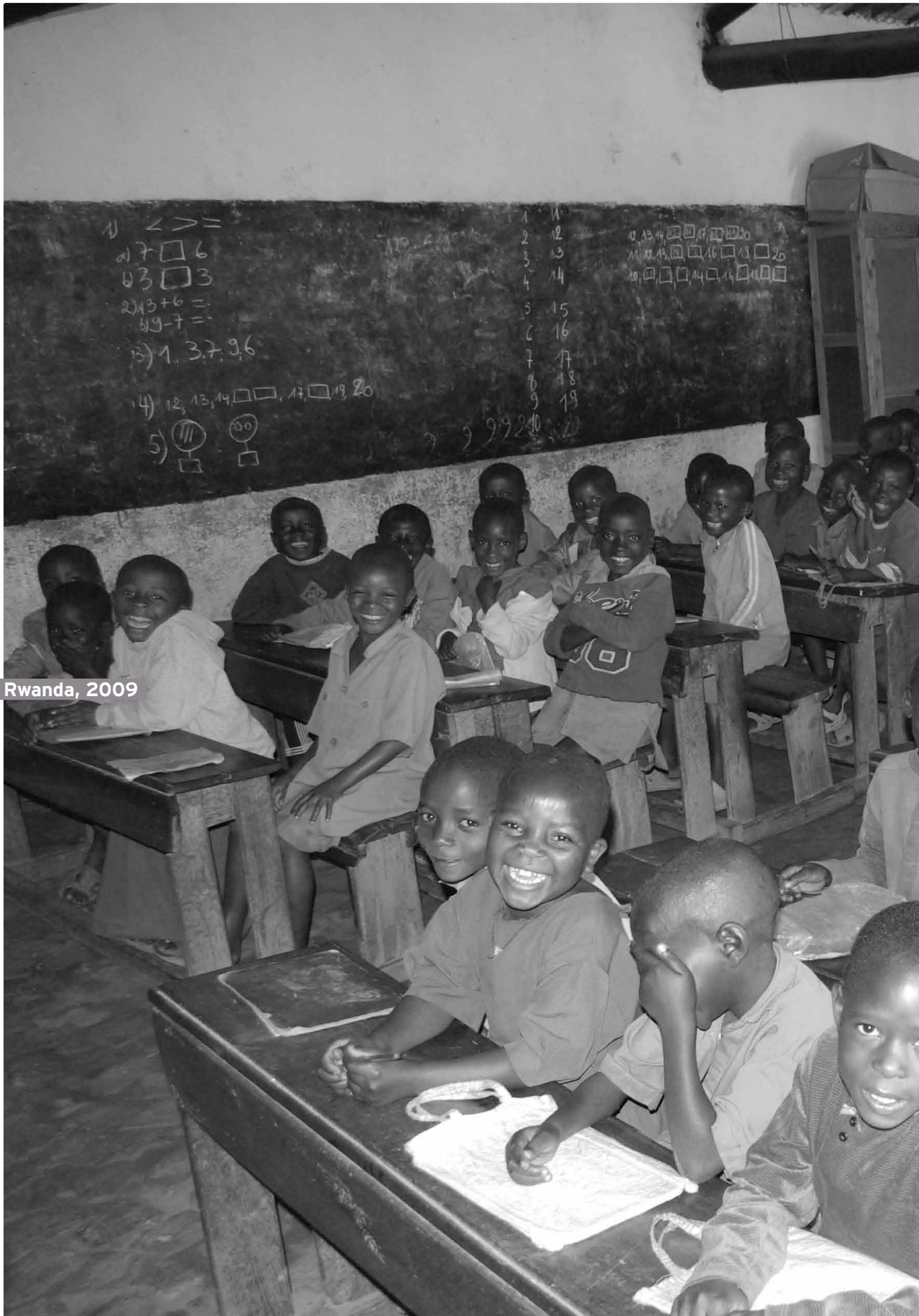
Pour chacune de ces actions, il faut simultanément mesurer, spécifier, attacher, relier (cf. Latour, 2000) au monde extérieur. L'objectif des projets de Handicap International est de mettre en œuvre une organisation et un équipement (formation, service, activités, etc.) qui établiront une médiation entre des univers bien souvent pensés comme étant cloisonnés (enfants/parents, soignants/soignés, professionnels du sanitaire/professionnels du social, institutions primaire/secondaire/tertiaire, etc.).

L'intention de départ de la « Santé Mentale » telle qu'elle est pensée dans ce document consiste à braquer le projecteur sur le déroulement même de l'action (ou plutôt de l'interaction). Il faut la sortir des justifications basées sur les structures « englobantes » (qui domineraient les individus) ou sur les contraintes cognitives des acteurs (sur leur psychologie individuelle). Plutôt que de partir d'une psychologie individuelle et de catégories de publics préétablis, notre approche a pour particularité de se centrer sur la situation qui fait souffrance, c'est-à-dire les relations entre les personnes, mais aussi leurs relations aux choses, aux objets et aux êtres naturels (croyances religieuses, par exemple) qui les entourent. Les innovations techniques et institutionnelles forment un domaine de prédilection pour cette santé mentale « bottom-up », car elles permettent de saisir la manière dont l'environnement naturel et technique, et les dispositifs qui les saisissent, sont co-construits.

Guillaume Pégon

Référent Technique Santé Mentale





1) $< > =$

a) $7 \square 6$

b) $3 \square 3$

2) $13 + 6 =$

$59 - 7 =$

3) 1, 3, 7, 9, 6

4) 12, 13, 14, \square , \square , 17, \square , 19, 20



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

12, 13, 14, \square , \square , 17, \square , 20
11, 12, 13, \square , 16, \square , 18, \square , 20
10, \square , \square , 14, \square , 16, \square , \square

Rwanda, 2009

Principes et repères

IMPORTANCE, CONTEXTE ET DÉFINITIONS	10
A. Un enjeu majeur mais délaissé	10
Les chiffres	
Handicap et santé mentale	
Recommandations	
Éléments contextuels	
Obstacles fréquents	
B. Quelques notions clés	14
La notion de santé mentale	14
Détresse psychologique	
Troubles mentaux	
Santé mentale positive	
Focus sur l'évolution du concept	
Les trois continuums évolutifs de la santé mentale	18
Le Processus de Production du Handicap	20
Schéma : le PPH et la santé mentale	
Focus sur le PPH et la santé mentale	
Définition des incapacités	
<hr/>	
POURQUOI INTERVENIR	24
A. Champ d'action	24
Les bénéficiaires	
Le lien avec le handicap	
Focus sur les facteurs de risque et de vulnérabilité	
B. Principes d'intervention: trois théories	26
La psychologie sociale/clinique	
La socio-anthropologie	
Le développement communautaire	
Focus sur la santé mentale communautaire	
<hr/>	
NOTIONS COMPLÉMENTAIRES	28
A. Approches transversales	28
Santé mentale et développement inclusif	
Santé mentale et droit	
Focus sur le genre et la santé mentale	
Mémo sur le genre et la santé mentale	
B. Approches multisectorielles	32
Focus sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement	
Santé mentale, insertion sociale et insertion professionnelle	
Santé mentale et éducation inclusive	
Santé mentale et maladies invalidantes	

Importance, contexte et définitions

A

Un enjeu majeur mais délaissé

Les chiffres

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités.

En médecine générale, elles se situent au deuxième rang au niveau mondial, derrière les maladies cardio-vasculaires. Chaque année, elles affectent une personne sur cinq, une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur une vie entière.

L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI^e siècle :

- la schizophrénie
- les troubles bipolaires
- les addictions
- la dépression
- les troubles obsessionnels compulsifs.

Si des mesures ne sont pas prises rapidement, la contribution des maladies mentales devrait augmenter de 50 % dans la charge de morbidité due à l'ensemble des maladies d'ici 2020.

Handicap et santé mentale

Dans beaucoup de pays, de nombreux malades mentaux et/ou déficients intellectuels échappent à une prise en charge spécialisée. Soit parce qu'elle n'existe pas, soit parce qu'elle n'a pas une capacité d'accueil suffisante. Ces personnes se retrouvent alors dans des dispositifs sociaux, parfois sans soutien ni suivi, voire hors de tout dispositif.

Au-delà d'une pathologie psychiatrique, le handicap génère une souffrance psychique résultant de facteurs complexes

qui s'auto-entretiennent (vulnérabilité individuelle, événements de vie, etc.), pouvant aboutir à un basculement dans une forme de retrait progressif et de non-demande. En effet, l'évaluation des besoins en santé mentale des personnes handicapées se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste.

Ces besoins sont plus aisément repérés et exprimés par les intervenants professionnels (pédagogues, agents communautaires, médecins, professionnels du travail social et de la santé mentale, quand il y en a).

La souffrance psychique causée par une situation de handicap est un double fardeau qui masque :

- les injustices subies (discrimination, stigmatisation, rejet, exclusion¹)
 - et les besoins, qu'il faudrait pourtant visibles pour lutter contre ces injustices².
- Malgré une insuffisance des données épidémiologiques en ce domaine, le constat d'une souffrance psychique exprimée dans le social, dans des lieux et des formes multiples, présage de l'ampleur et de la complexité des besoins en santé mentale, bien au-delà de la seule maladie mentale.

Les problèmes de santé mentale sont liés à une diversité de situations personnelles, sociales et environnementales complexes. Les projets de santé mentale de Handicap International concernent surtout les populations vulnérables et isolées, particulièrement les victimes de guerre et de génocide, les orphelins, les femmes victimes de violence, les personnes avec des incapacités physiques, sensorielles ou intellectuelles, et les personnes avec des maladies invalidantes.

Cependant, indépendamment des facteurs de causalité ou contextuels, l'adressage³ vers un dispositif de santé mentale s'effectue généralement à partir des systèmes de prise en charge sollicités (sanitaire, social, éducatif, judiciaire) qui repèrent l'expression de souffrances psychiques.

Il semble cependant nécessaire de mieux caractériser cette souffrance psychique. Il est très difficile de dissocier le caractère pathologique de la représentation ou du sentiment de souffrance non pathologique (propre à toute vie ordinaire). Alors qu'il serait possible d'affirmer que dans un pays possédant un système de santé mentale, seul l'accès aux soins en établissement ou ambulatoire peut permettre d'établir un lien solide entre la déclaration de souffrance (ou de limitation d'activité) et la souffrance psychique. Qu'en est-il des pays où il n'y a ni institution ni ressource humaine spécialisée en santé mentale ?

Recommandations

C'est pourquoi toute politique de santé publique devrait comporter un important volet consacré à la santé mentale. Il devrait comprendre : la prévention, le soin, le suivi et l'insertion dans la cité, la promotion de la santé mentale, la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale et des situations de handicap qu'elle entraîne. Cette politique devrait permettre de renforcer le rôle institutionnel des malades, de leur famille ou de leur entourage, acteurs à part entière du système de santé aux côtés des professionnels. Elle devrait également promouvoir l'évaluation des structures, des activités et des pratiques afin de bien connaître et faire connaître l'importance des actions accomplies. Pour assurer une prise en charge globale, dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité, et dans le cadre

d'un parcours personnalisé pour des malades qui ne sont pas toujours en mesure de demander des soins, il faudrait réunir au moins trois conditions : la proximité, la pluridisciplinarité et la bonne coordination de tous les intervenants.

Ce document vise à aborder l'ensemble de ces problématiques en présentant de façon très transversale, la manière dont Handicap International tente d'y répondre.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données pertinentes concernant la détresse psychologique. Ce chapitre concerne donc uniquement les troubles mentaux, tels qu'ils sont définis plus loin. L'absence de données concernant la détresse psychologique et les incapacités qui peuvent y être associées, constitue un argument significatif pouvant alimenter le plaidoyer et rendre cette problématique visible. Pour cela, une attention particulière peut être portée à la mise en œuvre d'études concernant la détresse psychologique dans différents contextes de post-crise et de développement (exemples : dans des prisons ou dans des camps de réfugiés, après une catastrophe naturelle, etc.).

Éléments contextuels⁴

– **450 millions de personnes présentent un trouble mental ou neurologique ou des problèmes psychosociaux.**

(cf. Organisation Mondiale de la Santé, 2001).

– **Les maladies mentales sont un lourd fardeau pour tous les pays.** Dans le cadre d'une récente étude sur la santé dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale et l'université Harvard ont conclu que les maladies mentales représentaient plus de 15 % du fardeau des maladies (soit plus que les cancers) dans les économies de marché développées comme les États-Unis. Elles sont une cause majeure de perte de productivité pour les pays développés comme pour les pays en développement. 3/4 des personnes affectées vivent dans un pays en développement (cf. OMS, 2001).

– **Les troubles mentaux peuvent pousser au suicide ou à la tentative de suicide.** Dans 90 % des cas, le passage à l'acte suicidaire est précédé d'épisodes psychopathologiques, souvent de nature dépressive.

– **Santé mentale et santé physique vont de pair.** Les étroites relations qui unissent la santé mentale et la santé physique sont de mieux en mieux connues.

Par exemple :

- les maux de dos sont souvent la conséquence de troubles mentaux.
- La dépression représente un facteur de risque de survenue de maladies cardiaques.

Inversement, les personnes atteintes de maladies chroniques ou de longue durée (VIH, diabète, etc.) sont plus fréquemment touchées par une dépression majeure que le reste de la population. D'autre part, une comorbidité associant des troubles mentaux à une affection physique est liée à un respect moins scrupuleux du traitement et à de moins bons résultats thérapeutiques.

– **Les troubles mentaux ont un coût social et économique très lourd.**

Les troubles mentaux ne posent pas seulement un problème de santé publique, au-delà de leurs conséquences pour les malades et leurs familles, ils grèvent sévèrement les ressources de la société et de ses mécanismes économiques, éducatifs, sociaux, pénaux et judiciaires. Ils figurent parmi les trois principales causes d'absence au travail.

– **Les ressources humaines en santé mentale dans les pays à faible et moyen revenu sont très insuffisantes.**

- Dans les pays à haut revenu on trouve plus de 10 psychiatres pour 100 000 habitants, et de 0 à 1 pour 100 000 habitants dans les pays à faible revenu.
- 76,3 à 85,4 % des cas sérieux reçoivent un traitement dans les 12 mois dans les pays développés, seulement 35,5 à 50,3 % en reçoivent dans les pays en développement⁵.

– **La part du budget de santé mentale dans le budget santé des pays reste trop faible.** Il passe de 6,89 % dans les pays à haut revenu à 1,54 % dans les pays à faible revenu.

Obstacles fréquents

— La volonté politique et les engagements économiques pour la santé mentale sont faibles parce que :

- Le plaidoyer pour la santé mentale est formulé de manière encore trop inconsistante et peu claire ;
- Les personnes vivant avec des troubles mentaux, ainsi que leur famille, ne sont généralement pas organisées collectivement et n'ont pas de poids politique dans la plupart des pays ;
- La stigmatisation liée à la maladie mentale entraîne un manque d'intérêt du public en général, et de certains professionnels en particulier : les médecins ne choisissent pas la filière psychiatrique ;
- Il existe une idée reçue qui consiste à penser que les prises en charge en santé mentale sont inefficaces et peu rentables ;
- Les ressources en santé publique étant limitées, la priorité est souvent donnée à d'autres interventions évaluées comme étant plus efficaces.

— Les ressources en santé mentale sont centralisées dans et près des grandes villes et institutions parce que :

- Il faut généralement trouver des fonds supplémentaires pour aller au plus près des populations, dans la communauté.

— Il est difficile d'intégrer les services de santé mentale dans les services de santé primaire parce que :

- Les professionnels des services de santé primaire sont déjà débordés ;
- Ils ne sont pas supervisés après avoir été formés en santé mentale ;
- Ils manquent eux-mêmes d'accès aux médicaments en général, et aux psychotropes en particulier.

— Les cadres de la santé mentale manquent généralement de compétences et d'expériences en santé publique parce que :

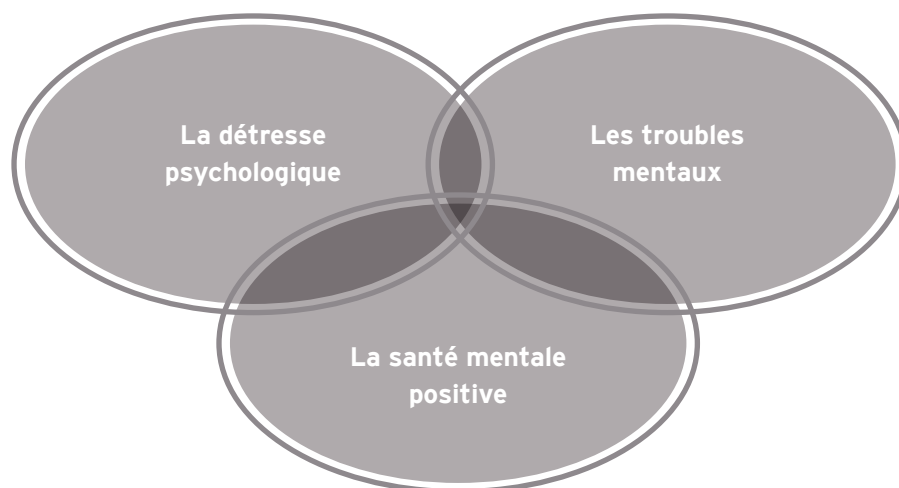
- Ceux qui prennent la direction des services sont souvent des cliniciens et/ou praticiens non formés en santé publique ou en gestion de projet ;
- Les programmes de santé publique n'incluent pas toujours la santé mentale.

B

Quelques notions clés⁶

La notion de santé mentale

Comme la santé physique, la santé mentale ne se limite pas à l'absence de maladies. L'évolution des trente dernières années dans la prise en compte des différentes dimensions positive/négative de la santé mentale a conduit à un enrichissement considérable du concept (cf. Focus sur l'évolution de la notion de santé mentale). Si la psychiatrie traditionnelle s'occupait surtout de pathologies mentales, désormais trois dimensions de la santé mentale sont communément distinguées :



La détresse psychologique

C'est « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques de troubles mentaux et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes (migration, exil, catastrophe naturelle pouvant entraîner une symptomatologie relevant du traumatisme psychologique) et à des difficultés existentielles. » Lorsque cette détresse psychologique

est liée à une causalité sociale, elle est appelée souffrance psychosociale⁷ (ou souffrance psychique d'origine sociale). Cette détresse n'entraîne pas forcément de troubles mentaux (même si elle peut être associée), elle est non pathologique mais assez sévère pour pouvoir être prise en compte dans une définition négative de la santé mentale (souffrance extrême, incapacitante, invalidante, aliénante, etc.). « C'est la mesure du degré d'intensité de la [détresse psychologique], sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire. »

La détresse psychologique est généralement « mesurée » à l'aide de l'échelle de qualité de vie SF-36 38⁸, qui permet d'évaluer la santé physique et mentale d'un individu à l'aide de trente-six questions relatives à huit aspects de la santé (activités physiques, activités sociales, résistance morale, physique et émotionnelle pour accomplir les tâches quotidiennes, douleur physique, santé mentale générale, vitalité, perception de l'état de santé en général). Les réponses se font sur une échelle de fréquence. Un score global de santé psychique est calculé en additionnant les valeurs des réponses de chaque question (score final variant de 0 à 100). Un score inférieur ou égal à 52 est indicatif. Il ne pose pas un diagnostic précis, mais permet d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe probablement à risque de présenter une détresse psychologique. « Si la détresse psychologique est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble [mental]. »

Les troubles mentaux

Les troubles mentaux sont diagnostiqués à partir de manuels de référence (DSM IV⁹-CIM 10¹⁰). Ils renvoient à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées qui sont de durées variables et qui peuvent être plus ou moins sévères et invalidants. Parmi les troubles mentaux, Handicap International s'intéresse aux troubles suivants, car ils sont lourds de conséquences en termes de mortalité, de morbidité et d'invalidité :

- **les troubles psychotiques** (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, délire chronique),
- **les troubles dépressifs caractérisés** (dépression, dysthymie),
- **les troubles anxieux** (syndromes traumatiques, phobies, trouble obsessionnel compulsif),
- **les troubles de l'usage de substances psycho-actives** (alcool, drogues et médicaments),
- **les troubles de la personnalité** (dont les personnalités antisociales),
- **les troubles du développement** liés à une maladie chromosomique ou génétique (syndrome de Down - trisomie 21, X fragile, syndrome de Prader-Willi, syndrome de Smith-Magenis, syndrome de Williams);
- **les troubles envahissants du développement** (troubles autistiques, syndrome de Rett, syndrome désintégratif de l'enfance, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non spécifié).



Focus sur l'évolution de la notion de santé mentale¹²

La santé mentale positive

Elle « fait référence, soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter. C'est la part de « santé » dans la santé mentale, qui ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mais comme une capacité dynamique, voire comme « un effort permanent, une perpétuelle conquête de l'autonomie » ».

Cette distinction en trois dimensions invite à dépasser le modèle dualiste opposant « être malade mental » et « être en bonne santé mentale » au sens « neutre » comme « ne pas avoir de maladie mentale ». » De plus, il s'agit de mettre en évidence que ce ne sont pas forcément les mêmes facteurs qui sous-tendent l'absence de troubles mentaux et la santé mentale positive : un certain nombre de causes de stress affecteront les troubles mentaux, mais ne se reflèteront pas forcément sur la santé mentale positive ; inversement, par exemple, le fait de pratiquer un exercice physique est souvent lié à une bonne santé mentale, mais n'a pas d'action sur les pathologies. Enfin, la maladie mentale et la santé mentale ne sont pas mutuellement exclusives : une personne souffrant d'une maladie mentale peut jouir par d'autres aspects d'une santé mentale positive. »

« À partir des années 1950, le regard sur la maladie mentale a évolué avec le développement des grandes classes de psychotropes (notamment des médicaments à effets antipsychotiques) qui ont apporté des changements radicaux dans les soins dispensés aux personnes ayant des troubles mentaux (avant, il n'existait pratiquement aucune substance chimique capable d'agir avec efficacité sur les grands syndromes psychiques). Ce changement a conditionné le mouvement de désinstitutionnalisation et d'alternatives à l'hospitalisation. La réinvention de la prise en charge des maladies mentales s'incarne dans l'intégration de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale : le « fou » n'est plus à enfermer mais une personne souffrant de troubles mentaux, à la fois à soutenir dans son autonomie et à contenir dans sa pathologie. Le suivi sanitaire et médicosocial en milieu ouvert n'en demeure pas moins problématique. Il est un chantier permanent de réformes, sur la base d'un diagnostic de déficit chronique de coordination des acteurs et d'intégration des personnes frappées [d'incapacités psychiques ou intellectuelles]. Depuis les années 1990, la détresse (...) psychologique, distinctement de la pathologie, fait l'objet d'une grande attention. Non pas que les entités par lesquelles se déclinent les formes du « mal-être » - symptômes de dépression ou d'anxiété, stress, troubles psychosomatiques, sentiment de culpabilité, épuisement professionnel -, soient restées jusqu'ici inconnues. Mais parce qu'elles ont été associées de façon croissante à l'évolution des modes de vie, des structures sociales et des institutions, elles en revêtent une signification nouvelle. Soit qu'une augmentation des facteurs d'agression soit notée (au travail, à l'école, etc.), soit que la souffrance psychique soit

désignée comme d'origine sociale (comme une souffrance de « condition », liée à la précarité et l'exclusion), l'hypothèse d'une vulnérabilité structurelle qui s'exprimerait socialement sous la forme d'une détresse psychologique est débattue.¹³ Le lieu commun des « pathologies de la modernité » fait converger un ensemble de notions comme la « souffrance au travail », la « souffrance psychosociale » ou les « risques psychosociaux ». ¹⁴ Dans la période la plus récente, les aspects positifs de la santé mentale ont été inclus pour caractériser d'autres expressions de la subjectivité. La distinction d'une troisième dimension de la santé mentale donne une cohérence nouvelle à un ensemble d'états bien identifiés empiriquement : accomplissement et réalisation de soi¹⁵ ; sentiment de valeur personnelle (self-esteem) ; registres de « l'intelligence socio-émotionnelle », comme exactitude de la perception consciente et contrôle de ses émotions, capacité à exprimer ses émotions de manière appropriée, à identifier les émotions d'autrui et à savoir y répondre¹⁶ ; sentiment d'influence ou de contrôle (mastery) sur sa destinée et son environnement (inverse des sentiments de déposssession ou d'impuissance) ; capacités d'adaptation (coping) ou de résilience individuelle, i.e. disposition à faire face aux stress ou aux événements de vie difficiles ; états de satisfaction, de bien-être ou de bonheur.¹⁷ Ces différentes notions ne sont pas exemptes de recouvrements et de « bon sens » ; elles ne sont pas indifférentes aux cadres sociaux de l'expérience. Plus l'individu est valorisé pour son autonomie et sa socialité, plus ces types d'affects s'en trouvent revalorisés. Alors que les travaux de langue anglaise ont une influence décisive dans la reconnaissance de la santé positive, certains analystes soulignent son rapport

étroit aux valeurs particulières des sociétés anglo-saxonnes. Cette critique est associée à des conflits disciplinaires : en France, les tenants de l'approche psychodynamique ou psychanalytique s'opposent souvent à la santé mentale positive, jugée d'inspiration cognitiviste et comportementaliste. Ces difficultés théoriques s'aplanissent toutefois dans la pratique : les interventions des professionnels (dans la sphère familiale, au travail, etc.) intègrent généralement des aspects de santé mentale positive en tant qu'ils participent fondamentalement à la qualité de la vie et au fonctionnement social des individus.¹⁸ (...) »

Les trois continuums évolutifs de la santé mentale

À partir des définitions précédentes « la santé mentale peut être envisagée au croisement de deux continuums, selon une modélisation [inspirée du] ministère de la Santé canadien¹⁹ ». ²⁰

1^{er} continuum: de la mauvaise santé mentale à la santé mentale optimale

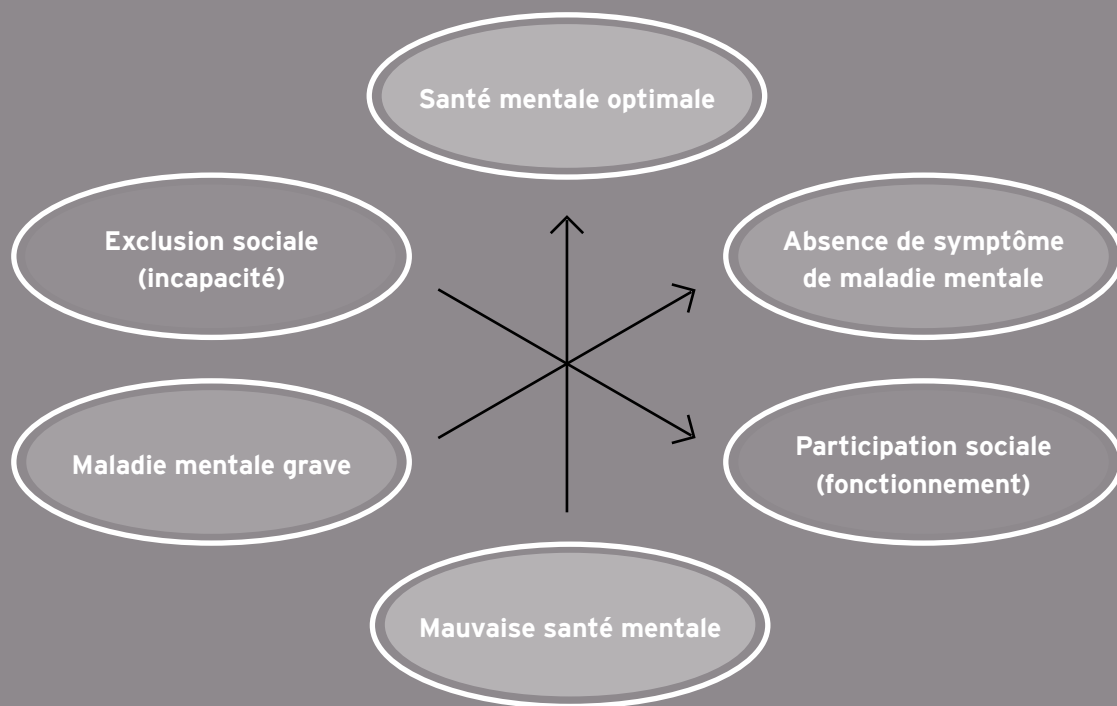
« Ainsi, un premier continuum a pour pôles respectivement la santé mentale optimale et la mauvaise santé mentale. La santé mentale optimale est une situation dans laquelle les demandes et les contributions respectives de la personne, du groupe et de l'environnement sont équilibrées. La mauvaise santé mentale désigne l'état de détresse psychologique ou souffrance psychique décrit précédemment. Le contraire de la santé mentale positive n'est pas la maladie mentale en soi, mais la détresse (stress permanent et destructeur), qui a des déterminants internes et externes. »

2^e continuum: de la maladie mentale grave à l'absence de symptôme de maladie mentale

« Le second continuum s'étend lui de [la maladie mentale grave à l'absence de symptôme de maladie mentale]. Entre ces deux extrémités, se trouvent différentes situations dans lesquelles les symptômes de trouble mental sont présents à divers degrés. »

3^e continuum

À partir de ces deux continuums se dessine un 3^e continuum, **allant de l'exclusion sociale à la participation sociale**, « qui décrit le retentissement des troubles de la subjectivité (maladie mentale et mauvaise santé mentale) dans les différents rôles de la vie quotidienne (activités physiques, domestiques, scolaires, professionnelles, etc.). Ce continuum dépend des deux autres dimensions évoquées²¹ », et permet ainsi d'aborder le Processus de Production du Handicap (PPH), principal modèle explicatif du handicap auquel Handicap International se réfère.



Modélisation du champ de la santé mentale en trois continuums

Principes et repères

19

Adaptation du schéma présent dans le document :
 Boisson M., Godot C., Sauneron S.
 La santé mentale, l'affaire de tous.
 Pour une approche cohérente de la qualité de vie.
 Paris : Centre d'analyse stratégique, 2009, page 25.
 (<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>), dont la source initiale est :
 Institut Canadien d'information sur la santé. Améliorer la santé des canadiens : explorer la santé mentale positive.
 Ottawa : ICIS, 2009

FACTEURS DE RISQUES

1. Risques biologiques
2. Risques liés à l'environnement physique
3. Risques liés à l'organisation sociale
4. Risques liés aux comportements individuels et sociaux

CAUSE



FACTEURS PERSONNELS

Systèmes organiques

1. Système nerveux
2. Système auriculaire
3. Système oculaire
4. Système digestif
5. Système respiratoire
6. Système cardiovasculaire
7. Système hématopoïétique et immunitaire
8. Système urinaire
9. Système endocrinien
10. Système reproducteur
11. Système cutané
12. Système musculaire
13. Système squelettique
14. Morphologie

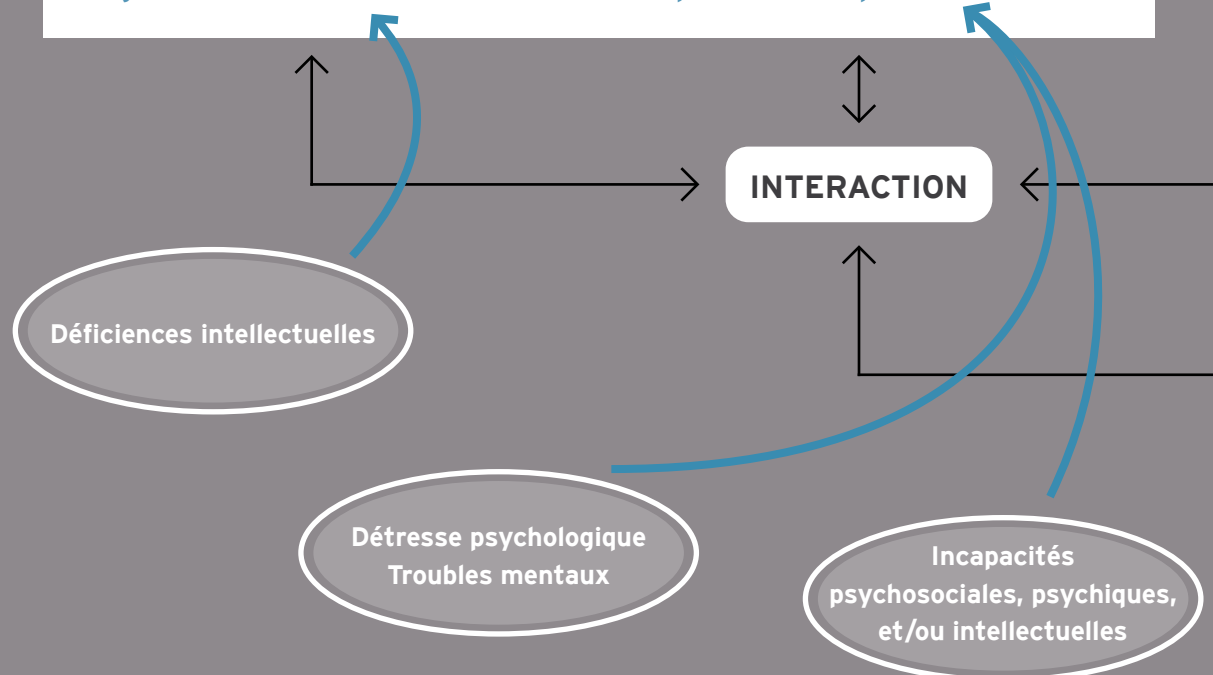
Aptitudes

1. Aptitudes reliées aux activités intellectuelles
2. Aptitudes reliées au langage
3. Aptitudes reliées aux comportements
4. Aptitudes reliées aux sens et à la perception
5. Aptitudes reliées aux activités motrices
6. Aptitudes reliées à la respiration
7. Aptitudes reliées à la digestion
8. Aptitudes reliées à l'excrétion
9. Aptitudes reliées à la reproduction
10. Aptitudes reliées à la protection et à la résistance

Intégrité < > Déficience

Capacité < > Incapacité

20





Le Processus de Production du Handicap* et les différentes problématiques et formes d'incapacités que l'on retrouve dans le secteur de la santé mentale à Handicap International

* Fougeyrollas P., Cloutier R., Bergeron H., Cote J., St-Michel G. Classification québécoise: Processus de production du handicap. Lac St-Charles: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH), 1998

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

1. FACTEURS SOCIAUX

1.1 Facteurs politico-économiques

- 1.1.4 Système socio-sanitaire
- 1.1.4.2 Soins médicaux
- 1.1.4.3 Adaptation et réadaptation
- 1.1.4.4 Soutien social
- 1.1.5 Système éducatif
- 1.1.5.2 Autres types d'enseignement
- 1.1.6 Infrastructures publiques
- 1.1.7 Organisations communautaires

1.2 Facteurs socio-culturels

- 1.2.1 Réseau social

2. FACTEURS PHYSIQUES

- 2.1 Nature
- 2.2 Aménagements
- 2.2.1 Architecture
- 2.2.2 Aménagement du territoire
- 2.2.3 Technologie

Facilitateur < > Obstacle

Une personne vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental est en situation d'exclusion/de handicap

Participation sociale < > Situation de handicap

HABITUDES DE VIE

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Nutrition | 7. Responsabilités |
| 2. Condition corporelle | 8. Relations interpersonnelles |
| 3. Soins personnels | 9. Vie commune |
| 4. Communication | 10. Éducation |
| 5. Habitation | 11. Travail |
| 6. Déplacements | 12. Loisirs |
| | 13. Autres habitudes |



Focus sur le Processus de Production du Handicap et la santé mentale ²²

Le Processus de Production du Handicap (PPH) est « un modèle qui se différencie des modèles biomédicaux qui sont centrés sur le diagnostic, réduisant ainsi la personne à sa pathologie et qui placent la responsabilité de l'exclusion sociale sur la personne et sur ses déficiences et incapacités. Mais c'est aussi un modèle critique des modèles sociopolitiques centrés exclusivement sur les obstacles structurels environnementaux à la participation sociale des personnes présentant des différences fonctionnelles ou comportementales.

Le PPH est un modèle dynamique qui permet de comprendre que la qualité de la participation sociale et l'exercice de la citoyenneté de chaque personne est le résultat de l'interaction entre ses caractéristiques spécifiques sur les plans organique, fonctionnel et identitaire et les caractéristiques de son contexte de vie réel (micro-personnel, mésocommunautaire et macro-sociétal). C'est un modèle positif élargissant les possibilités d'intervention et de reconstruction du sens essentiel à prendre en compte pour élaborer des objectifs de vie. Il montre que l'on ne peut jamais déduire les possibilités de participation sociale à partir d'un diagnostic ou d'un profil fonctionnel. On ne peut non plus faire l'économie d'une prise en compte du contexte et des activités et rôles sociaux valorisés par la personne donnant un sens à son projet de vie selon son identité spécifique. Le modèle du PPH est un outil efficace et pédagogique pour articuler les changements construits sur le projet de vie des personnes visant à maximiser leurs possibilités et leurs capacités d'exercer leur citoyenneté en potentialisant les rencontres avec des contextes aidants et facilitateurs. Largement diffusé et utilisé au Québec et dans l'espace francophone international dans le champ des personnes

« handicapées », que l'on nomme dans ce modèle « personnes vivant des situations de handicap », et qui est en fait un synonyme de situation d'exclusion sociale, il s'adresse à toute personne humaine quelles que soient ses différences fonctionnelles et comportementales. Ce modèle est par contre encore mal connu du champ de la santé mentale et des personnes vivant des conséquences sociales des incapacités psychiatriques. (...) [Aujourd'hui encore, en santé mentale,] on rencontre une réticence importante à utiliser le terme « handicap » que l'on perçoit comme étant une caractéristique personnelle et exclusive aux personnes présentant des incapacités d'ordre moteur, visuel, auditif ou du langage. (...) [Cependant,] l'exclusion sociale vécue par les personnes ayant des incapacités mentales participe bel et bien de ce domaine de la construction sociale et culturelle du handicap, non plus défini comme une caractéristique de la personne « malade » mais bien comme l'interaction entre la personne (déficiences, incapacités, identité) et son environnement (obstacles) conduisant à cette exclusion sociale (situations de handicap) dans certains aspects de sa vie et se produisant de façon changeante autant en intensité qu'en fréquence. »

Définitions des incapacités

Incapacités psychosociales

Les incapacités psychosociales (psychosocial disabilities) sont liées à la détresse psychologique, quelle qu'en soit la cause (migration, exil, catastrophe naturelle, pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux et/ou sociaux, perte du travail). Les incapacités qui découlent de ces situations doivent être reconnues en tant que telles, car elles perturbent la participation

à la vie sociale des personnes concernées (inaptitudes liées aux comportements, au langage, aux activités intellectuelles), les personnes perdant leurs habilités sociales et leur capacité à s'occuper et à prendre soin d'elles-mêmes (inaptitudes liées à la protection et à l'assistance). Les situations de handicap issues d'incapacités d'ordre psychosocial, en lien avec l'environnement, peuvent être vécues indifféremment par l'enfant ou par l'adulte. Cependant, une attention particulière doit être accordée aux enfants et adolescents en situation de vulnérabilité éducative : carences affectives, violences, précarité du milieu social... En effet, on sait que souvent des troubles mentaux à l'âge adulte trouvent leurs racines dans des difficultés infantiles négligées.

Incapacités psychiques

Les incapacités psychiques (mental disabilities) sont liées à la chronicisation de troubles mentaux graves (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, dépression) qui surviennent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Le syndrome de stress post-traumatique, également considéré comme un trouble mental grave, survient suite à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique de la personne (et/ou de son entourage) a été menacée ou a été effectivement atteinte (accident grave, mort violente, violence sexuelle, agression, maladie grave, guerre, attentat, inondations violentes...). La majorité des personnes atteintes par ce type de troubles peuvent être « stabilisées » sur le plan médical, mais elles gardent parfois des séquelles profondes. Il n'y a pas de déficience intellectuelle systématique ou permanente, mais des incapacités comportementales et affectives, se traduisant par des difficultés à acquérir ou exprimer des habiletés psychosociales (inaptitudes au niveau du langage, des comportements, liées à la protection et à l'assistance). S'ensuivent des déficits d'attention et des

difficultés à élaborer et suivre un plan d'action, et une alternance d'états calmes et tendus.

Incapacités intellectuelles

Les incapacités intellectuelles (intellectual disabilities) sont liées à la déficience intellectuelle (intellectual impairment) généralement associée à un trouble du développement ou à un trouble envahissant du développement, quelle qu'en soit la cause (génétique, chromosomique, biologique-organique, environnementale dont nutritionnelle). Par déficience intellectuelle, on entend une limitation significative, persistante et durable des fonctions intellectuelles (évaluées à partir du Quotient Intellectuel) d'un sujet par rapport aux sujets du même âge ne présentant pas cette limitation. Les incapacités qui en découlent peuvent avoir des degrés différents qui perturbent les capacités d'apprentissage (learning disability), l'acquisition de la mémorisation des connaissances, l'attention, la communication, l'autonomie sociale et professionnelle, la stabilité émotionnelle et le comportement. La déficience intellectuelle apparaît généralement à la naissance ou dans les premiers mois d'existence. Les personnes handicapées en raison de déficience intellectuelle et en lien avec leur environnement peuvent être sujettes (mais pas nécessairement) à des troubles mentaux (de types psychotiques, dépressifs, anxieux, d'addictions, trouble de la personnalité) et à la détresse psychologique.

Pourquoi intervenir

A

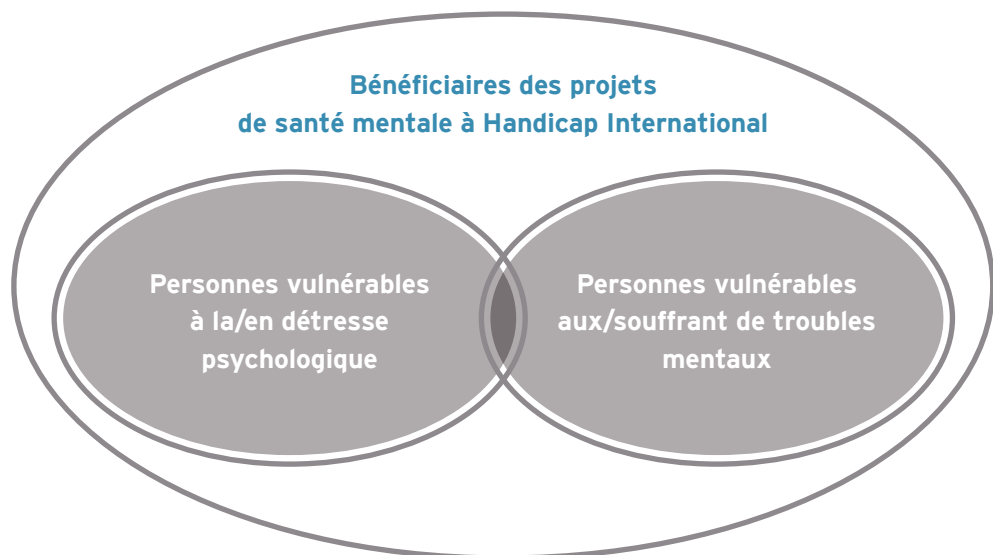
Champ d'action

Les bénéficiaires

À partir de la définition du champ d'action²³ de Handicap International, d'un processus de clarification et d'échanges entre les besoins et attentes de la Direction des Actions de Développement, de la Direction des Actions d'Urgence et de la Direction des Ressources Techniques, et de la prise en compte de l'inscription historique des projets de santé mentale qui ont, pour la plupart, émergé dans un contexte d'urgence pour ensuite faire l'objet d'actions de développement (cf. Annexe Histoire de la santé mentale à Handicap

International), il a été établi que l'objectif des projets relevant de la santé mentale à Handicap International - et ceci, quel que soit le contexte dans lesquels ils émergent (post-crise ou développement) - consiste à prévenir et à soigner :

- la détresse psychologique, notamment celle des populations victimes de blessures/traumas invalidants (conflits, catastrophes naturelles, violences liées au genre);
- les troubles mentaux des personnes, notamment les syndromes traumatiques, les troubles du développement et les troubles envahissants du développement²⁴.



Le lien avec le handicap

- ─ La Convention relative aux droits des personnes handicapées désigne par personnes handicapées « des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».
- ─ Le terme de « handicap » utilisé dans les expressions « handicap mental/psychique » ou « handicap intellectuel » fait référence aux facteurs personnels (capacités, « ability » en anglais). Cette précision est importante, car le Processus de Production du Handicap utilise l'expression « situations de handicap », en référence à l'interaction entre les facteurs personnels, l'environnement et les habitudes de vie, et où le « handicap » reste quelque chose de singulier, auquel on ne peut pas rajouter de qualificatif sans retomber dans une modélisation causaliste. Pour être plus juste, dans la perspective du Processus de Production du Handicap, il faut : soit parler d'incapacité psychosociale, psychique, et/ou intellectuelle, soit de « handicap d'origine psychosociale, psychique, et/ou intellectuelle ».
- ─ Aussi, Handicap International, s'inspirant à la fois de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées et du Processus de Production du Handicap, désigne par personnes handicapées les « personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres, justifiant des mesures de compensation et un travail sur l'environnement. »²⁵

Ainsi, les projets de Handicap International relevant du secteur de la santé mentale agissent spécifiquement en faveur des personnes ayant des incapacités psychosociales, des incapacités psychiques (équivalent d'« incapacités mentales » dans la Convention), ou des incapacités intellectuelles.

Certaines personnes pouvant vivre plusieurs problèmes de santé mentale, la distinction en catégories trouve ses limites au regard de leur vécu. Si cette distinction vise à rendre visible ce qui accompagne la détresse et/ou le trouble, il est également important d'insister sur le caractère évolutif, et non pas définitif, de ces problématiques. Ces incapacités sont donc une conséquence des problématiques mentionnées dans leurs définitions, dont il s'agit de prévenir l'apparition. Pour ce faire, il faut s'intéresser autant aux incapacités qu'aux facteurs de risque qui menacent les liens sociaux, l'autonomie, la dignité, l'intégrité physique ou psychique d'un individu.



Focus sur les concepts de facteurs de risque et de vulnérabilité

Les facteurs de risque sont des événements stressants, ou des situations personnelles ou environnementales qui augmentent la probabilité d'un sujet à développer des troubles mentaux ou une détresse psychologique.

« Le concept de vulnérabilité [du latin *blessar*] est intimement lié à l'idée de danger. La vulnérabilité est déterminée tant par la potentialité du risque (probabilité de subir un dommage, une menace ou une perte) que par son impact (le risque de souffrir de ses conséquences). Dans les situations de violence, certaines personnes ou groupes sont plus à risque de subir un traumatisme. Du point de vue de la santé mentale, ils présentent plus de probabilité de développer des troubles en fonction de leurs caractéristiques personnelles préexistantes. Les groupes à risque sont les enfants, les personnes âgées, les femmes seules ou non, les malades, les personnes handicapées, les minorités, les personnes endeuillées, les personnes violées, torturées, les ex-combattants, etc. Mais le contexte fait varier la vulnérabilité; par exemple, une femme combattante peut être non vulnérable puis le devenir dès la démobilisation si son ancien statut devient tabou. »²⁶

B

Principes d'intervention

Trois théories au cœur des interventions

— La psychologie sociale/clinique

La politique de Handicap International en matière de santé mentale s'applique non seulement aux personnes handicapées, mais aussi aux objets qui les entourent et à leur environnement (familial, communautaire, social, politique). Les équipes de Handicap International cherchent à appréhender la « personne totale en situation », c'est-à-dire la manière dont celle-ci éprouve et réagit aux épreuves qu'elle affronte, ce qui se caractérise par une attention portée au contexte social des troubles subjectifs. En ce sens, l'approche en santé mentale de Handicap International pourrait être qualifiée de « psychologie sociale clinique »²⁷. Il n'est notamment pas présumé que le soin psychosocial est (seulement) une relation duelle ou interindividuelle. Les champs d'application concernent toutes les interventions orientées vers le soin psychosocial. Ainsi, cela comprend par exemple l'insertion sociale à visée thérapeutique, les groupes d'entraide communautaire générateurs de revenus, la thérapie par la danse, le dessin, etc. Tout ce qui peut, dans les secteurs du social, de l'économie ou de la culture, constituer une tentative d'engager une activité thérapeutique participant au bien-être de la personne par son inclusion sociale.

— La socio-anthropologie

L'activité de soin psychosocial est dans une large mesure définie socio-culturellement. Elle présente donc des variations selon les sociétés et cultures, et ce, même si le psychisme comporte des fonctionnements et des structures universels. En amont de toute intervention en santé mentale, avoir une connaissance du pays, notamment à travers une étude socio-anthropologique, permet de gager de la qualité des actions qui



Focus sur la santé mentale communautaire

seront entreprises. Mais bien au-delà de ces études, il est important de rappeler que cette conception du handicap repose sur une vision anthropologique du développement humain (cf. modèle du Processus de Production du Handicap). Afin de renforcer l'inclusion des personnes handicapées dans leur environnement, les projets de santé mentale doivent se doter d'outils relevant de la sociologie et de l'anthropologie pour guider les actions et activités à mettre en œuvre.

– Le développement communautaire

Pour Handicap International, la santé mentale d'une personne dépend de ses caractéristiques autant individuelles que communautaires, sociales et politiques. Ainsi, la mise en œuvre de projets de santé mentale communautaire est privilégiée. En effet, ils utilisent la compréhension des déterminants sociaux²⁸ et politiques²⁹ de la santé mentale pour promouvoir la qualité de vie des communautés et des personnes vivant avec un handicap, et leur participation au développement des ressources locales (notamment des ressources en santé mentale).

L'objectif des projets de santé mentale communautaire est :

- de permettre l'émergence d'un processus de développement communautaire, c'est-à-dire l'élaboration de réseaux locaux, de structures de promotion de la santé, d'actions de prévention, de politiques territoriales;
- de renforcer les capacités des organisations (de professionnels et de personnes handicapées);
- de mettre en œuvre et/ou de renforcer les politiques d'inclusion sociale et d'égalité des chances.

Il s'agit donc d'agir au sein des communautés, en collaboration avec les individus concernés. Les approches relevant du développement local communautaire inclusif sont ainsi privilégiées au sein des activités menées par Handicap International.

La Santé Mentale Communautaire (SMC) est un ensemble d'actions décentralisées dans la prise en charge des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

La santé mentale communautaire se base sur un modèle « biopsychosocial » et représente un modèle pertinent dans les pays à faible ou moyen revenu, permettant d'intervenir efficacement là où les ressources sont faibles, en utilisant le plus possible les compétences internes à la communauté.

Les principes de la santé mentale communautaire sont :

- Une approche respectueuse des droits de la personne, qui se décline dans les actions suivantes :
 - Donner la parole aux personnes vivant une situation de handicap liée à des incapacités psychosociales, psychiques et/ou intellectuelles,
 - Respecter leur droit à prendre des décisions sur leur vie,
 - Impliquer les usagers dans chaque phase du développement d'un projet de santé mentale communautaire,
 - Faciliter une pleine intégration sociale.
- Une approche sensible aux données culturelles et traditionnelles.
- Une approche transversale qui tisse les liens avec d'autres champs d'action (social et économique) pour permettre une prise en charge globale (anthropologique) de l'individu. En effet, beaucoup de troubles mentaux, notamment chroniques, nécessitent l'adoption d'un modèle de soin basé sur la continuité, et centré sur la globalité des ressources et besoins du patient, y compris sociaux, occupationnels et psychologiques.

Notions complémentaires

A

Approches transversales

Santé mentale et développement inclusif

Handicap International poursuit la satisfaction simultanée de deux exigences complémentaires:

- Le développement de mesures spécifiques destinées à aider les personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental dans leur réalité quotidienne
- Une approche inclusive visant, au niveau de la communauté et de la société, l'égalité d'accès aux opportunités et l'égalité des chances et des droits.

Selon une approche inclusive et préventive des causes de déficiences et d'incapacités (psychosociales, psychiques, intellectuelles), l'association met en œuvre des activités pouvant s'adresser à l'ensemble de la communauté concernée, ou spécifiques aux personnes en situation de handicap, particulièrement fragiles et exposées aux risques physiques, psychiques et sociaux.

Santé mentale et droit

Dans ses projets de santé mentale, Handicap International tente autant que possible de mettre en œuvre une approche de l'action qui s'appuie sur les droits de la personne. Cette approche consiste à lutter contre l'exclusion et à promouvoir les droits des plus pauvres ou des plus vulnérables. D'autre part, elle interpelle et/ou soutient les autorités pour leur permettre de mieux satisfaire et garantir les droits de la personne (en termes d'éducation, de formation, d'accès aux soins et de participation à la vie sociale et démocratique). Handicap International est ainsi particulièrement soucieuse de son impact sur l'ensemble des législations permettant d'assurer des soins et un traitement adéquats et appropriés, la protection des droits des personnes atteintes de détresse psychologique/troubles mentaux, et la promotion de la santé mentale des populations³⁰.

Il existe trois modèles de services de santé mentale communautaire:

- Intégration de la santé mentale communautaire dans les services de santé primaire;
- Services de santé mentale spécialisés, mais en proximité et ouverts sur la communauté;
- Intégration de la santé mentale communautaire dans la Réadaptation à Base Communautaire (RBC).

Les services de santé mentale communautaire se divisent en services formels et services informels:

- Les services formels sont accessibles, peu stigmatisants et permettent un suivi rapproché des personnes avec des troubles sévères (par exemple, les centres de santé mentale communautaire, les unités mobiles qui se déplacent dans et autour des villages, le suivi de l'insertion professionnelle des usagers...). Une partie des ressources humaines de ces services doit être constituée par des professionnels avec un haut niveau de formation.
- Les services informels, quant à eux, sont offerts par des personnes peu qualifiées, ces personnes soutenant les usagers et leur famille dans la communauté (par exemple, des soins quotidiens fournis par les voisins). Ces interventions informelles sont particulièrement précieuses dans les pays en développement.



Focus sur le genre et la santé mentale³¹

« Le statut désavantagé des femmes dans la société est maintenant reconnu internationalement³² comme une atteinte aux droits humains fondamentaux et une importante barrière au développement. Il est aussi admis que la subordination des femmes dans la société a été institutionnalisée par ses structures, de sorte qu'elles ont été marginalisées dans d'importants [secteurs] comme l'éducation ou l'emploi, mais aussi la définition, la planification, l'implémentation et le monitoring des politiques et des stratégies en général. Ce schéma est reproduit à tous les niveaux : au sein des familles, à l'école, dans les institutions commerciales et politiques et même dans les institutions de santé. Les priorités de tous ces secteurs reflètent donc en conséquence cette réalité : il s'agit des priorités des hommes, et avant tout des hommes provenant des groupes sociaux les plus privilégiés et puissants. Dans le cas de la santé, le statut social, économique et politique des femmes et des hommes conditionne leur capacité à protéger et à promouvoir leur santé, tant physique que mentale ou émotionnelle. En termes de santé publique, les expressions de cette iniquité se reflètent donc d'une part au niveau de l'état de santé, avec des différences, parfois grandes - entre les hommes et les femmes [³³], mais aussi entre les populations de pays et de classes de niveaux socioéconomiques différents. Ces écarts se manifestent également dans les différences de risque, d'accès aux soins et à l'information [³⁴], ainsi que dans les conséquences sociales et économiques des maladies. D'autre part, cela inclut et questionne les systèmes et les prestations mis en place pour la santé et les soins, dont l'universalité de l'accès n'est pas garantie, tant sous l'angle du genre que du niveau économique. Les questions de genre et de droits des femmes concernent donc le [secteur] de la santé de manière très transversale : des données et des indicateurs doivent être développés pour

dépister les inégalités et leurs facteurs de risque de façon à décortiquer les questions liées au sexe, au genre et aux autres inégalités sociales ; des stratégies et des programmes intégratifs de ces domaines doivent être créés dans le système de santé, comme dans d'autres compartiments de la société, et ceci parallèlement au plaidoyer et à la prise en compte des droits des femmes, essentiellement liés à leur capacité à contrôler leur corps, leur fertilité et leur sexualité. » Les dispositifs d'Accompagnement à la Vie Sexuelle et Affective (AVAS), initiés par le programme France de Handicap International, sont dans ce cas particulièrement bien adaptés³⁵. Au-delà des seules violences sexuelles (qui concernent d'ailleurs également les enfants et les hommes), une des particularités majeures des violences liées au genre est qu'elles ne concernent pas seulement le corps de la femme, qu'elle soit handicapée ou non, mais toutes les valeurs féminines d'une culture donnée, comme « le prendre soin » ou l'attention à autrui. C'est pourquoi les professionnels qui entourent les victimes de ces violences, qu'ils soient du soin, du social ou de l'aide juridique, sont souvent sujets eux-mêmes de stigmatisation et de discrimination. Il s'agit donc au sein des projets de travailler à la reconnaissance et au renforcement du « pouvoir d'agir » (empowerment) par des activités de plaidoyer, de sensibilisation et de formation auprès des professionnels qui prennent soin des victimes de violences liées au genre³⁶.

L'approche genre à Handicap International³⁷ repose sur trois principes :

1. Non-discrimination et protection dans le cadre professionnel ;
2. Une double inclusion du genre et du handicap, et une attention particulière portée aux discriminations envers les femmes handicapées ;
3. L'approche genre comme critère de qualité des projets.



Mémo sur le genre et la santé mentale

Cet aide-mémoire permet de vérifier la prise en compte d'éléments clés de la double inclusion « genre et handicap » dans la mise en œuvre de projets de santé mentale. Cela comprend à la fois des questions de programmation et des questions d'analyse situationnelle :

1. Analyse générale de la situation

- Quels sont les principaux facteurs et contextes (culturels, sociologiques, biologiques, etc.) qui peuvent accroître la vulnérabilité des hommes et des femmes, filles ou garçons au handicap ?

2. Dispositions juridiques

3. Politique étatique

- L'État est-il signataire de la Convention d'élimination de toutes les formes de discrimination envers les femmes (Convention on the Elimination of Discrimination against Women) ?
- Respecte-t-il les règles favorisant l'égalisation des chances pour les personnes handicapées ?
- Quelles sont les dispositions légales et politiques nationales visant à prévenir et réprimer les violences contre les femmes et à soutenir les victimes ?

4. Prévention

- Quelle prise en compte du genre dans les programmes publics de prévention du handicap ? Dans l'analyse des facteurs d'exposition ? Dans la mise en œuvre des actions de prévention ?
- Les campagnes de prévention sont-elles accessibles aux personnes ayant des incapacités psychosociales, psychiques et/ou intellectuelles ?

5. Accès aux soins

- Les structures de santé mentale comprennent-elles du personnel féminin ?
- Les professionnels de santé mentale sont-ils sensibilisés sur la question du genre ?

6. Recueil de données

- Les recueils de données sur la santé mentale mentionnent-ils le genre et le handicap ?

7. Société civile

• Les associations locales de santé mentale incluent-elles les hommes et femmes handicapés ?

8. Programmation projet

- Les femmes handicapées (ayant des incapacités psychosociales, psychiques et/ou intellectuelles) sont-elles impliquées dans la programmation et le processus décisionnel du projet ?
- Les activités sont-elles organisées dans des lieux et temps favorables et accessibles aux hommes et femmes handicapées ?
- Le projet aborde-t-il la question de la différenciation homme/femme concernant les principaux facteurs d'incapacité et de situation de handicap ?
- Le projet encourage-t-il les couples, les parents et/ou enfants handicapés à discuter de santé mentale ?
- Le projet aborde-t-il les questions liées à la santé mentale et aux droits des femmes handicapées ?
- Le projet aborde-t-il les difficultés de l'accès aux soins (par exemple, utilisation de psychotropes, absence de la mère du foyer pendant son hospitalisation) du point de vue des hommes et des femmes ayant différents types d'incapacité ?
- Le projet permet-il de combattre la violence contre les femmes (objectifs politiques, programmes éducatifs, législation) ?
- Le projet aborde-t-il la question des représentations de la violence, des mythes locaux (par exemple, le viol des femmes avec un retard mental) et les pratiques traditionnelles ?
- Le projet permet-il d'augmenter la confiance en soi des femmes et des filles handicapées ?
- Le projet aborde-t-il la question des abus sexuels des femmes, des hommes, des filles et des garçons handicapés ?
- Le projet permet-il d'assurer l'égalité

d'accès à la santé pour les hommes et les femmes en situation de handicap ?

- Le projet aborde-t-il les différents problèmes financiers et leurs solutions affectant les femmes et les hommes handicapés, en particulier l'exploitation commerciale du sexe ?
- Le projet aborde-t-il les principaux obstacles (financiers, physiques, culturels, sociaux) dans l'accès à la santé des personnes handicapées ? Ces obstacles sont-ils les mêmes pour les hommes et pour les femmes ?

B

Approches multisectorielles



Focus sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Réduire l'extrême pauvreté et la faim (OMD n°1)

Les pauvres sont plus exposés au développement de problèmes de santé mentale (troubles mentaux et détresse psychologique) et ceux-ci participent à la pauvreté ³⁸.

Assurer l'éducation primaire pour tous (OMD n°2)

Les problèmes de santé mentale entraînent des difficultés d'apprentissage et de concentration chez les enfants.

Réduire la mortalité infantile (OMD n°4)

La mortalité infantile due à la sous-nutrition est associée à la dépression maternelle.

Améliorer la santé maternelle (OMD n°5)

Les dépressions maternelles peuvent conduire à des comportements suicidaires et/ou à une négligence de soins.

Combattre le VIH/Sida, le paludisme et les autres maladies (OMD n°6)

Les problèmes de santé mentale favorisent les comportements sexuels à risque; de plus, le VIH/Sida a des conséquences sur la santé mentale des malades.

Ce focus peut servir de rappel auprès des autorités réticentes à inclure la santé mentale dans les politiques nationales. Il est aussi un rappel concernant le fait que la santé mentale à Handicap International doit être pensée en lien avec les autres secteurs techniques.

La santé mentale est en lien direct avec cinq des huit OMD.

Santé mentale, insertion sociale et insertion professionnelle

Pour les secteurs Santé Mentale, Insertion Sociale et Insertion Professionnelle, il arrive que le public cible et les outils soient les mêmes. En effet, une personne en situation d'exclusion, en rupture de lien social, sans emploi ou encore en situation de pauvreté, peut être en détresse psychologique, et cette situation peut entraîner des incapacités psychosociales. D'autre part, la prévention des incapacités psychiques peut aussi cibler une population à risque, qui se compose de personnes en détresse psychologique. Face à ces situations, les actions menées en santé mentale ont des implications en termes d'insertion sociale/socialisante et/ou économique : groupes de parole, activités de référencement (type adressage/accompagnement personnalisé vers des services spécialisés en santé, social, juridique, éducation), activités sportives et de loisirs, groupes d'entraide communautaire générant des revenus, etc. Cette réponse, généralement appelée « réponse psychosociale », est donc partagée à Handicap International entre l'expertise de ces trois secteurs. Elle concerne surtout la modalité d'intervention « promouvoir l'empowerment et la participation sociale », présentée dans la partie suivante.

Santé mentale et éducation inclusive

L'éducation inclusive est un processus répondant aux besoins divers de tous les apprenants par l'augmentation de la participation aux apprentissages et par la réduction de l'exclusion de et par l'éducation. Ce processus tient donc également compte des besoins particuliers en matière d'enseignement et d'apprentissage de tous les enfants et jeunes gens en situation de marginalisation et de vulnérabilité : enfants des rues, filles, groupes d'enfants appartenant à des minorités ethniques, enfants issus de familles démunies financièrement, enfants issus de familles nomades, enfants atteints du VIH/Sida et enfants handicapés. L'éducation inclusive a pour objectif d'assurer à ces enfants l'égalité des droits et des chances en matière d'éducation. Les secteurs de l'Éducation Inclusive et de la Santé Mentale ont donc en commun des publics et une approche (droits et inclusion). Que ce soit au niveau du plaidoyer ou de la promotion de la santé mentale, ces deux secteurs partagent des activités communes visant de manière générale à améliorer l'accompagnement des instituteurs et/ou travailleurs communautaires des écoles dans leur relation avec les enfants ayant des troubles mentaux et/ou en détresse psychologique. Les activités relevant à la fois de la Santé Mentale et de l'Éducation Inclusive peuvent être :

- Des réunions instituteurs-parents-enfant concernant la santé mentale de l'enfant
- Des formations spécifiques sur la santé mentale en direction des instituteurs (sur l'énurésie, le retard de développement, l'épilepsie, la dépression, l'hyperactivité, la place de l'enfant dans la famille, etc.)
- Des groupes de médiation thérapeutique à l'école (dessin, marionnette, pâte à modeler, etc.)
- Des aides à la guidance parentale
- Etc.

Santé mentale et maladies invalidantes

Les maladies invalidantes (VIH/Sida, épilepsie, diabète, filariose lymphatique, ulcère de Buruli) et la santé mentale sont deux problématiques distinctes, qui ont en commun les insuffisances des réponses qui leur sont généralement apportées. Bien souvent, ces deux thématiques se croisent parce que leurs déterminants psychosociaux et économiques sont proches. Pauvreté, crises humanitaires, inégalités liées au genre, discrimination et stigmatisation, vulnérabilité des enfants et des orphelins, insuffisances de l'éducation et des cadres familiaux, constituent autant de facteurs de risque et de vulnérabilité aux maladies invalidantes. Ces dernières entraînent des difficultés dans la vie quotidienne, des deuils impossibles, des troubles de la personnalité, de l'humeur, du comportement, voire des troubles mentaux invalidants (pathologie traumatique, phobies, troubles obsessionnels, etc.).

Dans le cas du VIH/Sida, les données épidémiologiques disponibles révèlent l'inflation de la prévalence du virus dans certaines populations, notamment les usagers de drogues, les homosexuels et les travailleuses du sexe. D'autres populations sont également vulnérables au VIH/Sida : les enfants à travers la transmission mère/enfant, les orphelins, les populations en situation de précarité sociale, les migrants. Cependant, ces données sont d'autant plus relatives que les cadres stratégiques globaux mis en place par les gouvernements de certains pays sont inégaux. Les systèmes de surveillance épidémiologique en santé mentale et les structures d'accueil et de soins spécialisés sont bien souvent inexistantes, les tradipraticiens étant parfois les seuls soignants disponibles et prêts à agir sur

la détresse psychologique des indigents. Être atteint d'une maladie invalidante entraîne toujours une détresse psychologique et morale nécessitant une aide spécialisée. Ainsi, des activités à visée thérapeutique de type santé mentale/psychosociale (groupe de parole, groupe Balint³⁹, conseils par les pairs/relation d'aide, activités occupationnelles, etc.) peuvent être menées au sein des projets visant les maladies invalidantes.

Fin des principes et repères.



Bangladesh, 2009

Modalités d'intervention

LES MODALITÉS	38
A. APPROCHES ET MÉTHODOLOGIE	38
Approche territoriale, pluridisciplinaire et globale	
Approche partenariale	
Méthodologie de projet	
Déclinaison en programmation de trois modalités d'intervention	
B. AMÉLIORER LA PRÉVENTION ET L'ACCÈS AUX SOINS	42
C. PROMOUVOIR L'EMPOWERMENT ET LA PARTICIPATION SOCIALE	44
D. FAVORISER LE PLAIDOYER ET LA DÉINSTITUTIONNALISATION	46
<hr/>	
EXEMPLES DE CADRE LOGIQUE	48
A. Projet Santé Mentale Rwanda 2010 - 2012	48
B. Projet Santé Mentale Liban 2010	51
<hr/>	
PERSPECTIVES POUR LA PÉRIODE 2011-2015	53

Les modalités

A

Approches et méthodologie

En matière de santé mentale, Handicap International a une expérience de terrain depuis les années 90, aussi bien en contexte d'urgence que de post-urgence et de développement. D'une mission première qui visait la prévention et les soins de troubles mentaux incapacitants liés à la guerre et aux génocides (stress post-traumatique, dépression, anxiété, psychose, trouble du développement), les actions se sont progressivement élargies.

Aujourd'hui elles sont prioritairement axées sur la prise en charge de détresses psychologiques liées à de nombreuses problématiques d'ordre sociopolitique (pauvreté, exclusion, précarité liées à l'exil, la migration, la guerre, les génocides) et environnemental (catastrophes naturelles). Le secteur de la santé mentale constitue également une ressource technique importante auprès des projets ciblant les incapacités intellectuelles pour coordonner les autres réponses sectorielles (médicales, sociales et médico-sociales) autour des personnes en situation de handicap, tout en prenant en compte les spécificités cliniques propres à ces incapacités.

Approche territoriale, pluridisciplinaire et globale

Si les actions communautaires ont lieu au plus près des populations, il s'agit également de prendre en compte les paramètres naturels, infrastructurels, sociaux, économiques, culturels et politiques d'un pays ou d'une région en matière de santé mentale.

Handicap International élabore ses interventions à travers une approche territoriale. Elle vise à faire émerger des services, des espaces et des mécanismes

de négociation/coopération entre les différents acteurs qui constituent le tissu social d'un territoire donné. Les projets de santé mentale développent ainsi, à l'échelle d'une zone géographique déterminée, différents projets complémentaires entre eux, et/ou coordonnés avec les autres acteurs locaux, afin que l'ensemble des facteurs influant sur la qualité de vie des personnes handicapées soit pris en compte.

Ils s'inscrivent dans le cadre de processus de développement local existant dans le pays d'intervention.

Dans le même ordre d'idée, la pluralité des paramètres influant sur la détresse psychologique des personnes handicapées ne peut être prise en compte que par une approche pluridisciplinaire. Celle-ci se réalise par la mise en œuvre coordonnée de divers projets complémentaires, déployant des compétences pluridisciplinaires. Elle suppose une capacité d'analyse globale, une compréhension multifactorielle des problèmes à résoudre et la recherche de propositions d'actions interdépendantes. Elle repose sur une mobilisation par l'association de compétences professionnelles multiples, et leur mise en synergie avec les compétences externes nationales et internationales.

En résumé, l'association agit de façon globale, en accompagnement des personnes et des communautés, en appui aux systèmes et services administratifs et techniques, et en contribuant à l'orientation des politiques nationales et internationales en matière de santé mentale.

Handicap International réalise sa mission à travers des actions de prévention, de réduction des risques, de développement des aptitudes personnelles et d'adaptation aux facteurs environnementaux. À ce titre, le travail d'amélioration de l'offre médicale, sociale ou technique,

conjointement avec les acteurs locaux, est conçu pour répondre aux attentes formulées et aux projets de vie décidés par les bénéficiaires. Il s'accompagne d'un travail d'élaboration de mesures sociales, légales et techniques, favorisant aussi bien l'accès physique et économique aux services et aux prestations que la participation sociale.

Approche partenariale

En santé mentale, comme dans les autres thématiques développées par Handicap International, la première condition favorable (condition cependant non restrictive) est de pouvoir travailler avec des organisations non gouvernementales ou associations locales représentant les personnes handicapées. Leur présence et leur implication sont essentielles. La deuxième condition favorable est de travailler avec des autorités locales ouvertes :

- Au niveau national : stabilité politique, volonté politique de décentralisation ou de déconcentration permettant de concevoir une approche communautaire,
- Au niveau local : autorités locales autonomes en gestion, acceptant les règles de développement participatif, sensibilisées au domaine du handicap, ayant la volonté de travailler sur le long terme. Là encore, la mobilisation et l'intérêt des autorités locales sur le thème du handicap avant le projet n'est pas une condition sine qua non de mise en œuvre du projet. En effet, dans un contexte de non-volonté politique locale, les activités du projet peuvent être pensées de manière à préparer et organiser des initiatives de plaidoyer dans le but de parvenir à terme à un changement d'attitude et de politique.

Ces conditions sont qualifiées de « favorables » dans la mesure où l'action doit pouvoir démarrer même si toutes ces conditions ne sont pas réunies, notamment

en contextes d'urgence et de post-crise. Il conviendra donc d'adapter les registres d'intervention, les relations et collaborations avec les professionnels, les communautés, les organisations non gouvernementales et les autorités, en fonction des contraintes et opportunités du contexte. En d'autres termes, le développement des activités de santé mentale pourra être accompagné d'initiatives de plaidoyer susceptibles de faire évoluer l'environnement politique et culturel, de surmonter l'inertie ou la réticence des autorités et parvenir, finalement, à leur implication.

Méthodologie de projet

La démarche qualité, associée aux approches communautaires et inclusives déclinées dans les modalités d'intervention (cf. Déclinaison en programmation de trois modalités d'intervention), participe à la pérennité des actions. Handicap International a identifié d'autres principes participant à cette viabilité, dont ceux visant l'élaboration et la mise en œuvre des outils de recherche, de suivi et d'évaluation, en concertation avec les partenaires locaux.

Comme déjà évoqué précédemment, que ce soit pour analyser ou capitaliser sur des expériences innovantes en santé mentale, ou pour orienter la stratégie d'un programme en amont de la mise en œuvre d'un projet de santé mentale, les recherches socio-anthropologiques sont à privilégier, car elles permettent de recueillir les indicateurs initiaux pertinents à tous les niveaux de la pyramide d'intervention (État, région, district, communauté, famille, individu), et surtout de les mettre en lien. L'épidémiologie pourra dans certains cas être un complément essentiel à ces recherches qu'il faudra également évaluer. Il est recommandé de démarrer les activités par des expériences pilotes, sur des zones

géographiques limitées. Cette phase pilote permet de définir, d'élaborer, de tester, d'améliorer, de modéliser les modalités d'intervention au niveau local, les contenus de formation, les différents outils (etc.), avant d'envisager un déploiement plus large d'un système qui a fait ses preuves. Tout au long du projet, il est ensuite nécessaire de développer des outils de suivi et d'évaluation qui permettront de suivre l'évolution du projet, et d'aider le travail d'évaluation qui aura lieu à la fin du projet. Ces outils doivent également être utilisés pour permettre une réorientation du projet en cours, si les activités ne permettent pas de tendre vers l'objectif du projet. À la fin du projet, ce travail permettra d'indiquer si l'action menée peut être adaptée et répliquée dans une autre zone géographique. Dans ce sens, Handicap International réalise régulièrement des travaux de capitalisation visant à « apprendre de l'expérience ».

Déclinaison en programmation de trois modalités d'intervention

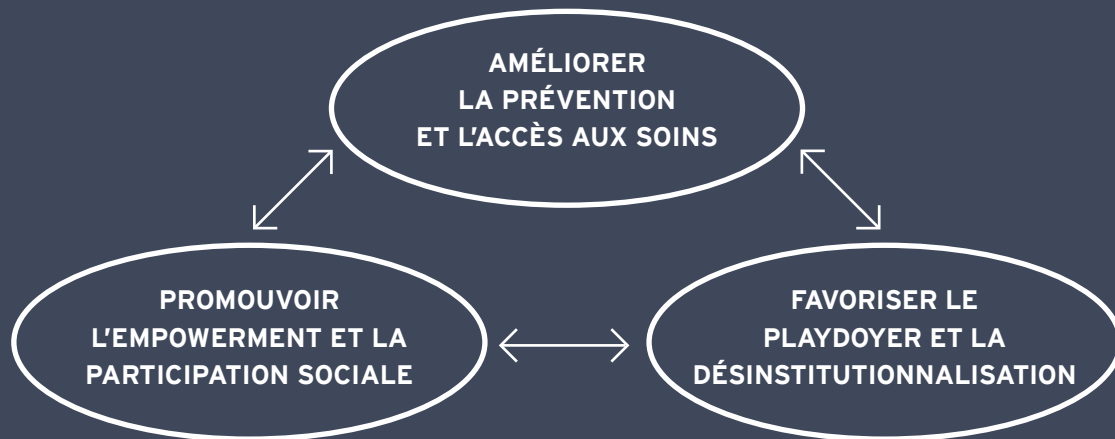
Historiquement, les interventions de Handicap International dans le champ de la santé mentale ont suivi l'évolution de la perception du handicap par les professionnels du soin. D'un modèle psychanalytique, qui voyait le handicap comme une pathologie individuelle, Handicap International est passée à un modèle plus socio-anthropologique où le handicap est avant tout perçu comme une « pathologie sociale », résultant d'une interaction avec un environnement générateur de « situation de handicap ».

Ce processus historique de compréhension du handicap entraîne une double approche :

- d'une part, le soutien ou le développement d'initiatives directement destinées aux personnes handicapées, ou à la prévention de situation de handicap dans une logique de renforcement des capacités et de participation,
- d'autre part, des initiatives favorisant la prise en compte du handicap dans les processus de développement dans une logique inclusive et d'égalité des opportunités.

La participation des personnes handicapées résulte de la conjugaison de ces deux approches, dans une perspective de lutte contre les processus de discrimination, de ségrégation et de marginalisation. Ainsi, dans les projets de santé mentale de Handicap International, ces deux approches se retrouvent déclinées en trois modalités d'intervention, qui se renforcent mutuellement.





SANTÉ ET INCLUSION

Les approches de Handicap International en Santé Mentale sont dites globales, ce qui sous-entend de travailler :

- de manière continue : de la prévention au soin, puis de la réhabilitation à l'insertion socio-économique ;
- à différents niveaux : celui de l'individu et sa communauté, jusqu'aux systèmes nationaux et internationaux.

B

Améliorer la prévention et l'accès aux soins

Objectif général

Offrir des services de prévention et de soins en santé mentale accessibles et de qualité.

Objectifs spécifiques

- Réduire l'incidence de la détresse psychologique/trouble mental, en s'attaquant aux facteurs de risque et aux situations pathogènes.
- Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec une détresse psychologique/un trouble mental, en veillant notamment à leur participation à leurs propres soins.

Résultats attendus

- L'amélioration de l'accès des personnes avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental aux dispositifs de prévention, de dépistage et aux services de santé mentale.
- Le renforcement de services sanitaires et sociaux spécialisés en santé mentale (prévention primaire, secondaire et tertiaire).
- Le développement du travail en réseau des institutions du sanitaire et du social et des associations locales, de manière à assurer la continuité de la prise en charge des personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental.
- L'amélioration de l'information et de la communication auprès des professionnels, des personnes vivant avec un trouble mental et/ou une détresse psychologique.
- Le développement des capacités de chaque personne vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental à prendre en charge sa santé mentale, quelle que soit sa situation sociale ou économique.
- Une plus grande efficacité des dispositifs sociaux et de santé destinés aux personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental par le développement d'une meilleure coordination avec les autres dispositifs publics.
- La mise en œuvre d'actions spécifiques dirigées vers des groupes sociaux ou des personnes ayant des pathologies particulières (enfants et adolescents, femmes victimes de violences, personnes en situation de précarité, personnes déplacées, etc.).

Exemples d'activités

- Appui technique à la réalisation d'ateliers d'élaboration de plans de formation ou d'outils d'Information, Éducation, Communication (IEC).
- Appui technique à la mise en place d'activités spécifiques à la santé mentale: consultations psychothérapeutiques individuelles, équipe mobile pluridisciplinaire se déplaçant dans la communauté, groupes de parole à visée thérapeutique, groupes d'entraide communautaire générateurs de revenu, visites à domicile, éducation thérapeutique du patient et de sa famille, etc.
- Appui organisationnel: structuration et fonctionnement des institutions (par exemple, établissements de soin) et des associations (vie associative, pratiques démocratiques, management, gestion administrative et financière, etc.).
- Appui technique aux professionnels de santé: relation d'aide, qualité des soins, psychopathologie, formation sur les dispositifs d'étayage de la clinique (supervision clinique, groupe de parole type Balint pour professionnels, analyse de la pratique, etc.).
- Formation de formateurs institutionnels et associatifs,
- Réalisation d'études (sociologiques, connaissances-attitudes-pratiques des acteurs ciblés en début et en fin de projet), de manière à alimenter les stratégies d'intervention et à évaluer la qualité du projet.

Exemples d'indicateurs objectivement vérifiables

- Diminution du taux de prévalence du trouble mental ou de la détresse psychologique (nécessite une étude épidémiologique avant et après le projet).
- Augmentation du nombre d'admissions/consultations dans les structures décentralisées et/ou centralisées relevant de la santé mentale.
- Amélioration des connaissances, attitudes, pratiques des populations cibles du projet (en intégrant une dimension socio-anthropologique et une dimension « genre »).
- Présence d'un projet institutionnel intégrant des outils de suivi et d'évaluation (protocoles de soin, échelles de qualité de vie, enquêtes de satisfaction) concernant la qualité des soins et la relation d'aide.
- Augmentation du nombre de professionnels de la santé mentale pour 100 000 habitants (à mettre en lien avec les données de l'Organisation mondiale de la Santé par pays).
- Augmentation du nombre d'outils de suivi et d'évaluation du système de management de la santé du pays (avec intégration d'indicateurs en santé mentale).

C

Promouvoir l'empowerment et la participation sociale

Objectif général

Développer la capacité d'action et de participation sociale des personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental.

Objectifs spécifiques

- ─ Permettre aux personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental de retrouver une meilleure santé mentale par une intervention s'appuyant notamment sur les dispositifs communautaires existants (famille, voisinage, association de personnes, leaders communautaires, etc.).
- ─ Promouvoir les approches mises en œuvre dans les projets (santé mentale communautaire, psychosocial, conseils par les pairs) auprès des professionnels et de la population générale.
- ─ Mettre en réseau les personnes handicapées, leur famille, la communauté et les professionnels de la santé mentale, afin de développer un plaidoyer commun pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'élaboration des politiques publiques les concernant (santé, social, éducation, justice).

Résultats attendus

- ─ La formation et l'accompagnement de relais communautaires.
- ─ Un réseau de partenaires est constitué (collectif, plateforme, ou nouvelle organisation), incluant les personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental et leur famille, et organisant de manière commune des actions de sensibilisation et de plaidoyer.
- ─ Les politiques nationales de santé mentale intègrent les positionnements des associations et institutions pertinentes dans le champ de la santé mentale, notamment les associations de personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental et leur famille.
- ─ Les différents partenaires locaux (notamment les décideurs, institutions et organisations chargés de définir les stratégies des secteurs de la santé, du social et de l'éducation, et de les décliner sur le plan opérationnel) identifient les incapacités psychosociales, psychiques et/ou intellectuelles comme une thématique à prendre en compte.

Exemples d'activités

- Formation et accompagnement (supervision) de travailleurs communautaires, conseillers psychosociaux, médiateurs, personnes ressources en santé mentale.
- Création d'un collectif d'intervenants en santé mentale, avec mise à disposition de local et de matériel commun.
- Appui au lancement, à l'animation d'un forum d'institutions et d'associations d'usagers de la santé mentale, accompagnement à la structuration de ce forum.
- Soutien technique et financier à la mise en œuvre d'actions conjointes entre professionnels de la psychiatrie, du social, et les familles de patients.

Exemples d'indicateurs objectivement vérifiables

- Augmentation du nombre de groupes de pairs mobilisés autour d'un projet sur un territoire donné.
- Augmentation du nombre de relais communautaires en santé mentale autonomes.
- Résultat d'une enquête de satisfaction effectuée auprès des bénéficiaires du projet.
- Nombre d'outils d'Information, Éducation, Communication (IEC) sur la santé mentale produits et nombre de professionnels sensibilisés par l'approche mise en œuvre dans le projet.
- Fonctionnement démocratique du réseau (représentants élus régulièrement, mandat souhaité d'un an renouvelable, système de présidence tournante...).
- Nombre minimal d'associations locales représentant les différents types d'incapacités relevant de la santé mentale.
- Présence de politiques nationales ou d'un plan national de santé mentale (avec impact sur les lois, les décrets d'application).
- Présence d'un budget (en général au ministère de la Santé) spécifiquement alloué à un programme de santé mentale.

D

Favoriser le plaidoyer et la désinstitutionnalisation

Objectif général

Développer un plaidoyer commun (personnes handicapées, famille, professionnels de la santé mentale) pour la participation sociale des personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental, avec notamment leur inclusion dans l'élaboration des politiques nationales de santé mentale.

Objectifs spécifiques

- Désinstitutionnaliser les services de santé mentale à travers la mise en réseau et la coordination des différents professionnels sanitaires, sociaux et communautaires.
- Promouvoir la santé mentale auprès des décideurs politiques, à travers la valorisation (plaidoyer) des activités de sensibilisation et de formation des acteurs de la santé mentale (personnels soignants, travailleurs sociaux et acteurs communautaires, tels que les instituteurs, les leaders religieux, les praticiens traditionnels).

Résultats attendus

- Le renforcement d'un certain nombre d'actions communautaires afin de s'assurer que les personnes handicapées, ainsi que leur famille, trouvent à proximité de leur domicile les services médicaux, sociaux, juridiques et économiques leur permettant de participer à la vie sociale.
- La prise en charge des personnes vivant avec un trouble mental dans des établissements au sein de la communauté, plutôt que dans des établissements de longue durée (hôpitaux spécialisés en psychiatrie).
- La création d'un réseau multifactoriel de services locaux (santé, réadaptation, social, économique, juridique) et l'information, l'orientation et l'accompagnement vers ces services.
- L'accompagnement des institutionnels et des professionnels de la santé mentale dans l'amélioration de leurs moyens et compétences, pour porter des revendications au niveau politique d'une manière efficace, afin de leur permettre d'améliorer les services spécialisés d'accès à la prévention et aux soins.
- La sensibilisation et la formation de ressources locales au sein de la communauté et de professionnels de la santé, du social et de l'éducation, afin qu'ils intègrent la santé mentale dans leur pratique quotidienne, et qu'ils mettent en œuvre des initiatives de développement inclusif.
- L'intégration, dans les politiques nationales de santé mentale, des positionnements des associations et institutions pertinentes dans le champ de la santé mentale, notamment les associations de personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental et leur famille.

Exemples d'activités

- Réalisation d'ateliers de sensibilisation des acteurs de la communauté (instituteurs, élus, agents techniques, administrations de la santé, du social et de l'éducation, juristes et avocats, personnels des centres de santé et centres sociaux, enseignants, formateurs des centres de formation professionnelle, responsables d'associations).
- Participation à l'écriture ou à la révision des politiques nationales de santé mentale.
- Soutien technique et financier à la mise en œuvre ou au renforcement d'un plan national de santé mentale.
- Réalisation de séminaires, workshops, appui à la création de collectifs/forums nationaux de professionnels et/ou d'institutionnels autour de la santé mentale.
- Réalisation de formation de pools de « sensibilisateurs au handicap », usagers de la santé mentale, membres des associations de personnes handicapées.
- Mise en place de dispositif d'accueil, d'information et d'orientation.
- Élaboration de plateforme régionale interprofessionnelle.

Exemples d'indicateurs objectivement vérifiables

- Augmentation de l'offre de services communautaires et de l'accès à ces services (santé, social, juridique et économique) pour les personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental, ainsi que leur famille.
- Présence ou révision de la politique nationale de santé mentale.
- Augmentation du budget correspondant à la mise en œuvre du plan de santé mentale du ministère de la Santé.
- Présence d'un centre local d'information et d'orientation pour les personnes vivant avec une détresse psychologique et/ou un trouble mental.
- Augmentation du taux de professionnels de la santé mentale et/ou des travailleurs communautaires formés et opérationnels dans les dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation.
- Augmentation du nombre de formations médicale, paramédicale et sociale intégrant un volet en santé mentale dans leur curriculum.
- Définition du nombre minimal de médias investis dans le projet.
- Nombre minimal de représentants de différents types d'incapacités portant des actions de revendication politique.

Exemples de cadre logique

Les exemples ci-dessous donnent à voir la manière dont peuvent être combinés les trois modalités d'intervention. Ces combinaisons dépendent essentiellement du contexte et des spécificités locales de chaque pays d'intervention. Ces exemples sont donc singuliers, il ne s'agit pas de modèles à répliquer dans un autre contexte.

A

Projet Santé Mentale Rwanda 2010 - 2012

Financement Agence Française de Développement et Fondation Accentus

Les projets « psy » puis de « santé mentale » ont démarré quelques mois après le génocide des Tutsi en 1994.

Ce projet de Santé Mentale Communautaire se fixe comme objectifs de pérenniser les interventions mises en œuvre jusque-là, et d'approfondir des problématiques (parentalité, violences liées au genre) de plus en plus prégnantes chez les bénéficiaires du projet. Afin de parvenir à ces objectifs, l'équipe du projet joue une fonction de passeur, de la communauté au ministère, du psychique au politique, du soin à l'insertion. Si la modalité « Promouvoir l'empowerment et la participation sociale » est la plus prégnante, les deux autres modalités d'intervention guident également les interventions mises en œuvre.

Titre

Renforcement d'une démarche en santé mentale communautaire dirigée vers les populations en situation de vulnérabilité psychologique et sociale, notamment celles exposées aux violences liées au genre au Rwanda.

Objectifs généraux

- Les populations rwandaises en situation de vulnérabilité psychologique et sociale, notamment celles exposées aux violences liées au genre, recouvrent ou préservent une meilleure santé mentale par une intervention s'appuyant sur les dispositifs communautaires existants (famille, voisinage, association de personnes vulnérables...).
- Les approches en santé mentale communautaire sont davantage connues des professionnels et du grand public rwandais en général.
- La santé mentale de la population est une dimension transversale qui est davantage prise en compte dans les politiques élaborées par les autorités rwandaises.

Objectif spécifique

- Dans quatre secteurs administratifs du pays, les populations en situation de vulnérabilité psychologique et sociale, en particulier celles victimes de violence liée au genre, bénéficient d'une meilleure santé mentale par une approche en santé mentale communautaire adaptée au contexte, et dans un cadre institutionnel et professionnel reconnu et pérenne.

Résultat attendu 1

Des dispositifs de santé mentale communautaire, s'appuyant sur des personnes ressources et des médiateurs en santé mentale communautaire présents dans les communautés des quatre secteurs ciblés, sont développés et/ou renforcés afin d'assurer une prévention primaire des groupes à risque identifiés, et une prise en charge des groupes de population en situation de vulnérabilité psychologique et sociale.

- Activité 1.1. Identification des groupes de population en situation de vulnérabilité psychologique et sociale, et élaboration de la cartographie des « ressources du territoire » pour chaque secteur d'intervention.
- Activité 1.2. Identification et formation de personnes ressources et de médiateurs aux modes d'intervention en santé mentale communautaire.
- Activité 1.3. Accompagnement et supervision des personnes ressources et des médiateurs en santé mentale communautaire.
- Activité 1.4. Mise en place d'une offre de soins curatifs envers les personnes ressources et les médiateurs en santé communautaire qui en manifesteraient la demande.

Résultat attendu 2

Les groupes de population en situation de vulnérabilité psychologique et sociale, et notamment celles exposées aux violences liées au genre, recouvrent ou préservent leur santé mentale et accroissent leur « pouvoir d'agir », grâce à la mise en place de dispositifs curatifs et préventifs impliquant des personnes ressources et des médiateurs de santé mentale communautaire dans les quatre secteurs ciblés.

- Activité 2.1. Constitution et/ou soutien

des groupes de population en situation de vulnérabilité psychologique et sociale, en vue de renforcer leur « pouvoir d'agir » et, si nécessaire, leur assurer une prise en charge psychothérapeutique.

- Activité 2.2. Constitution de groupes de population vulnérable, en vue de prévenir les facteurs de risque à la souffrance psychosociale par la mise en place de dispositifs/activités de prévention primaire.
- Activité 2.3. Mise en place d'une coordination intersectorielle pour un travail en réseau sur chaque secteur d'intervention.
- Activité 2.4. Mise en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation de l'intervention en santé communautaire porté par la formation sanitaire du secteur concerné, et évaluation finale externe.

Résultat attendu 3

Les intervenants en santé mentale du pays se concertent, élaborent et/ou enrichissent des approches en santé mentale communautaire plus efficaces, davantage en harmonie avec le contexte rwandais, et les font connaître aux autorités et au grand public rwandais.

- Activité 3.1. Appui organisationnel au Collectif des Intervenants en Santé Mentale du Rwanda.
- Activité 3.2. Organisation de séminaires de présentation/dissémination des approches en santé mentale communautaire dans les établissements d'enseignement supérieur assurant la formation en santé mentale.
- Activité 3.3. Voyages d'étude dans les pays de la région.
- Activité 3.4. Actions de plaidoyer auprès du Gouvernement rwandais en faveur de la promotion de la santé mentale par l'approche communautaire.

Résultat attendu 4

La pérennité de l'action en santé mentale communautaire est assurée grâce à la mise en place ou au renforcement d'une structure locale pérenne, capable de mobiliser les ressources financières, matérielles et humaines nécessaires à la poursuite de la démarche.

- ─ Activité 4.1. Prospection et analyse des possibilités et choix d'une structure nationale susceptible de poursuivre les activités de santé mentale communautaire développées par le projet.
- ─ Activité 4.2. Appui à la structure nationale identifiée en vue d'une reprise de l'action du projet.

Indicateurs objectivement vérifiables en lien avec les objectifs généraux

- ─ En fin de 3^e année, 3 600 personnes en situation de vulnérabilité psychologique et sociale ont bénéficié des actions de prise en charge ou de prévention du projet.
- ─ En fin de 3^e année, 400 personnes ressources et 40 médiateurs en santé mentale communautaire animent les dispositifs mis en place, et poursuivent leur intervention au-delà de la durée du projet.
- ─ Les associations AVEGA, IBUKA et CAFOD, principaux intervenants de la société civile dans le secteur de la santé mentale au Rwanda, ont fait progresser leurs interventions en santé mentale pour les rendre davantage communautaire.
- ─ Un documentaire est diffusé par la télévision rwandaise, et les radios programment des émissions plus régulières sur les questions liées à la santé mentale.
- ─ Le département « santé communautaire » du ministère de la Santé intègre la santé mentale communautaire dans ses documents de politique et dans les pratiques des agents de santé communautaire.
- ─ Le ministère de la Famille et du Genre,

le ministère de l'Administration locale et des Affaires sociales, et le ministère de l'Éducation admettent l'importance d'inclure la question de la santé mentale dans leurs politiques et leurs actions.

Indicateurs objectivement vérifiables en lien avec l'objectif spécifique

- ─ En fin de 3^e année, 75% des personnes en situation de vulnérabilité psychologique et sociale des secteurs ciblés et touchés par le projet, déclarent être en meilleure santé mentale, et font le lien avec les activités proposées par le projet.
- ─ En fin de 3^e année, le ministère de la Santé reconnaît le bien-fondé des démarches en santé mentale communautaire, et celles-ci sont intégrées dans les politiques et pratiques du département « santé communautaire » du Ministère.
- ─ En fin de 3^e année, une structure locale assure la reprise des activités du projet.



B

Projet Santé Mentale Liban 2010

Financement ECHO

Ce projet démontre comment les modalités d'intervention « Améliorer la prévention et l'accès aux soins » et « Promouvoir l'empowerment et la participation sociale » peuvent se renforcer mutuellement pour faciliter les accès aux soins, tout en permettant à la communauté de se mobiliser autour des enfants en détresse psychologique, et de leurs familles, favorisant ainsi leur participation sociale.

Titre

Accès aux services de réadaptation en santé mentale pour les enfants en détresse psychologique vivant dans des camps et regroupements palestiniens, au Nord du Liban et à Tyr.

Objectif général

➤ Améliorer l'accès aux services de réadaptation en santé mentale pour les enfants en détresse psychologique vivant dans les camps et les regroupements palestiniens au Liban.

Objectif spécifique

➤ Permettre aux enfants en détresse psychologique vivant dans les camps et les regroupements de Palestiniens au nord du Liban et à Tyr, de profiter d'un service complet de réadaptation en santé mentale fourni par la société civile et les soignants.

Résultat attendu 1

Impliquer activement les soignants des enfants en détresse psychologique dans les thérapies.

- Activité 1.1. Identification des soignants des enfants en détresse psychologique par les travailleurs communautaires, coordonnée par les Centres d'Orientation et de Ressources (Resources and Orientation Centres - ROCs).
- Activité 1.2. Organisation de l'information et de formations par le Centre d'Aide à la Famille (Family Guidance Centre - FGC) et l'Association pour la Réadaptation à Base Communautaire (Community Based Rehabilitation Association - CBRA), à destination des soignants des enfants en détresse psychologique.
- Activité 1.3. Aide à la création et au bon déroulement des groupes de discussion entre parents par les travailleurs communautaires, avec le soutien des Centres d'Orientation et de Ressources.
- Activité 1.4. Mise en place par les Centres d'Orientation et de Ressources d'une campagne de sensibilisation communautaire sur le thème des enfants en détresse psychologique.

Résultat attendu 2

Les prestataires de services améliorent et développent la qualité des services de réadaptation pour les enfants en détresse psychologique.

- Activité 2.1. Soutenir l'accès à l'information technique pour les prestataires de services travaillant avec les partenaires.
- Activité 2.2. Fournir les soins en santé mentale pour les enfants en détresse psychologique, grâce à l'intervention des partenaires dans les centres et les services à domicile.
- Activité 2.3. Proposer aux partenaires des formations théoriques et pratiques.
- Activité 2.4. Sensibiliser les parties prenantes sur la situation et les défis des enfants en détresse psychologique vivant dans les camps et regroupements palestiniens.

Indicateurs objectivement vérifiables en lien avec l'objectif spécifique

300 enfants en détresse psychologique ont reçu des soins en santé mentale de qualité, ce qui représente 56 % des besoins dans la zone cible.

Indicateurs objectivement vérifiables en lien avec les résultats attendus

Résultat attendu 1

- ─ 350 soignants d'enfants en détresse psychologique non impliqués dans le processus de soins ont été identifiés par 30 acteurs communautaires.
- ─ 85 % des soignants participant aux groupes de discussion entre parents considèrent qu'il s'agit d'un soutien mutuel.
- ─ Le nombre moyen de visiteurs dans les Centres d'Orientation et de Ressources a augmenté de 60 % en trois mois, entre le début et la fin du projet.

Résultat attendu 2

- ─ 80 % des activités thérapeutiques en direction des enfants ont été mises en œuvre en appliquant 100 % des critères de qualité élaborés préalablement.
- ─ 40 acteurs liés au projet (organisations non gouvernementales internationales, organisations non gouvernementales, bailleurs) ont amélioré leurs connaissances sur la situation des enfants en détresse psychologique vivant dans les camps palestiniens.
- ─ 11 264 sessions de réadaptation ont été proposées par des professionnels de l'enfance des deux centres.



Perspectives pour la période 2011-2015

Pour la période 2011-2015, les perspectives du secteur Santé Mentale de Handicap International sont les suivants :

- Mutualiser les outils mis en œuvre par les projets de santé mentale, et créer une base de référence commune (CD-Rom).
- Développer un guide méthodologique pour la programmation en santé mentale.
- Développer des indicateurs de qualité afin d'assurer une meilleure cohérence et visibilité des actions de Handicap International en santé mentale (impact).
- Rapprocher les projets d'urgence (notamment les projets en lien avec le psychosocial), de post-crise et de développement (en transversalité avec les secteurs Insertion Sociale, Insertion Professionnelle et Éducation Inclusive) et mettre en œuvre, si besoin, une stratégie de continuité entre eux.
- Renforcer les liens avec les projets de réadaptation fonctionnelle, afin de mieux prendre en compte la détresse psychologique des personnes ayant des déficiences motrices, auditives et visuelles.
- Mieux définir et évaluer la détresse psychologique des personnes en situation de handicap lors de catastrophes naturelles et de conflits armés.
- Disposer d'une meilleure visibilité des sources de financement en santé mentale, afin de développer le nombre de projets de santé mentale.
- Renforcer l'expertise technique, au siège comme sur le terrain, par une augmentation des ressources techniques (siège, expatriées et locales).

**Modalités
d'intervention**

53

Fin des modalités d'intervention.



Rwanda, 2009

Annexes

HISTORIQUE DE LA SANTÉ MENTALE À HANDICAP INTERNATIONAL 56

Naissance	56
Historique des projets	57
Actuellement	59

BIBLIOGRAPHIE ET RESSOURCES 60

A. Bibliographie du document cadre 60

B. Bibliographie des publications Handicap International 61

Psychologie clinique et psychiatrie

Documents de capitalisation

Rapports d'étude

C. Outils 64

D. Sites internet de référence 65

Organisations de familles et d'utilisateurs

Recherche / Capitalisation / Approches

Principaux partenaires de Handicap International

Principaux réseaux communautaires

Autres organisations internationales, non gouvernementales et plateformes

Opportunités de financements

NOTES 68

Historique de la santé mentale à Handicap International⁴⁰

Naissance

La Direction de Handicap International a sollicité en 1991 le soutien de psychiatres et de psychologues Lyonnais, car de nombreux expatriés confrontés à l'étrangeté, à la violence, à la difficulté de soin rencontraient des difficultés dans l'exercice de leur travail. Ainsi, la souffrance exprimée par les expatriés de Handicap International en Roumanie, après la chute du régime de Ceausescu, a pu conjointement être entendue par l'oreille attentive d'une psychologue expatriée et celle d'un des directeurs de Handicap International. Ceci a permis de mettre en place un dispositif original de supervision mensuelle, rendu possible par un groupe de six psychiatres et psychologues en exercice. Il a offert à ces expatriés en grande difficulté (dans leurs contacts avec les enfants abandonnés, mais aussi avec le personnel des orphelinats - tout aussi abandonné par le régime roumain), la possibilité de parler à un tiers attentif aux effets de la situation : sentiments de vidange, d'invasion, d'être réduit à rien, d'émergence du non-sens. Ce travail d'élaboration continu sur deux ans a aidé les expatriés à exprimer leurs difficultés, et à découvrir les mouvements conflictuels inhérents à chacun dans un contexte de violence extérieure insoutenable en Roumanie.

Cette expérience en Roumanie posait clairement qu'un individu peut, dans une situation donnée, être en conflit avec le monde environnant, avec les autres, avec lui-même (dans ce cas, la situation d'expatriation dans un proche pays d'Europe renforçait des sentiments mélangés : de familiarité trompeuse, mais aussi d'« inquiétante étrangeté »). Ceci posait aussi la difficile question de la différence entre le normal et le pathologique, celle du poids du contexte politique, social, culturel,

ainsi que celle de l'histoire de la personne. L'essentiel était donc dit des fondements et des objectifs de ce groupe de « psychistes » :

- prendre appui sur la psychologie clinique, en particulier psycho-dynamique, pour construire dans la continuité des liens (intersubjectifs) individuels/groupaux où, à chaque instant de la rencontre, les protagonistes sont engagés dans une action qui se définit par la situation de leur rencontre, et par l'interaction qui se déroule entre eux ;

- ouvrir des espaces de parole soutenant les professionnels intervenant auprès des équipes qui travaillent en lien direct avec les personnes souffrantes ;

- permettre des emboîtements, avec différents niveaux d'élaboration psychique, de ce qui a pu être vécu in situ, et de ce qui va pouvoir être compris, transformé, créé.

Au départ simple appui à une meilleure compréhension des difficultés que pouvaient traverser les professionnels expatriés durant leur mission, ce groupe de professionnels assure ensuite pour Handicap International la mise en œuvre et la supervision de projets de santé mentale en direction des populations prises dans le conflit de l'ex-Yougoslavie, et constitue « le groupe ressources psychosociales ».

Celui-ci devient, en 1998, la Coordination Technique Psy (CT Psy). Animée à partir de 2001 par une psychologue clinicienne, la CT Psy a fait partie du domaine Soins, Santé, Réadaptation de Handicap International entre 2004 et 2009.

Historique des projets

1990 - 2003

En Roumanie, intervention directe dans les orphelinats roumains, puis évolution vers l'encadrement et le soutien à la formation des professionnels soignants des orphelinats et des centres maternels (accueil, écoute, soin, accompagnement) à travers des échanges interprofessionnels franco-roumains.

1992 - 1997

En ex-Yougoslavie, dès la phase d'urgence, soutien psychologique aux personnes réfugiées du conflit sur la côte croate, ainsi qu'auprès des enfants, adolescents et de leurs familles traumatisés par la guerre.

1993 - 1995

En Égypte, accompagnement du projet pour les personnes déficientes.

1994 - 1998

Dans le sud de la Tunisie, suivi et soutien à l'équipe mobile pour les enfants handicapés.

1995 - 2007

Au Rwanda, programme diversifié de soutien aux enfants non accompagnés et aux veuves victimes de la guerre et du génocide. Très vite, orientation vers des soins psychiques aux enfants des orphelinats et des Centres d'Enfants Non Accompagnés (CENA), organisée selon différentes modalités : ateliers créatifs, groupes thérapeutiques par le dessin, psychothérapies individuelles. Puis, dans le contexte de la politique de réunification menée par l'État rwandais « un enfant, une famille », accompagnement par l'équipe psycho-sociale des enfants et des familles dans cette démarche. Parallèlement, développement d'actions en direction des enfants handicapés mentaux et polyhandicapés qui, plus que tous les autres, souffraient de la situation d'abandon. Aide à la prise en considération de cette population et à l'accès à l'éducation.

Puis soutien psycho-social et soins psychiques des enfants dits « réunifiés », des orphelins, des enfants des rues, en partenariat avec plusieurs associations locales. Ensemble d'actions de sensibilisation à la santé mentale auprès des enseignants, en travaillant avec les éducateurs des centres d'enfants lors de groupes d'analyse de la pratique, et en créant avec ces partenaires des lieux de soins ambulatoires pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.

1995 - 1997

Au Mozambique, soutien psychologique aux enfants soldats, en lien avec l'association locale Associação Moçambicana de Saúde Pública (AMOSAPU).

1996 - 2007

En Sierra Leone, soutien psychologique aux personnes affectées par la guerre, accompagnement des professionnels des centres d'accueil des enfants et adolescents ex-combattants et des centres pour enfants orphelins, accompagnement des équipes de réadaptation, formation des travailleurs sociaux en partenariat avec l'Institut de Travailleurs Sociaux de Freetown. Travail auprès des enfants des rues à Freetown.

1996 - 1998

En France, soutien aux accompagnants de vie scolaire VSN (Volontaires du Service National) pour les enfants et adolescents handicapés (du handicap moteur à l'autisme, en passant par d'autres pathologies). Groupe d'analyse de la pratique à propos du suivi des enfants et adolescents pour lesquels les accompagnants avaient beaucoup de questionnements, notamment la place à prendre vis-à-vis des parents, la question de l'attachement et de la séparation...

1997 - 2003

En Russie, partenariat avec différentes associations s'occupant d'enfants handicapés mentaux et présentant des troubles psychiatriques, afin de favoriser une prise en charge globale incluant la dimension psychique des adolescents et jeunes adultes handicapés mentaux.

1997 - 2005

Au Burkina Faso, développement d'une structure de soin médico-psychologique de proximité au profit d'enfants, adolescents et adultes. Développement et soutien de structures accueillant des enfants abandonnés et d'un centre d'hébergement mère-enfant.

1999 - 2003

En Albanie, soutien psychologique au printemps 1999 auprès des populations réfugiées du Kosovo. De 2000 à 2003, contribution au développement de la psychologie clinique en Albanie, en partenariat avec l'association de psychologues cliniciens albanais «Retour en Soi», intervenant auprès de nourrissons et prématurés hospitalisés dans les services de maternité.

1999 - 2009

En Algérie, appui au partage d'expériences entre acteurs (de santé, santé mentale, etc.) œuvrant auprès d'enfants autistes, d'enfants porteurs de maladies graves et/ou létales handicapantes, d'enfants déficients mentaux, d'enfants abandonnés à la naissance du fait de leur handicap, ou devenus handicapés du fait de leur abandon. Appui aux professionnels de la réadaptation. Appui aux parents des associations de familles de personnes myopathes.

2002 - 2004

En Casamance, soutien psychologique (direct et indirect) aux personnes victimes de mines antipersonnel. Mise en place d'un cadre d'écoute et de soutien psychologique, formation et accompagnement des professionnels des centres de soins.

2002

En Palestine, partenariat avec l'association locale Guidance and Training Center for the child and family (GTC), afin d'aider psychologiquement les enfants et familles victimes des conflits dans les Territoires Occupés.

Depuis 2003

Au Liban, mise en place d'un projet de soutien psychosocial adressé aux enfants et aux familles palestiniens, réfugiés dans les camps du Liban, à travers un système de guidance et d'orientation pour les enfants présentant des souffrances psychologiques, ainsi qu'à travers un appui de différents professionnels en contact avec les enfants et les familles. Depuis la guerre de juillet 2006, de nombreuses formations ont été adressées aux enseignants pour le dépistage précoce des troubles psychiques, ainsi que dans la mise en place d'activités à médiation thérapeutique.

Actuellement

En 2009, la CT Psy a été remplacée par le secteur Santé Mentale, conformément au schéma directeur de la Direction des Ressources Techniques.

Aujourd'hui, les projets de santé mentale de Handicap International s'intéressent, de manière générale, à toute vulnérabilité et aux facteurs de risque entraînant ou pouvant entraîner une détresse psychologique et/ou des troubles mentaux diminuant les capacités de défense et d'adaptation de la personne aux exigences sociales, culturelles et politiques qui l'environnent. L'approche adoptée demeure la même, à savoir essentiellement, une approche communautaire qui vise le renforcement des compétences locales (associations locales de patients, systèmes de santé, systèmes et réseaux sociaux) afin de garantir une action exhaustive (de la prévention aux soins et à l'insertion socio-économique). Handicap International tente également d'extraire ses méthodes d'une base factuelle, à partir d'études socio-anthropologiques, et privilégie une action pluridisciplinaire. La pérennité est une préoccupation constante, visant à favoriser l'accès aux services par les plus démunis, et à garantir la continuité des actions en renforçant les systèmes de santé aux niveaux régional et national. Aujourd'hui, Handicap International développe des projets concernant la santé mentale notamment au Rwanda, au Burundi, en Algérie, au Kenya, au Bangladesh, au Liban et à Madagascar.



A

Bibliographie du document cadre

- **Global Mental Health**, in *The Lancet*, September 2007.
<http://www.thelancet.com/series/global-mental-health>
- **La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie**, Boisson M., Godot C., Sauneron S., Paris, Centre d'analyse stratégique, 2009.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>
- **La santé mentale à l'intersection des caractéristiques des individus, des collectivités et des institutions**, Boisson M., Godot C., Sauneron S., in *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris, Centre d'analyse stratégique, 2009, p. 26-32.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>
- **Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale**, Dejours C., Paris, Seuil, 1998.
- **Growth and Crisis of the healthy personality**, Erikson E., in *Childhood and Society*. New York, WW Norton, 1950.
- **Classification québécoise: Processus de production du handicap**, Fougeyrollas P., Cloutier R., Bergeron H., Cote J., St-Michel G., Lac St-Charles: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH), 1998.
- **Le modèle du Processus de production du handicap et son potentiel pour mieux comprendre et intervenir sur les déterminants de la participation sociale et de l'exercice de la citoyenneté en santé mentale**, Fougeyrollas P., St-Onge M., http://www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/03_xive-atelier-sum.pdf
- **La Fatigue d'être soi**, Ehrenberg E., Paris, Odile Jacob, 2000.
- **Épidémiologie et santé mentale**, Kovess- Masfety V., Paris, Flammarion, 1996.
- **Factures/fractures. De la notion de réseau à celle d'attachement**, Latour B., in *Ce qui nous relie*. La Tour d'Aigues, éd. de l'Aube, 2000, p. 189-208.
<http://www.bruno-latour.fr/articles/article/76-FAKTURA-FR.pdf>
- **Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite**, Linehan M. M., Genève, éd. Médecine & Hygiène, 2000.
- **Models of emotional intelligence**, Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R., in *Handbook of Human Intelligence*. New York: Cambridge, 2000, p. 396-420
- **La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre**, Ministère de la santé canadien., 1998.
- **Comparative psychiatry: the international and intercultural distribution of mental illness**, Murphy H. B., Berlin/New York, Springer-Verlag, 1982.
- **La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs**, Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde 2001, Genève, OMS, 2001.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf

B

Bibliographie des publications Handicap International

Psychologie clinique et psychiatrie

ALGÉRIE

- **Une démarche pour améliorer la situation des enfants handicapés**, Mukagatare Speciosa, in *Sud-Nord* n°17, 2002, p. 97-104.
<http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/DemarcheAmeliorerSituationEnfHandicapes.pdf>

BURKINA FASO

- **Le Centre de santé mentale d'Handicap International à Ouagadougou (Burkina Faso)**, Maqueda Francis, in *L'Autre*, Vol. 5, n° 3, 2004, p. 445-446.
- **Précarité et souffrance psychique au Burkina Faso**, Yameogo Désiré Marie Patrice, in *Sud-Nord* n°17, 2002, p. 141-148.
<http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/PrecariteSouffrancePsyBF.pdf>

ÉGYPTE

- **Je viens jouer chez toi: expérience d'une approche communautaire de prise en charge de la personne handicapée mentale dans trois quartiers défavorisés du Caire**, Richardier Eve, Handicap International, 1995, 26 min.

EX-YOUGOSLAVIE

- **Aide psychologique et purification ethnique: camps de réfugiés en ex-Yougoslavie**, Maqueda Francis, 1993-1996, in *Le Journal des psychologues* n° 204, 2003, p. 41-44.
- **Situations extrêmes et demandeurs d'asile: Retour en Ex-Yougoslavie**, Maqueda Francis, in *Le Journal des psychologues* n° 231, 2005, p. 62-66.

- **Non à l'exclusion, oui aux soins**, Organisation mondiale de la santé. Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'Homme et la législation: Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/ouvragerereferencesmdhleg_13_10.pdf

- **The strenghts model: Case management with people with psychiatric disabilities**, Rapp C. A., Goscha R. J., New York, Oxford University Press, 2006.

- **Souffrances sociales: Philosophie, psychologie et politique**, Renault E., Paris, éd. La Découverte, 2008.

- **Personality disorder and community mental health teams. A practitioner's guide**, Sampson M. J., Mccubbin R. A., Tyrer P., West Sussex, John Wiley & Sons, 2006.

- **La santé mentale**, Silvadon P., Duron J., Toulouse, éd. Privat, 1979.

- **Une souffrance qu'on ne peut plus cacher: rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »**, Strohl H., Lazarus A., Paris: La documentation Française, 1995.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/954050300/0000.pdf>

- **Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys**, Who World Mental Health Survey Consortium (The), in *JAMA*, June 2nd 2004, n° 291, p. 2581-2590
<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/21/2581>

Bibliographie et ressources

FRANCE

- **Du bilan neuropsychologique aux démarches pédagogiques: 4^{es} journées d'étude et de formation, Programmes et abstracts, 17 et 18 mars 2005**, Lyon, Handicap International, 2005, 55 pages.

KENYA

- **Small activities that save lives: a video on HIV/AIDS Project activities in schools, Kitale, Trans Nzoia District**, Media Services Production, Kitale, Handicap International, 2004, 25 min.

INDONÉSIE / INDONESIA

- **Intellectual disability/Kecacatan intelektual**, in *Health Messenger* n° 6, 2007, p. 28-29.

LIBAN

- **Needs assessment of palestinian refugee children in Chatila camp: pilot study**, Hayek Maryse, Family Guidance Center (Dir.), Handicap International (Dir.). Amman, Handicap International, Middle East Regional Office, 2004, 34 pages.

ROUMANIE

- **Journées de formation sur la protection de l'enfance et de la famille**, Lyon, Handicap International, 2002, 99 pages.
- **Supervision, analyse et construction de pratiques. Limites des activités soignantes psychiques dans des contextes humanitaires ?** in *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*, Maqueda Francis, Murbach Dominique, Paris, Dunod, 2003, p. 123-146.

RWANDA

- **Dessins et destins d'enfants: jour après nuit**, Baque Serge, Revigny-sur-Ornain, Hommes et Perspectives, 1999, 204 pages.

- **Enfants non accompagnés au Rwanda**, Lanaspren Céline, Nziguheba Augustin, in *Sud-Nord* n°17, 2002, p. 107-114
<http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/EnfantsNonAccompagnesRwanda.pdf>
- **La vie devant eux**, Webcastor, Lyon, Handicap International, 2004, 22 min.

SIERRA LEONE

- **Comment vivre avec cette mort partout ?** Devaux Alain, in *Sud-Nord* n° 17, 2002, p. 117-12.
<http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/CommentVivreAvecMortPartout.pdf>
- **The Psychological impact of the civil war in Sierra Leone**, Em Gbegba Victor, Koroma Hassan, Document réalisé dans le cadre d'une intervention au Congrès International de la santé mentale face aux mutations sociales, Lyon, Octobre 2004.
- **Enfants de la guerre en Sierra Leone**, Gomez Paula, in *Sud-Nord* n° 17, 2002, p. 123-130
<http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/EnfantsGuerreSL.pdf>
- **How di body ?**, Heeren Nicolas, in *Medicus Mundi Schweiz Bulletin* n° 98, 2005, p. 26-32.
- **Sierra Leone and civil war: neglected trauma and forgotten children**, Heeren Nicolas. in *Revue Humanitaire* n° XX, 2004, 7 pages.
<http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/SierraLeoneNHHumanitaire.pdf>
- **Enfants ex-soldats en Sierra Leone**, Hyde Blanche in *Sud-Nord* n°17, 2002, p. 132-140.
<http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/EnfantsExSoldatsSL.pdf>



➤ **Organiser un programme de soins en situation de violences chroniques : l'exemple de la Sierra Leone**, Rouby Philippe, in *Soigner malgré tout*. Tome 1, Trauma, cultures et soins. Grenoble, La Pensée Sauvage, 2003, p. 193-198.

Documents de capitalisation

PROGRAMME ALGÉRIE

- **Prise en charge de la douleur en pédiatrie**, *Guide pratique*, années 2000.
- **Les groupes de parole : objectifs et fonctionnement**, 2008.
- **Le groupe de parole de mamans d'enfants handicapés moteurs en situation de dépendance en Algérie**, 2009.
- **Les groupes de parole de soignants de type Balint en Algérie**, 2009.
- **Une expérience de trois années de pratique et d'accompagnement psychologique à domicile des familles et des personnes atteintes de maladies neuromusculaires**, 2010.

PROGRAMME BANGLADESH

- **Intellectual Disability and Mental Illness**, 2009.

PROGRAMME FRANCE

- **Guide pratique pour l'animation des groupes de parole**, 2007.
- **AVAS : Service d'accompagnement à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées**, 2007.

PROGRAMME LIBAN

- **Pilot project on mental health among Palestinian refugee children and adolescents in Lebanon, Findings and recommendations after one year of work**, 2004.
- **Towards psychological well-being of Palestinian Youth in Lebanon**, 2006.
- **L'apprenant, l'école, et leurs difficultés : guide pratique à l'usage des éducateurs**, 2008.

PROGRAMME MADAGASCAR

- **Les groupes de parole en prison. Le guide de l'animateur**, Lecomte Audrey 2009.

PROGRAMME MAROC

- **Les groupes de parole**, Duret Eric, Cahier thématique n°3, 2006.

PROGRAMME RWANDA

- **Accompagner des traumatismes individuels par le retissage des liens sociaux et communautaires : un exemple d'approche en santé mentale communautaire après le génocide des Tutsi au Rwanda**, Phan Xuan. Kigali : Handicap International Rwanda, 2009. <http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/CapiRwanda.pdf>

PROGRAMME SHARE-SEE

- **Call me by my name : Regards sur l'évolution de la situation et lutte des personnes handicapées en Europe du Sud-Est**, 2004.

PROGRAMME TUNISIE

- **Guide à la pratique du psychologue dans les centres spécialisés dans la rééducation et la réadaptation des personnes handicapées**, 2006.

Rapports d'étude

- ─ **Needs Assessment of Palestinian Refugee Children in Chatila Camp, Pilot study**, Handicap International / Program Libanon, 2004.
- ─ **Qualité des soins et relation d'aide au Togo. L'exemple de la prise en charge de l'ulcère de Buruli à l'hôpital de Tsévié**, Martinez C. Handicap International, Programme Togo, 2009.
- ─ **La prise en compte du traumatisme psychologique des populations des États en sortie de conflit dans les interventions de l'AFD**, Milleliri J., Mémoire de recherche pour le master 2 Coopération Internationale, Action Humanitaire et Politiques de Développement, Université Paris I Panthéon Sorbonne, 2010.
- ─ **Mental Health Survey in Dadaab refugee camps**, Massimiliano R., Handicap International, 2010.
- ─ **Conditions de vie carcérale et détresse psychologique des personnes détenues. États des lieux dans les prisons de Vatomandry et d'Antanimora à Madagascar**, Lecomte A., Pegon G., Vautier A., 2010.

C

Outils

- ─ **Intégrer les interventions psychosociales et la santé mentale dans les opérations de prêt de la Banque mondiale pour les populations touchées par les conflits: Un ensemble d'outils**, Baingana F., Bannon I. Washington: Banque mondiale, 2004. <http://siteresources.worldbank.org/INTCPR/1090480-1115793840738/20486162/ConflictsandMHToolkit-French-final.pdf>
- ─ **Guide des bonnes pratiques: Traumatisme et rôle de la santé mentale dans la reconstruction post-conflit**, Congrès international des ministres de la santé. 2004.
- ─ **International Training Programme on Development-orientated Psychosocial Care for communities affected by the Tsunami and other disasters**, Fisher S., Warwickshire: Basic Needs, 2008. http://www.basicneeds.org/download/BasicNeeds%20International%20Training%20Publication_WEB.pdf
- ─ **Harvard Program In Refugee Trauma. Harvard Trauma Questionnaire**. Six versions selon les contextes culturels.
- ─ **Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence**, Inter-Agency Standing Committee (IASC). Genève, IASC, 2007. http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_french.pdf

D

Sites internet de référence

— **Programme d'action Comblir les lacunes en santé mentale (mhGAP): élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives**, Organisation mondiale de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008, 48 pages.
http://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf

— **La santé mentale dans les situations d'urgence: Aspects mentaux et sociaux de la Santé des Populations exposées à des Facteurs de Stress extrême**, Organisation mondiale de la Santé. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2003
http://www.who.int/mental_health/media/en/706.pdf

Liens valides au 19 juillet 2011.

Organisations de familles et d'utilisateurs de la santé mentale

Alcohol Anonymous:
<http://www.aa.org>

European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness:
<http://www.eufami.org>

International Rehabilitation Council for Torture Victims:
<http://www.irct.org>

World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders:
<http://www.world-schizophrenia.org>
and <http://www.wfmh.org/00CtrCarerConsumer.htm>

World Network of Users and Survivors of Psychiatry:
<http://www.wnusp.net>

Recherche/Capitalisation/Approches

Association Internationale d'Ethnopsychanalyse:
<http://www.clinique-transculturelle.org>

Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale:
<http://www.aqrp-sm.org>

Department for International Development (DfID):
<http://www.dfid.gov.uk>

Ethnopsychiatrie:
<http://www.ethnopsychiatrie.net>

Fogarty International Center:
<http://www.fic.nih.gov>

Forced Migration Online:
<http://www.forcedmigration.org/psychosocial>

Groupe Urgence Réhabilitation
Développement:
<http://urd.org>

Harvard Program in Refugee Trauma:
<http://hprt-cambridge.org>

Lancet (The) - Global mental health:
<http://www.thelancet.com/series/global-mental-health>

Médecins Sans Frontières - capitalisation:
<http://fieldresearch.msf.org/msf>

Méthodologie du Je au Nous:
<http://www.dujeaunous.com>

National Institute of Mental Health:
<http://www.nimh.nih.gov>

Peace Building Initiative:
<http://www.peacebuildinginitiative.org>

Réseau documentaire en santé mentale:
<http://www.ascodocpsy.org>

Réseau international sur le Processus de
production du handicap :
<http://www.ripph.qc.ca>

Sexual Violence Research Initiative:
<http://www.svri.org/index.htm>

Université de Genève - Recherche :
<http://www.unige.ch/collaborateurs/recherche/profil.html>

Wellcome Trust:
<http://www.wellcome.ac.uk>

Principaux partenaires de Handicap International

Association française de psychologie
communautaire:
<http://www.psychologie-communautaire.fr>

Cittadinanza:
<http://en.cittadinanza.org>

Psychologues pour les peuples dans le
monde (convention technique de partenariat
signée en 2009):
<http://www.psisopoli-trentino.org/index.html>

Principaux réseaux communautaires en santé mentale

Global Forum for Community Mental Health:
<http://www.gfcmh.com>

Global Journal of Community
Psychology Practice:
<http://www.gjcpp.org/en>

Mental Health and Psycho Social Support
Network: <http://mhpps.net>

Mental Health Community:
<http://www.mhcommunity.net>

Mental Health Social network:
<http://www.mentalhealthsocial.com>

Movement for Global Mental Health:
<http://www.globalmentalhealth.org>

Society for Emotional Well-being Worldwide:
<http://www.seww.org>

Autres organisations internationales, organisations non gouvernementales et plateformes impliquées dans la santé mentale

Action Contre la Faim:
<http://www.actioncontrelafaim.org>

Basic Needs:

<http://www.basicneeds.org>

Christian Blind Mission (CBM):

<http://www.cbm.org>

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes:

<http://www.un.org/french/millenaire/law/7.htm>

Inter-Agency Standing Committee:

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc>

International Crisis Group:

<http://www.crisisgroup.org>

Médecins du Monde (MDM):

<http://www.medecinsdumonde.org>

Médecins sans Frontières (MSF):

<http://www.msf.fr>

Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité:

<http://orspere.fr>

Organisation mondiale de la Santé - Déterminants de la santé:

http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html

Save The Children:

<http://www.savethechildren.org>

TPO (transcultural psychosocial organisation):

<http://www.healthnetinternational.org/nl>

World Federation for Mental Health:

<http://www.wfmh.org/index.html>

Opportunités de financements

Agence Française de Développement (AFD):

<http://www.afd.fr>

Banque mondiale:

<http://www.banquemondiale.org>

Big Lottery Fund:

<http://www.biglotteryfund.org.uk>

Délégation Catholique pour la Coopération (DCC):

<http://www.ladcc.org>

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ):

<http://www.gtz.de/en>

ECHO - Service d'Aide Humanitaire de la Commission européenne:

http://ec.europa.eu/echo/index_fr.htm

Fondation Accentus:

<http://www.accentus.ch/english/index.htm>

Institute for Foreign Cultural Relation:

<http://www.deutsche-kultur-international.de/en.html>

OAK Foundation:

<http://www.oakfnd.org>

Union européenne:

http://europa.eu/index_fr.htm

United States Agency for International Development:

<http://www.usaid.gov>

Notes

↳ 1. La maladie mentale est cause de stigmatisation et de discrimination. Dans les sociétés traditionnelles, les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale sont souvent rejetées par la communauté et peinent à retrouver une pleine réinsertion socioprofessionnelle, même lorsqu'elles sont guéries.

↳ 2. Cette « invisibilité » renvoie moins à la moindre perception de la souffrance psychique (par rapport à la déficience mentale par exemple), qu'à la non-prise en compte des spécificités des conséquences des souffrances psychiques par la collectivité sociale. D'autant plus que cette non-perceptibilité est toute relative, dans la mesure où les effets de la maladie mentale et du traitement sur l'aspect physique de la personne sont le plus souvent à la fois visibles et inquiétants.

↳ 3. L'adressage va plus loin que la simple orientation dans le cadre d'un référencement. Il s'agit d'un accompagnement personnalisé qui prend en compte les besoins et ressources de la personne au regard de la singularité de sa problématique psychique.

↳ 4. Sources :

- Benedetto SARACENO, World Health Organization, Director of the Mental Health and Substance Abuse Department, *Strengthening mental health systems in low and middle income countries*, International meeting, Rimini, 21-24 April 2009.

- Organisation mondiale de la Santé, Directeur du département Santé Mentale et Toxicomanies, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*.

- *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2001, 172 pages.

↳ 5. The WHO World Mental Health Survey Consortium. *Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization, World Mental Health Surveys*, in JAMA, June 2nd 2004, n° 291, p. 2581-2590
<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/21/2581>

↳ 6. Cette partie est inspirée du document suivant : Boisson M., Godot C., Sauneron S. *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris : Centre d'analyse stratégique, 2009, p. 20-24. Les guillemets indiquent, en l'absence de précisions supplémentaires, les emprunts à ce rapport.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

↳ 7. Parmi la souffrance psychosociale, la « clinique psychosociale » considère toutes les situations qui engendrent l'exclusion et la précarité sociale : pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux et/ou sociaux, perte du travail, perte de tout ce qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, qui permet d'être en relation. La « clinique psychosociale » est à la croisée de la psychiatrie et du social. Elle se définit comme la prise en compte de la souffrance psychique lorsqu'elle apparaît sur les lieux du social, à l'occasion et autour de la perte des « objets sociaux » (travail, argent, logement pour l'essentiel). À ce niveau, la différence entre pathologie franchement psychiatrique et souffrance psychique n'est plus pertinente : on se trouve dans une filière sociale qui fait identité. Les formes cliniques d'expression de la souffrance s'étaient sur la perte des objets sociaux et sur les formes d'aide et d'assistance qui y répondent. Cf. Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion : <http://orspere.fr>

↳ 8. Cf. SF-36, A community for measuring health outcomes using SF tools.
<http://www.sf-36.org>

↳ 9. Le DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual, révision 4*) est un outil de classification des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie. Il représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'années aux États-Unis pour définir de plus en plus précisément ces troubles.

↳ 10. La CIM 10 (Classification internationale des maladies, révision 10) est publiée par l'OMS pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant les êtres humains à travers le monde. Depuis 1893 (date de sa première version), la CIM permet le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé.

↳ 11. Paul Silvadon avec Jeanne Duron, *La Santé mentale*, éd. Privat, 1979.

↳ 12. Source: Boisson M., Godot C., Sauneron S., *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris: Centre d'analyse stratégique, 2009, p. 21-22.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

↳ 13. « La double inscription, sociale et psychologique, de la souffrance nourrit la controverse sur la « psychologisation de la société » ou la « médicalisation du social ». Elle est largement aporétique, cette intrication étant caractéristique, de « l'esprit général » de nos sociétés, où les « notions de projet, de motivation, de communication sont aujourd'hui des normes » qui structurent le vivre ensemble. Le langage de la « vulnérabilité individuelle de masse » permet de nommer les nouvelles

tensions au sein de trajectoires de vie marquées à la fois par la responsabilité et par l'insécurité personnelle (cf. Ehrenberg E., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000). »

↳ 14. Cf. les travaux séminaux d'Hélène Strohl et Antoine Lazarus, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Délégation interministérielle à la ville, 1995, sur la précarité et de Christophe Dejours, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998, plus axé sur le travail.

↳ 15. Ce qui ne va pas sans contradictions. Les aspirations des individus, en lien avec l'environnement, les poussent à des exigences plus ou moins élevées : plus elles le sont, plus les opportunités de satisfaction, mais aussi d'insatisfaction et de risques pour la santé mentale augmentent, cf. Henry B. Murphy, *Comparative psychiatry: the international and intercultural distribution of mental illness*, Berlin New-York, Springer-Verlag, 1982.

↳ 16. John D. Mayer, Peter Salovey, David R. Caruso, « Models of emotional intelligence » in Robert J. Sternberg (éd.). *Handbook of Human Intelligence* (Second edition), New York: Cambridge, pp. 396-420, 2000.

↳ 17. Des notions sont plus transversales, comme la « maturité » psychologique, entendue comme une maîtrise acquise à plusieurs niveaux : sentiment de cohérence de l'identité, intimité (capacité à se lier sans craindre de se perdre), générativité (capacité à s'intéresser à autrui au-delà de son entourage habituel), intégrité (capacité à considérer sa vie avec satisfaction), etc., Erik Erikson, « Growth and Crisis of the 'healthy personality' », *Childhood and Society*, New-York, WW Norton, 1950.

↳ 18. Dans sa définition des résultats de la « cure », Freud admettait comme normes de bien-être psychologique « la capacité d'aimer et de travailler », très proches de l'idée de « fonctionnement ». La tradition psychanalytique pense également la santé mentale en lien avec l'expression d'une énergie interne qui, lorsqu'elle n'est pas refoulée, permet à la personne humaine de réaliser ses aspirations intellectuelles, sexuelles et émotionnelles, et réfère à la « réalisation personnelle ». Les mécanismes de défense, la force du Moi et la dynamique intrapsychique sont aussi des notions cohérentes avec la santé positive comme capacité d'adaptation et de faire face. Dans les définitions de la santé mentale de type Nord-Américain, la notion de capacité d'adaptation est toutefois plus normative et l'évitement de la souffrance désirable, quand la démarche psychanalytique reconnaît un rôle à la souffrance dans le travail psychique.

↳ 19. *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, 1988.

↳ 20. Cette partie est inspirée du document suivant : Boisson M., Godot C., Sauneron S. *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris : Centre d'analyse stratégique, 2009, p. 24-26.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

↳ 21. Le fonctionnement social est la capacité de la personne (d'un groupe ou d'une collectivité) à jouer son rôle au sein de la société. Il réfère à l'accomplissement de divers rôles sociaux, à la gamme de comportements observés (gestes, paroles, attitudes), aux processus mentaux, à la capacité d'un individu d'organiser sa vie quotidienne, ou inversement à

[ses incapacités] en la matière. Sa mise en évidence permet surtout une meilleure compréhension des démarches de réadaptation ou réhabilitation psychosociale, centrée sur le rétablissement de l'autonomie (par le soutien des habilités et des relations avec le milieu). L'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF), citée au DSM-IV, évalue le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum allant de la santé mentale à la maladie. Sur une échelle de 100, sont déclinés les états allant d'« un niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités (score entre 100 et 91) - « n'est jamais débordé par les problèmes rencontrés », « est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités » -, à des symptômes importants ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (score entre 50 et 41) - « absence de relations sociales », « incapacité à garder un emploi » -, jusqu'à un danger d'auto ou d'hétéro-agression ou une incapacité à maintenir une hygiène corporelle (score entre 10 et 1).

↳ 22. Source : Fougeyrollas P., St-Onge M., *Le modèle du Processus de production du handicap et son potentiel pour mieux comprendre et intervenir sur les déterminants de la participation sociale et de l'exercice de la citoyenneté en santé mentale*.
http://www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/03_xive-atelier-sum.pdf

↳ 23. « Le champ d'action de Handicap International : Populations bénéficiaires, contextes d'intervention, secteurs d'activité », in *La lettre de la Direction*, n°33, décembre 2009, p. 8-10 (publication interne).

- ↳ 24. Les projets ayant un objectif d'amélioration de la santé mentale positive des individus ne concernent pas la santé mentale en tant que thématique principale. Dans ce cas, la santé mentale est en effet davantage un objectif secondaire, voire à impact indirect, issu d'activités mises en œuvre dans le cadre de projets portant sur d'autres thématiques (sports, maladies invalidantes, orthopédie, insertion sociale et économique, etc.).
- ↳ 25. « Le champ d'action de Handicap International: Populations bénéficiaires, contextes d'intervention, secteurs d'activité », in *La lettre de la Direction*, n°33, décembre 2009, p. 9 (publication interne).
- ↳ 26. Source: Claire Pirotte. *Crises et souffrances psychiques: les programmes psychosociaux apportent des réponses*, groupe URD, mars 2010 <http://urd.org/spip.php?article465&artpage=4-6>
- ↳ 27. Cf. Renault E. *Souffrances sociales: Philosophie, psychologie et politique*. Paris: éd. La Découverte, 2008, p. 335.
- ↳ 28. Cf. Boisson M., Godot C., Sauneron S. « La santé mentale à l'intersection des caractéristiques des individus, des collectivités et des institutions », in *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris: Centre d'analyse stratégique, 2009, p. 26 - 32 <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>
- ↳ 29. Cf. Déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la Santé http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html
- ↳ 30. Cf. également: Organisation mondiale de la Santé. Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'Homme et la législation: Non à l'exclusion, oui aux soins. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- ↳ 31. Source (avec autorisation des auteures): Santé mentale et droits humains - *Un compendium pédagogique - L'approche de genre, un défi pour la santé publique et les droits humains*, entretien avec Jane Cottingham, responsable technique Santé et Recherche génésiques, et Claudia Garcia Moreno, coordinatrice Genre et santé des femmes, Organisation mondiale de la Santé.
- ↳ 32. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, <http://www.un.org/french/millenaire/law/7.htm>
- ↳ 33. Certains problèmes de santé mentale comportent des caractéristiques et des taux de prévalence distincts liés au sexe et au genre. Par exemple, la prévalence de la dépression, des troubles anxieux, des troubles de l'alimentation et des tentatives de suicide est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.
- ↳ 34. Par exemple, les femmes et les hommes ne recherchent pas les mêmes types de soins. Cf. <http://www.cwhn.ca/fr/node/41860>
- ↳ 35. Cf. le document de capitalisation AVAS: *Service d'accompagnement à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées*, Handicap International, Programme France, 2007

Notes

↪ 36. Cf. le document *Handicap et Violences liées au genre*, Handicap International, 2010, disponible à la demande auprès de Guillaume Pégon (gpegon@handicap-international.org), Point focal Violences liées au genre.

↪ 37. Cf. le document *Positionnement genre*, Handicap International, 2007.

↪ 38. Cf. également *Le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé mentale*, in Boisson M., Godot C., Sauneron S. *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris: Centre d'analyse stratégique, 2009, p. 30.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

↪ 39. Pour en savoir plus, se reporter au document: *Les groupes de parole de soignants de type Balint en Algérie*, Programme Algérie, 2009.

↪ 40. Cet historique a été en partie écrit par Isabelle-Anne Rouby, ancienne coordinatrice de la Coordination Technique Psy.

Fin des annexes.

Crédits photographiques

© G. Pégon, pour Handicap International.

Éditeur

Handicap International
14, Avenue Berthelot
69361 LYON Cedex 07

Imprimeur

Imprimerie Chirat
744, rue de Sainte-Colombe
42540 SAINT-JUST-LA-PENDUE

Achévé d'imprimer en Mai 2011.

Dépôt légal : Mai 2011.



Santé mentale en contextes de post-crise et de développement

Ce document cadre décline le mandat et les valeurs de Handicap International en termes opérationnels appliqués à la Santé Mentale en contextes de post-crise et de développement. C'est un texte pour l'action qui présente les éléments de référence pour les interventions, les choix et partis pris de Handicap International. Il permet d'assurer la cohérence entre les pratiques tout en respectant les contextes rencontrés. Il s'agit donc d'un document de guidance pour les équipes sur ce secteur d'intervention. Il définit la thématique, explique son lien avec le mandat de l'organisation, les populations cibles, les modalités d'intervention (résultats attendus types, activités types), les indicateurs de suivi et d'évaluation. Ce document cadre vise à assurer une cohérence pour l'ensemble des projets et des activités sur les programmes.

HANDICAP INTERNATIONAL
14, avenue Berthelot
69361 LYON Cedex 07

T. +33 (0) 4 78 69 79 79
F. +33 (0) 4 78 69 79 94
contact@handicap-international.org

