

IASC Reference Group
on Mental Health
and Psychosocial Support
in Emergency Settings

Santé mentale et soutien psychosocial dans les flambées de maladie à virus ebola

Guide pour les planificateurs des
programmes de santé publique



Remerciements

Ce document a été passé en revue lors de la Consultation technique sur la santé mentale et le soutien psychosocial des sujets atteints de la maladie à virus Ebola, organisée par l'OMS Liberia au Liberia les 10 et 11 juin 2015. Cette Consultation a réuni des experts de Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone, dont 76 participants des ministères de la Santé et des Affaires sociales, des ONG nationales et internationales, des agences des Nations Unies, de l'OIM, du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des organismes donateurs.

Ce document a été élaboré par le personnel et les conseillers de l'OMS pour le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.

Sources photos de la page de couverture : © OMS/Christopher Black (en haut à gauche), OMS/Winnie Romeril (au centre à gauche), OMS/Stéphane Saporito (en bas à gauche), OMS/Stéphane Saporito (droite)

Citation proposée

Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2015). *Santé mentale et soutien psychosocial dans les flambées de maladie à virus Ebola : guide pour les planificateurs des programmes de santé publique*. Genève.

Santé mentale et soutien psychosocial dans les flambées de maladie à virus ebola

guide pour les planificateurs
des programmes de santé publique

IASC Reference Group
on Mental Health
and Psychosocial Support
in Emergency Settings

2015

Table des matières

Contexte	5
Principes généraux	8
Les différentes phases de l'urgence	8
Préparation préalable à l'urgence	8
Évaluation	10
Collaboration et coordination	11
Intégration à tous les niveaux des soins de santé	12
Reconnaissance et utilisation des réseaux d'aide sociale et des ressources communautaires	12
Formation et encadrement	13
Une perspective à long terme	13
Stigmatisation et discrimination	14
Indicateurs de suivi	14
Phase d'urgence aiguë	15
Communication	15
Intervention et mobilisation des communautés	17
Décès et traitement des dépouilles	19
Retour à la normale	20
Protection de l'enfance	20
Premiers secours psychologiques	21
Interventions de santé mentale	23
Phase post-urgence	24
Interventions communautaires dans la phase post-urgence	24
Interventions de soins de santé mentale dans la phase post-urgence	25
Conclusion	27
Références	28
Encadré 1. Les éventuelles peurs suscitées par une épidémie de MVE	7
Encadré 2. Les besoins des personnes ayant survécu à la MVE	18
Encadré 3. Santé mentale et soutien psychosocial pour les agents de santé et autres agents d'appui de première ligne	22

Contexte

Le présent document donne des informations visant à renforcer les plans de préparation et de riposte aux conséquences psychosociales et de santé mentale d'une flambée de maladie à virus Ebola (MVE).

Les flambées de MVE entraînent des effets mentaux et psychosociaux importants de diverses façons (1) :

- La peur du virus est associée à une expérience de détresse intense (Encadré 1).
- L'exposition à un facteur de stress extrême est susceptible de provoquer de nombreux problèmes mentaux et psychosociaux à long terme (y compris anxiété et troubles de l'humeur ainsi que réactions de stress aigu et d'affliction).
- L'isolement physique des individus, des familles ou des communautés exposés au virus Ebola est un facteur de risque aggravant des troubles psychosociaux.
- Des problèmes sociaux peuvent apparaître suite à l'exposition d'une population au virus et à la riposte à la MVE : par exemple, interruption des systèmes d'aide communautaires et stigmatisation et discrimination sociales associées à la MVE.
- Au sein des communautés, les revenus produits risquent de subir une forte diminution en raison des restrictions imposées sur le travail et les déplacements, la perte de membres de la famille et de la communauté et l'effondrement des entreprises.

La santé mentale de certains groupes de la population exige une attention particulière, notamment les rescapés et les individus vivant avec les conséquences de l'épidémie, comme les orphelins et d'autres membres de la famille (Encadré 2), ainsi que le personnel de santé et autres agents de l'aide humanitaire de première ligne (Encadré 3). Le soutien apporté à ces groupes doit être ciblé et intégré dans des interventions à l'échelle communautaire afin de ne pas renforcer la stigmatisation.

D'un autre côté, face à une situation d'urgence, les membres d'une communauté peuvent faire preuve de beaucoup d'altruisme et de coopération, et les individus peuvent ressentir une forte satisfaction à aider les autres.

Lors d'une flambée de MVE, il est fréquent d'observer une diminution de l'usage des services de santé. Les gens peuvent croire qu'ils risquent de contracter la maladie en cherchant à se faire soigner. Ils peuvent également avoir peur des conséquences (comme la mise en quarantaine) s'ils se rendent dans un établissement de santé avec des symptômes liés à la MVE. De même, les agents de santé peuvent ne plus se présenter au travail par crainte d'être infectés par la MVE et des établissements de santé peuvent fermer.

Les considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial doivent être correctement intégrées aux plans d'évaluation, de préparation, de riposte et de relèvement

des systèmes de santé publique. Dans la riposte de santé publique menée lors d'une crise aigüe, l'implication des professionnels de santé mentale se heurte trop souvent à un manque d'intérêt, voire à de l'hostilité (2). En effet, une flambée de maladie infectieuse peut être perçue comme nécessitant une riposte de santé physique, sans reconnaissance adaptée des problèmes psychosociaux et de santé mentale. Le personnel de santé mentale et de soutien psychosocial dispose pourtant de compétences pouvant s'avérer essentielles lors d'une flambée, comme une expérience de travail avec des communautés ou des individus en colère, violents ou hostiles et de soutien avisé au personnel de santé. Il peut apporter une aide judicieuse aux autres professionnels de santé dans la prise en charge de ces problèmes. La préparation d'une riposte de santé mentale repose en grande partie sur l'affirmation préalable du rôle essentiel de l'expertise de santé mentale et de soutien psychosocial tout au long de l'urgence (3).

Conformément aux directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (*IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*) (4), la double expression *santé mentale et soutien psychosocial* (SMSPS) est utilisée dans ce document pour décrire tout type de soutien local ou extérieur visant à préserver ou promouvoir le bien-être psychosocial et/ou prévenir ou traiter tout trouble mental. Même si les expressions santé mentale et soutien psychosocial sont étroitement liées et se recourent, pour de nombreux agents de l'aide humanitaire, elles reflètent des approches différentes, bien que complémentaires. Les organisations d'aide humanitaire ne faisant pas partie du secteur de la santé parlent généralement de bien-être psychosocial de soutien. Les organisations du secteur de la santé parlent plutôt de santé mentale, même si elles ont par le passé également utilisé les termes *réadaptation psychosociale* et *traitement psychosocial* pour décrire les interventions non biologiques sur des sujets atteints de troubles mentaux. La définition exacte de ces termes varie d'un pays, d'une discipline et d'une organisation d'aide humanitaire à l'autre, et au sein de chacun.

Nous utilisons en outre les termes *phase d'urgence aigüe* et *phase post-urgence*. Aux fins du présent document, nous définissons la phase d'urgence aigüe comme une période inférieure à 42 jours depuis que le dernier cas confirmé a été testé deux fois négatif au virus Ebola à partir d'échantillons sanguins. Cette période est suivie d'une phase post-urgence. Les besoins des populations se recourent pendant ces phases.

Encadré 1. Les éventuelles peurs suscitées par une épidémie de MVE

Face à une maladie potentiellement mortelle, la plupart des individus ont peur. Cette peur est d'autant plus grande quand des agents infectieux comme des virus (ou des bactéries) sont en cause. Pour beaucoup, la chose la plus effrayante est que les virus sont invisibles, et que l'on ne peut pas se fier à ses sens pour estimer son exposition physique. Des sentiments de peur et de désespoir interviennent souvent lorsqu'un virus se transmet par contact direct (de personne à personne), créant ainsi une situation où les prestataires de soins, les membres de la famille, les amis et les voisins peuvent être source de maladie. Résultat, alors qu'il est plus que jamais nécessaire, l'accès au soutien social et à des soins de santé sûrs peut s'avérer difficile. Un virus contagieux peut être à l'origine de problèmes tels que la stigmatisation sociale, l'isolement et la mise en quarantaine, y compris la séparation des enfants d'avec leurs parents, et la crainte d'infecter des proches.

La peur est accentuée par le manque de connaissances sur le virus Ebola, surtout lorsque le temps nécessaire pour traiter ou contrôler la maladie n'est pas clair. Les rumeurs, les déclarations contradictoires émanant des médias, et les divergences entre les avis des experts et les recommandations de santé publique aggravent l'anxiété généralisée.

Les membres des communautés touchées peuvent se tromper et interpréter des effets physiques de l'anxiété comme des signes d'infection. Ces signes et symptômes, qui sont normaux chez les personnes qui ont peur, comprennent les tensions musculaires, les palpitations, la respiration rapide, les vomissements, les sueurs, les tremblements et l'appréhension. Les services de santé peuvent donc être submergés d'individus apeurés, mais en bonne santé, qui présentent des symptômes attribués à tort à une infection, y compris en l'absence de fièvre.

(Sources: 1, 12, 14, 20, 21)

Principes généraux

L'OMS a proposé des principes pour les activités de santé mentale publique menées dans les situations d'urgence (5) et des conseils spécifiques aux flambées de virus mortels (6) ; ces principes sont également valables pour les situations impliquant une flambée de MVE. Ces principes, avec d'autres recueillis auprès d'experts en SMSPS ayant travaillé sur les flambées de MVE, sont résumés ci-après.

Les différentes phases de l'urgence

- Affecter des ressources pour soutenir les activités de SMSPS associées aux urgences pendant toutes les phases, y compris la phase pré-urgence (préparation), la phase aigüe et la phase post-urgence.
- Utiliser les principes éthiques et les normes internationales les plus stricts pour les interventions et la recherche (voir les recommandations du CPI pour réaliser des recherches éthiques sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence / *IASC Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergency Settings* (7))
- Envisager une planification sur le moyen à long terme pour toutes les phases de l'urgence.

Préparation préalable à l'urgence

Des plans nationaux et locaux de préparation doivent être élaborés en collaboration avec le gouvernement, les représentants des communautés et d'autres parties prenantes majeures de la SMSPS. Ces plans doivent impliquer :

- La cartographie des ressources (en termes de disponibilité actuelle et de ressources humaines), tant les ressources affectées aux soins de santé mentale que celles destinées aux interventions psychosociales communautaires (par exemple, les groupes de femmes, les comités pour la protection de l'enfance, les programmes pour les enfants, les réseaux de survivants, les services sociaux, etc.) ;
- Une liste complète de médecins de SMSPS formés et disponibles au niveau local pour apporter des conseils adaptés et participer à la riposte menée en cas de flambée de maladie infectieuse, comme la MVE. Dans l'idéal, la liste couvrira divers domaines d'expertise et compétences et identifiera les lacunes en ressources humaines de SMSPS ;
- Une analyse de vulnérabilité (pour identifier les scénarios possibles, les faiblesses des systèmes de santé mentale publique et de support social lors d'une crise, les

- besoins et les capacités ainsi que les ressources nécessaires à la riposte) ;
- Un inventaire des atouts (pour identifier les atouts des systèmes et des communautés dans tous les systèmes de prestation de soins) ;
 - Les groupes consultatifs communautaires locaux pouvant être rapidement contactés et intégrés à la prise de décisions dès le début ;
 - Un plan de coordination spécifiant les personnes responsables dans chaque secteur et agence concernés de chaque région administrative concernée ;
 - Des plans d'intervention pour préparer la riposte de SMSPS appropriée (y compris l'adaptation d'outils au contexte local) ;
 - Des plans de communication en SMSPS préparés et déjà mis à l'essai, qui sont intégrés dans le plan de communication général de la MVE ;
 - Une formation réaliste du personnel concerné en interventions de SMSPS (y compris sensibilisation à l'utilité de telles interventions) ;
 - Une analyse documentaire à jour de la littérature portant sur les aspects de SMSPS et socioculturels concernés dans le pays (voir le modèle d'analyse documentaire des informations existantes en matière de santé mentale et de soutien psychosocial de la région/du pays dans le guide d'évaluation de la santé mentale et du soutien psychosocial du groupe de référence du CPI (*IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide (8)*) ;
 - Les directives/normes de pratique de SMSPS adaptées au contexte (notamment pour les sujets souffrant de délire et de troubles mentaux graves, qui sont infectés par le virus et admis dans des unités de traitement d'Ebola (UTE), et pour le soutien psychosocial dans le cadre de la sortie et du suivi des patients).

D'une façon générale, les plans de préparation de SMSPS seront intégrés aux plans nationaux généraux de riposte d'urgence et définiront les priorités d'attribution des ressources limitées. Il est essentiel d'impliquer les membres des communautés dans le processus de planification de la riposte aux catastrophes afin de faciliter les interventions si une flambée se produit.

En général, les pays disposant de services de santé mentale communautaires intégrés aux services de santé générale seront mieux préparés à la riposte de santé mentale dans les flambées de maladies potentiellement mortelles. Les systèmes de santé dont les grands établissements psychiatriques constituent le seul service de prise en charge des problèmes de santé mentale entravent l'efficacité de la riposte en cas de catastrophe. Il est donc essentiel de donner la priorité au développement de services communautaires de santé mentale, intégrés aux services de santé générale, afin de préparer la riposte de santé mentale pendant et après les situations d'urgence.

Dans certains pays, la majorité des agents de santé mentale sont employés dans de grands établissements psychiatriques. Dans ce type de situations, il peut être

important de créer un protocole d'accord avec les établissements et le ministère de la Santé afin de libérer des professionnels clés de la santé mentale pour participer à la riposte d'urgence (3).

Les établissements de soins de santé mentale spécialisés, y compris les hôpitaux dispensant des soins de courte ou de longue durée, doivent être compris dans les stratégies de planification de la prévention et du contrôle des infections, de formation et de prestation de services. Ils doivent également recevoir toutes les fournitures nécessaires, et ne pas être fermés ou inaccessibles aux individus dans le besoin.

Évaluation

Toute intervention, tant dans la phase aigüe que post-urgence, doit être précédée d'une planification sérieuse et d'une évaluation rapide du contexte local (par exemple environnement, culture, histoire et nature des problèmes, perceptions et expressions locales des situations de détresse et de maladie, moyens de faire face aux problèmes, ressources et besoins communautaires, etc.).

Une revue de la littérature des données secondaires (existantes) traitant des aspects socioculturels de la santé mentale peut s'avérer très utile dans les cas où une revue n'a pas déjà été réalisée dans le cadre de la préparation à l'urgence. Cette revue peut alléger le travail de collecte des données lors de l'évaluation rapide (voir le modèle d'analyse documentaire des informations existantes en matière de santé mentale et de soutien psychosocial de la région/du pays dans le guide d'évaluation de la santé mentale et du soutien psychosocial du groupe de référence du CPI (*IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide* (8)). Les lacunes de la littérature seront tout d'abord comblées par une évaluation rapide puis par un examen plus approfondi. D'une façon générale, l'évaluation comprendra des perceptions locales et des facteurs sociaux qui sont spécifiques à la MVE et importants pour sa transmission (comme les pratiques d'inhumation, les croyances entourant la mort et la fin de vie, les croyances sur la MVE et les sujets atteints) (voir le guide d'évaluation de la santé mentale et du soutien psychosocial du groupe de référence du CPI / *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide* (8)).

Ces évaluations seront menées en collaboration avec les parties prenantes et le personnel local, de façon interdisciplinaire, afin de mieux comprendre la situation et de développer et mettre en œuvre des interventions efficaces.

Une évaluation auprès de la population de la prévalence des troubles mentaux est difficile, demande beaucoup de ressources et est généralement peu utile pour l'élaboration des plans de riposte aux catastrophes. Afin de planifier les interventions dans la phase post-urgence, il est recommandé d'évaluer principalement les ressources et les services/soutiens sociaux et de santé mentale disponibles, notamment en évaluant le nombre, la fonction et l'emplacement des ressources humaines pouvant dispenser des interventions appropriées

(indicateurs d'intrants). Si l'évaluation révèle que de nombreux besoins ne pourront vraisemblablement pas être satisfaits, les rapports doivent indiquer l'urgence des besoins, les ressources locales et les ressources extérieures éventuelles.

Collaboration et coordination

La coordination de la SMSPS doit être intersectorielle (impliquant tant les organisations spécialisées en santé que celles non spécialisées) car de nombreuses activités importantes se produisent en dehors du secteur de la santé (dans les secteurs de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement ou de la protection, par exemple). Les autorités gouvernementales doivent s'appuyer sur un conseiller (ou une équipe de conseillers) en santé mentale publique avisé et compétent qui s'assurera que les aspects de SMSPS bénéficient de l'attention requise et que les organisations travaillant sur la SMPSP collaborent les unes avec les autres ainsi qu'avec le secteur général de la santé et des services sociaux. Les interventions impliqueront la consultation et la collaboration avec les organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) locales et internationales, ainsi qu'avec les organisations à base communautaire (OBC) du secteur.

Les groupes de coordination intersectorielle de la SMSPS réunissent toutes les parties prenantes majeures de la SMSPS (y compris les ministères et les instituts gouvernementaux, les associations de consommateurs et de familles, les associations de survivants de la MVE, les organisations locales et internationales et les agences des Nations Unies) et s'appuient sur les structures existantes de coordination de la SMSPS. Les groupes de coordination peuvent servir à rassembler des informations (y compris à tenir à jour des informations sur qui fait quoi, quand et où), compiler et partager des analyses de la situation et coordonner les activités.

Le groupe de coordination de la SMSPS doit être représenté au niveau national de la gestion de la riposte d'urgence à la MVE. Les représentants du groupe de coordination de la SMSPS doivent également faire partie de groupes de coordination sectorielle (santé, protection, etc.) afin d'assurer l'intégration des activités de SMSPS dans différents secteurs.

Si possible, la création d'organes de coordination multiples, avec une redondance des rôles et des mandats, sera évitée. Dans les contextes où une flambée s'étend au-delà des frontières, il conviendra de communiquer et de partager des outils avec les groupes de coordination des pays voisins.

Lorsqu'une multitude d'organisations agissent indépendamment et sans coordination, cela entraîne un gaspillage de ressources précieuses et une redondance des efforts dans certains secteurs, alors que d'autres sont négligés. Un leadership clair, bien renseigné sur les questions de SMSPS et sur la riposte humanitaire, est essentiel pour maintenir des relations efficaces entre les organisations et pour aligner les efforts visant à créer une riposte unifiée et efficace.

Intégration à tous les niveaux des soins de santé

Les interventions de soins de santé mentale doivent être réalisées au sein des services de santé générale (y compris les soins de santé primaires (SSP), les hôpitaux généraux de district et les établissements en ambulatoire). Ces interventions doivent également être organisées dans d'autres structures pré-existantes de la communauté, comme des écoles, des centres communautaires, des centres pour les jeunes et les personnes âgées et des lieux de culte. Les soins au sein des familles et le recours actif aux ressources communautaires (comme, le cas échéant, des chefs religieux) doivent être utilisés au maximum. La formation clinique sur le tas et l'encadrement et l'appui des agents des SSP par des spécialistes de la santé mentale sont indispensables si l'on veut parvenir à intégrer les soins de santé mentale dans le système de santé générale. Il existe un outil pour intégrer les soins de santé mentale aux soins de santé non spécialisés (voir *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP)* (9)).

Dans certains contextes, les systèmes de santé traditionnels jouent un rôle important dans les soins apportés aux membres de la communauté. Si cela est approprié et envisageable, collaborer et partager des informations avec les guérisseurs traditionnels et d'autres groupes traditionnels (pour des conseils détaillés, consulter l'Aide-mémoire 6.4 des *Directives du CIP concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (4)).

Reconnaissance et utilisation des réseaux d'aide sociale et des ressources communautaires

Dans toute crise, lorsque l'on recherche de l'aide, les premiers points de contact sont la famille proche et les amis. En outre, toutes les communautés disposent de personnes et de systèmes venant en aide aux individus souffrant de problèmes particuliers (émotionnels, sociaux ou financiers). Il peut s'agir d'institutions religieuses, de groupes communautaires ou de guérisseurs traditionnels. Ces systèmes comprennent les besoins locaux et savent y répondre avec sensibilité.

Toutefois, lors d'une flambée de MVE, les réseaux d'aide sociale peuvent éclater. En collaboration avec les communautés, les interventions humaines qui gèrent ces perturbations et travaillent autour des défis posés par le virus doivent être développées (par exemple, discuter en se tenant à distance des autres, apporter des repas/fournitures essentielles au périmètre des maisons lorsqu'il n'est pas possible d'entrer en contact avec les habitants ou de pénétrer dans les foyers mis en quarantaine).

L'une des choses les plus importantes dans une riposte d'urgence est de reconnaître et de soutenir les ressources communautaires afin qu'elles puissent fonctionner efficacement. Ainsi, il conviendra de soutenir les familles ayant accueilli les enfants de membres décédés de leur famille et de promouvoir les approches « Do no harm » (Ne pas nuire) dans les soins prodigués aux enfants.

Formation et encadrement

Lors de la phase d'urgence aigüe, les aidants et les intervenants non professionnels (équipes médicales, traceurs de contacts, équipes de mobilisation sociale, équipes d'inhumation et équipes de la ligne téléphonique d'urgence) peuvent être rapidement formés à dispenser des premiers secours psychologiques (PSP) (voir ci-après pour de plus amples renseignements sur les PSP). Ils doivent également être formés à fournir des informations aux familles des individus atteints de MVE (par exemple, informer sur l'état de santé du patient ou annoncer son décès) et à créer un système fiable permettant un meilleur recensement des patients pour éviter qu'ils ne se « perdent ». Étant donné le tact nécessaire dans ces discussions, et le fait que ces dernières peuvent être importantes pour réduire la transmission du virus, la formation peut comprendre un élément de support ou d'encadrement continu par des professionnels de la SMSPS.

Pour dispenser des soins de santé mentale cliniques efficaces, une courte formation sans encadrement de suivi sera vraisemblablement peu adaptée. Une formation continue sur le tas et un encadrement continu sont essentiels pour inculquer de nouvelles compétences cliniques.

Concernant le renforcement des capacités pour les compétences cliniques, la formation et l'encadrement seront orientés vers le développement des compétences des agents de santé ayant suivi une courte formation en SMSPS. Ces activités doivent être supervisées par des spécialistes de la santé mentale - ou être placées sous leur autorité - pendant un certain temps, afin que la formation ait des effets durables et que les soins soient dispensés de façon responsable. Des ateliers sur les compétences d'encadrement et le soutien continu seront proposés par et à des spécialistes de la santé mentale encadrant les agents de santé.

Autant que possible, les organisations utiliseront des formateurs locaux pour réaliser la formation. Les initiatives de formation tiendront compte des systèmes sanitaires et sociaux nationaux pour éviter de créer des systèmes de soins parallèles. La coordination entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales sera réalisée lors de la planification de la formation afin que le contenu soit cohérent, que les rôles soient clairement définis et que les ressources soient utilisées au maximum.

Une perspective à long terme

Lorsqu'une population a été exposée à des facteurs de stress sévères, il est recommandé de privilégier le développement à moyen et à long terme de services de santé mentale et d'interventions psychosociales à base communautaire (voir le rapport *Reconstruire en mieux / Building Back Better* (10)). Malheureusement, si l'élan et les fonds dont bénéficient les programmes de SMSPS sont au plus haut pendant ou juste après des situations d'urgence aigüe, les effets sur la santé mentale et le support psychosocial durent

généralement beaucoup plus longtemps que la phase de crise aiguë. Le développement de services dans une perspective à long terme vise à établir un accès durable aux services de santé mentale pour l'ensemble de la communauté et ne se limite pas aux groupes de population identifiés sur la base de l'exposition à un virus. Toutefois, les services fournis dans un seul système communautaire intégré peuvent, si nécessaire, être adaptés pour répondre aux besoins de différents groupes de population. Il peut par exemple s'agir de groupes de soutien destinés aux familles endeuillées en cas de décès ou la prestation d'un travail de proximité/programmes de sensibilisation auprès des communautés vulnérables touchées ou des groupes marginalisés qui sont réticents ou incapables de consulter des services cliniques.

Stigmatisation et discrimination

De la stigmatisation et de la discrimination sociales peuvent accompagner la MVE, envers les sujets infectés, les membres de leur famille, les agents de santé et les autres agents de l'aide humanitaire (1, 11, 12, 13). Des mesures peuvent être prises pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à toutes les phases d'une riposte d'urgence à la MVE. L'intégration des sujets atteints de MVE doit être favorisée sans exagération (c'est-à-dire sans amplifier la stigmatisation en attirant l'attention sur ces personnes). Les services sanitaires et sociaux, par exemple, seront, dans la mesure du possible, disponibles à tous les membres de la communauté et non simplement à ceux touchés par la MVE. Notons toutefois que le travail de proximité peut s'avérer essentiel, car certains individus ayant survécu à la MVE peuvent s'isoler en raison de la stigmatisation ambiante. Les membres et les dirigeants de communautés (y compris les guérisseurs traditionnels et les chefs religieux ainsi que les usagers des services de santé mentale et les associations de survivants de la MVE) doivent être impliqués pour comprendre les sources de la stigmatisation et les mesures pouvant être prises pour dissiper toutes les peurs injustifiées et les idées reçues. Il convient, d'autre part, de reconnaître que la responsabilisation des survivants et de sujets atteints par la MVE est essentielle pour dépasser la stigmatisation, y compris l'auto-stigmatisation, et la discrimination.

Indicateurs de suivi

Les activités doivent être suivies et évaluées à l'aide d'indicateurs que l'on déterminera, si possible, avant la mise en route de l'activité. Les indicateurs porteront sur les intrants (ressources disponibles, y compris services préexistants), les processus (aspects de mise en œuvre et d'utilisation des programmes) et les résultats (détresse, fonctionnement des bénéficiaires, moyens de subsistance).

Phase d'urgence aigüe

Lors de la phase d'urgence aigüe d'une flambée de MVE, le système de santé publique destinera une grande partie de ses ressources à la gestion des risques : (a) surveillance ; (b) procédures de prévention et de contrôle des risques ; (c) protection des intervenants et des agents de santé contre l'exposition physique ; (d) triage des cas (c'est-à-dire réception initiale, évaluation et détermination des malades prioritaires) ; (e) soins physiques pour sauver des vies. Ces interventions de santé publique générale sont essentielles et seront complétées par une série d'interventions et d'aides psychosociales et de santé mentale.

Les interventions sociales/communautaires peuvent s'attaquer à d'importants facteurs (déterminants) influençant la santé mentale. Les professionnels de santé générale doivent donc plaider et travailler en collaboration avec leurs collègues d'autres secteurs (comme la communication, l'éducation, le développement communautaire, la coordination en cas de catastrophe, la protection de l'enfance, la police) pour s'assurer que les interventions concernées sont pleinement mises en œuvre.

Communication

- Les professionnels de santé doivent travailler avec des experts de la communication des risques pour définir et diffuser un flux fiable d'informations crédibles et facilement compréhensibles concernant : (a) la nature du risque et les méthodes exactes de prévention recommandées de réduction du risque ; (b) la disponibilité de l'évaluation et du traitement médicaux et quand et comment les obtenir ; (c) les informations sur toutes les autres actions de secours, notamment ce que font les organisations gouvernementales et les ONG et comment contacter ces dernières. Cette communication sur le risque est donc essentielle pour lutter contre la maladie mais aussi pour réduire l'anxiété et faciliter l'accès aux soins.
- Les messages vaguement rassurants ou demandant à la population de ne pas paniquer sont inutiles (14), tout comme les messages négatifs continus. Les messages doivent être positifs (« Un traitement précoce peut sauver des vies », par exemple) et non montrer des images de patients présentant des symptômes ou de corps ramassés par du personnel portant un équipement de protection individuelle (EPI). En effet, ces images peuvent engendrer des sentiments de désespoir et de désintérêt pour le traitement, puisque la maladie est considérée comme mortelle.
- Les messages seront partagés dans toutes les langues nécessaires et seront accessibles (à ceux qui ne savent pas lire, souffrent de déficiences sensorielles, ne sont généralement pas mobiles ou sont isolés dans des prisons, des écoles ou des établissements spécialisés), empathiques (feront preuve de compréhension face à la situation), adaptés au public (les enfants, par exemple) et adaptés à la culture.

- Les messages évolueront en fonction du contexte et de l'état de préparation des communautés. Ils concerneront les principaux dilemmes rencontrés par les membres des communautés (par exemple, lorsqu'un être cher tombe malade, la tendance à nier la réalité et à l'interpréter comme une autre maladie).
- Dans les situations où la flambée se rapproche des frontières du pays, le partage de messages par-delà les frontières sera encouragé.
- Des programmes radiodiffusés, des affiches, des brochures et de brefs communiqués de presse évitant le sensationnel et non culpabilisants peuvent être utiles pour informer la population. L'information de la population mettra en évidence des attentes positives mais réalistes d'espoir, de résilience et de rétablissement naturel.
- Des personnes jugées importantes et bénéficiant de la confiance de la communauté seront recrutées pour partager des informations et des messages clés sur le MVE.
- Les intervenants MVE seront briefés aux domaines de la santé et de la protection sociale, notamment aux questions de peur, affliction, désorientation et au besoin de participation active de la communauté, en plus d'une formation en capacités de communication.
- Des explications claires seront apportées aux membres des communautés et les discussions seront facilitées concernant la MVE comme maladie ainsi que l'introduction d'interventions et de services (les ambulances, les UTE ou le traçage des contacts, par exemple). Le processus d'isolement et de traitement sera expliqué aux communautés, notamment ce à quoi s'attendre lorsqu'une personne atteinte de MVE est détectée pour être admise dans un établissement ou une fois l'admission réalisée en vue du traitement. Il conviendra d'aider les communautés à comprendre qu'il est possible de survivre à la MVE et qu'il est essentiel de réduire la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les survivants de la MVE sur le long terme.
- Dans la mesure du possible, du personnel de SMSPS sera employé dans le système des UTE pour apporter un soutien et promouvoir la communication entre les patients, les familles et le personnel.
- Des systèmes de communication seront instaurés pour que les sujets atteints de MVE puissent être recensés et que les parents des patients puissent être informés. Un système d'information complet sera créé pour les familles et les personnes à contacter, signalant les cas présumés ou avérés lorsqu'ils rentrent dans le système pour une surveillance et des soins. Le système se mettra en place dès qu'un individu pénétrera dans une UTE et commencera par un numéro de téléphone ou tout autre moyen d'entrer en contact avec ses proches. Il est plus facile pour les familles et les communautés de soutenir les sujets atteints de MVE, ou soupçonnés d'être malades, s'ils restent en contact avec eux. Des nouvelles seront données dès l'arrivée dans l'établissement, et chaque jour jusqu'à la sortie. Ce système reposera

sur la communication entre le personnel de santé et les familles afin de promouvoir la transparence et la confiance.

- Les survivants de la MVE devront avoir accès à des informations sur ce qui les attend après la guérison. Il s'agira d'informations de santé physique et mentale ainsi que d'informations sur la réinsertion au sein de la communauté.
- Une voie de communication claire sera établie avec les autorités hiérarchiques, conformément aux lois nationales sur la transmission d'informations sensibles, comme la communication des avis de décès et des informations post-mortem aux familles.
- Si possible, après la sortie, la coordination sera assurée entre le responsable SMSPS de l'UTE et le responsable SMSPS de la communauté.
- Un système de communication sera établi avec les autorités de protection concernées pour les enfants et autres individus vulnérables.

Intervention et mobilisation des communautés

- Impliquer les responsables des communautés et les structures existantes pour élaborer des interventions centrées sur la communauté. Permettre à la communauté de développer et de mettre en œuvre son propre plan de riposte personnalisé, notamment l'identification des zones d'isolement et des rôles et responsabilités.
- Inclure une composante de sensibilisation psychosociale et de santé mentale, y compris des capacités de communication, dans la formation des équipes faisant du porte-à-porte dans les communautés (les traceurs de contacts, par exemple) pour éviter la sous-déclaration des symptômes de MVE parmi les individus souffrant de troubles de santé mentale (3).
- Employer des stratégies fournissant des informations sur les UTE (par exemple, des portes ouvertes et des visites par des représentants des communautés dans les UTE avant qu'elles ne soient opérationnelles).
- Établir un système de recensement des individus vulnérables (par exemple, les enfants non accompagnés, les personnes handicapées et les personnes âgées).

Encadré 2. Les besoins des personnes ayant survécu à la MVE

Les expériences et les besoins des personnes ayant survécu à la MVE sont loin d'être bien compris. Il n'existe que peu de documents à leur sujet et les bases factuelles sur la meilleure façon d'aider ces survivants ont grand besoin d'être enrichies.

Lors de l'épidémie de 2014/2015 en Afrique de l'Ouest, les effets secondaires physiques suivants ont été ressentis par les personnes infectées par Ebola : céphalées sévères, douleurs articulaires et musculaires (notamment au niveau des bras, des jambes et du dos), crampes, faiblesse, engourdissement, perte de cheveux et perturbations du cycle menstruel. Des problèmes ophtalmologiques (vision trouble, uvéite, cécité) ont également été fréquemment rapportés. En ce qui concerne la santé mentale, les victimes ont déclaré souffrir de dépression, d'anxiété et de symptômes psychosomatiques inexpliqués.

Si certains survivants ont été bien accueillis à leur sortie de l'UTE, beaucoup d'autres ont fait l'objet de stigmatisation, de discrimination et de rejet de la part de leur communauté. Certaines personnes ont été abandonnées par leur conjoint et d'autres membres de leur famille. Des individus, mais aussi des familles et des communautés entières, ont été stigmatisés. Conséquence, certains ont perdu leur emploi et même leur maison. Des expériences similaires ont été rapportées lors de précédentes épidémies d'Ebola et des maladies qui y sont liées.

Les enfants, qu'ils aient guéris de la MVE ou y aient échappés après qu'un membre de leur famille a contracté la maladie, peuvent aussi connaître un bouleversement important dans leurs soutiens sociaux, avec des changements au niveau du soutien apporté par leurs amis/pairs, un isolement social, une stigmatisation et, par la suite, des difficultés pour reprendre leurs études.

Des groupes de coordination ont été mis en place afin de répondre aux besoins des survivants à la MVE. En Sierra Leone, par exemple, le groupe de travail « Survivor's Comprehensive Care Working Group » a été constitué afin de déterminer comment fournir des services de santé (y compris de santé mentale) aux survivants. Toutes les organisations s'employant à soutenir les survivants à la MVE y travaillent de concert, y compris les parties prenantes de la SMSPS. Au Liberia, il a été mis sur pied un réseau clinique de survivants regroupant les principaux acteurs de santé qui travaillent avec des survivants à la MVE, et des survivants à la MVE.

Bien qu'il soit important de répondre aux besoins spécifiques des survivants à la MVE dans la phase d'urgence, à terme ces groupes doivent être intégrés dans les services traditionnels. Une répartition équitable des services s'impose pour réduire le risque de stigmatisation constante des survivants à la MVE.

(Sources: 1, 22)

Décès et traitement des dépouilles

- Les personnes endeuillées doivent avoir la possibilité de faire leur deuil. Ceci implique, si possible, un mode d'inhumation sûr et digne. Si cela n'est possible, trouver des alternatives dignes pour des inhumations sans risque et l'organisation de rituels ou de cérémonies funéraires/de recueillement qui n'impliquent pas la dépouille, par exemple des rituels réalisés à une distance de sécurité. Les dépouilles présentent un risque très élevé de transmission du virus Ebola. Chacun doit donc être conscient qu'il ne faut pas toucher les corps et l'inhumation des dépouilles se fera en collaboration avec une équipe d'inhumation formée, en respectant des précautions strictes de sécurité (voir le document *Comment inhumer sans risque et dans la dignité les personnes décédées de maladie à virus Ebola suspectée ou confirmée* / *Field Situation: How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola virus disease* (15))
- Impliquer les membres de communautés, notamment les chefs religieux et guérisseurs traditionnels, dès que possible pendant la flambée afin de favoriser l'acceptation de la nécessité de réaliser des inhumations sûres et de parvenir à un consensus sur la façon d'inhumer les dépouilles de façon sûre et culturellement acceptable.
- S'assurer que les équipes d'inhumation comprennent des membres de la communauté qui sont normalement chargés des enterrements. Par exemple, selon le contexte local, il peut s'agir des individus chargés des cérémonies d'enterrement religieux ou d'autres personnes ayant une importance culturelle.
- Des certificats de décès adaptés aux pratiques locales (éventuellement avec des photos du défunt) doivent être prévus pour éviter les conséquences financières et juridiques pour les proches et, si possible, les proches doivent savoir où sont enterrés leurs défunts pour disposer d'un lieu où se recueillir à l'avenir. Si possible, marquer les lieux de sépulture avec le nom de la personne enterrée (et les dates de naissance et de mort), en signe de respect et pour que les familles puissent retrouver le lieu.
- Élaborer un système d'avis de décès qui soit en conformité avec la loi, respecte et soutienne les parents et les proches et constitue une aide post-mortem.
- Dans la mesure où l'activité est sans danger (c'est-à-dire qu'elle n'enfreint pas les procédures de prévention et contrôle des infections (PCI)), encourager le rétablissement des pratiques et événements religieux et culturels normaux (y compris les rites de deuil, en collaboration avec des guides spirituels ou des ministres du culte) et, si cela est adapté à la culture, la reconnaissance des anniversaires importants concernant les défunts.

Retour à la normale

- Encourager les activités facilitant l'intégration dans les réseaux sociaux des personnes endeuillées, des survivants de la MVE, des orphelins, des veufs et veuves ou des individus sans famille (en tenant compte des mesures de mise en quarantaine ou de contrôle de l'infection, comme la réduction des rassemblements publics).
- Encourager l'organisation d'activités récréatives normales pour les enfants et le retour à l'école, même à temps partiel, lorsque cela est sans danger.
- Encourager l'activation de systèmes locaux de protection de l'enfance pour suivre les enfants vulnérables et assurer leur bien-être, notamment ceux vivant dans des structures de garde alternatives. Soutenir les familles adoptives accueillant des orphelins.
- Impliquer les adolescents, les adultes et les adultes âgés dans des activités d'intérêt commun utiles et concrètes.
- Les flambées de MVE peuvent avoir des conséquences importantes sur les moyens de subsistance des communautés. Encourager les initiatives de développement économique intégrant le soutien psychosocial dès que possible. Promouvoir l'intégration des personnes ayant survécu à la MVE et des parents adoptifs d'orphelins dans les activités de subsistance communautaires.
- Encourager les familles à rester ensemble.
- Encourager le soutien entre individus atteints par la MVE, notamment en collaborant avec les groupes de plaidoyer pour la santé mentale et en renforçant les capacités de ces derniers.

Protection de l'enfance

- Se mettre en contact avec les services sociaux et les réseaux de protection communautaires cherchant à réduire les violations des droits induites par la situation d'urgence, notamment celles touchant les enfants, comme le travail des enfants, les mariages précoces et la maltraitance sexuelle.
- Collaborer pour établir un système d'orientation-recours bien documenté pour les organisations s'occupant de la protection de l'enfance, pouvant avoir besoin d'orientations-recours en santé mentale. Suivre les soins offerts dans les centres d'observation et de soins temporaires (COST) pour les enfants et, si nécessaire, promouvoir l'amélioration des services des COST.
- S'assurer que les COST proposent tous les services de santé mentale et physique requis.
- Si nécessaire, établir un hébergement de transition avec du personnel formé à travailler avec les enfants, pour les enfants devant regagner leur foyer suite à leur séjour dans un COST, une UTE ou une autre structure.
- S'assurer que l'intégralité des droits des enfants sont protégés et respectés dans les COST, les UTE et les autres structures, y compris la nécessité de disposer de

l'autorisation des aidants/parents pour toute information divulguée publiquement ou dans les médias.

Premiers secours psychologiques

- Les premiers secours psychologiques (PSP) constituent un soutien social naturel de base ; ils peuvent être enseignés rapidement aux professionnels de santé et à n'importe quelle personne concernée de la communauté (les professeurs, par exemple). Les PSP seront dispensés au niveau communautaire dans les établissements de santé générale où les individus exposés viennent consulter.
- Dans la mesure du possible, la détresse aigüe sera prise en charge sans médicaments, en suivant les principes des PSP (c'est-à-dire écouter, faire preuve de compassion, évaluer les besoins, veiller à ce que les besoins physiques essentiels soient satisfaits, ne pas obliger à parler, fournir ou mobiliser de la compagnie, de préférence auprès de la famille ou d'autres proches, encourager sans l'imposer le soutien social, fournir des informations exactes, contacter les services concernés, protéger de tout nouveau préjudice) (16).
- Les PSP seront également dispensés aux familles endeuillées et aux intervenants (personnel médical, ambulanciers, traceurs de contacts, personnel de mobilisation sociale, personnel d'inhumation et personnel de la ligne téléphonique d'urgence) dans les établissements de soins d'urgence. La protection est une composante essentielle des PSP car la détresse aigüe peut parfois amener les gens à se conduire de façon irrationnelle en mettant les autres et eux-mêmes en danger. L'encadrement et l'appui affectif du personnel apportant cette forme d'aide sont importants pour la prestation continue des PSP. Le manuel *Les premiers secours psychologiques pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola / Psychological first aid for Ebola virus disease outbreak* est un manuel spécialement adapté aux personnes aidant les autres pendant les flambées de MVE (16).
- En supposant qu'il y ait des agents communautaires, volontaires ou non, organiser un travail de proximité et un appui affectif non intrusif dans la communauté en assurant, si nécessaire, les «premiers secours psychologiques» et l'orientation-recours recommandée.
- En raison des effets négatifs éventuels, il est déconseillé d'organiser des séances individuelles de débriefing psychologique si ces dernières poussent les gens à faire part de leur expérience personnelle au-delà de ce qu'ils feraient naturellement. Par contre, il peut s'avérer utile de créer des occasions *naturelles* pour que les gens partagent leurs préoccupations et se soutiennent les uns les autres.
- Orienter les intervenants vers les PSP. S'assurer que les intervenants connaissent les limites de leurs capacités sur la base d'une très brève présentation ainsi que les mécanismes d'orientation-recours (y compris pour les soins de santé mentale).

Encadré 3. Santé mentale et soutien psychosocial pour les agents de santé et autres agents d'appui de première ligne

Lors d'une épidémie de MVE, on fait appel à un grand nombre d'agents de santé pour soigner les personnes atteintes d'Ebola. On a aussi besoin de nombreux agents pour effectuer d'autres tâches, comme le traçage des contacts, le suivi des mises en quarantaine, la conduite des ambulances, l'inhumation des corps et le nettoyage des centres de traitement d'Ebola (entre autres). Tous ces acteurs font l'objet d'une exposition possible à la MVE et leur santé est surveillée de près.

Lors de l'épidémie de 2014/2015 en Afrique de l'Ouest, il a été observé que l'attention a été portée en priorité sur le bien-être des patients et de leur famille. Si une certaine attention a parfois été accordée à la nécessité de soutenir les agents de santé de première ligne, le bien-être des autres agents d'appui n'a lui reçu que peu d'attention, malgré les taux élevés d'infection et de mortalité enregistrés.

Les agents de santé et autres agents d'appui ont dit subir des niveaux élevés de stress, tout comme ceux fournissant d'autres services, en raison de la menace planant sur leur vie et d'un nombre excessif d'heures de travail. Les agents des UTE et les équipes d'inhumation ont été hantés par les scènes auxquelles ils ont assisté. Ils ont également été victimes d'une grande stigmatisation – par exemple, certains agents ont été répudiés par leur conjoint. Les membres d'équipes d'inhumation ont déclaré que des images de dépouilles étaient restées inscrites dans leur esprit pendant des mois et qu'ils avaient également été rejetés par leur famille ou leur communauté. Le personnel de santé mentale a été soumis à de grosses pressions pour aider les gens dans le besoin.

Répondre aux besoins de SMSPS des agents de santé et autres agents d'appui est délicat. La stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale provoque d'autres peurs et d'autres réticences à demander de l'aide.

Pour s'affranchir de ces difficultés, une solution consiste à proposer aux agents de santé et autres agents d'appui de participer à des groupes de soutien. Sécurisés, les participants à ces séances peuvent parler de leurs sentiments et partager des mécanismes efficaces pour faire face à la situation. Pour les individus qui se trouvent dans une plus grande détresse, un soutien individuel peut être proposé.

D'autres solutions doivent être étudiées et documentées.

(Sources: 1, 2, 3, 12, 23)

Interventions de santé mentale

- Intégrer les SMSPS aux directives de prise en charge de la riposte à la MVE. Consulter les directives nationales (17).
- Protéger les personnes institutionnalisées (par exemple les enfants, les handicapés, les personnes âgées ou les individus souffrant de troubles mentaux ou neurologiques) de l'exposition physique au virus en dépistant le personnel et les nouvelles admissions. S'assurer que le personnel travaillant dans les établissements/institutions est formé aux procédures de PCI et aux PSP.
- Prendre en charge les troubles psychiatriques et neurologiques urgents (délires, psychose, dépression sévère, par exemple) dans les établissements de santé générale ou d'urgence. Il peut s'avérer utile d'affecter du personnel spécialisé dans ces structures et, si le temps le permet, d'accroître la capacité du personnel en SMSPS (voir modules sélectionnés du *Guide d'intervention humanitaire (GIH-mhGAP)* (9)).
- S'assurer de la disponibilité de médicaments psychotropes génériques essentiels à tous les niveaux des soins de santé. Les personnes souffrant de crises d'épilepsie ou de troubles psychiatriques à long terme devront poursuivre leur traitement, et tout arrêt soudain sera évité.
- Adapter et mettre en œuvre des protocoles sur la façon de prendre en charge les malades de la MVE souffrant de délire, psychose, dépression sévère et d'autres troubles prioritaires de santé mentale dans les UTE. Les protocoles indiqueront comment aider les patients souffrant de ces troubles à se sentir plus à l'aise avec le personnel de santé portant l'EPI et permettre au personnel des UTE de travailler avec de tels individus. Chaque UTE disposera au minimum d'une personne disponible à tout moment pour répondre aux besoins de santé mentale et de soutien psychosocial des patients. Les agents de santé éviteront la prescription systématique de benzodiazépines pour traiter l'anxiété aiguë. La surprescription de benzodiazépines est courante dans les situations d'urgence et comporte un risque de dépendance.

Si la phase aiguë se prolonge, commencer à former et à encadrer les agents des SSP et les agents communautaires aux soins de santé mentale et faire appel aux groupes inclusifs d'entraide communautaire (voir ci-après pour une description de ces activités).

Phase post-urgence

Après que tout risque d’Ebola a été écarté, le système de santé publique doit se concentrer sur la mise en œuvre de procédures continues de surveillance épidémiologique et d’évaluation des risques, ainsi que sur la mise en place de soins continus de longue durée. Parallèlement, différentes interventions de SMSPS standard (décrites ci-dessous) sont recommandées au lendemain des urgences, notamment suite à l’exposition d’une communauté à une épidémie de MVE et à la riposte correspondante.

Interventions communautaires dans la phase post-urgence

- Poursuivre les interventions pertinentes énumérées plus haut dans la partie sur la phase aiguë.
- Informer la population des risques encourus par les personnes ayant survécu à la MVE (par exemple, durée pendant laquelle la MVE peut être transmise par voie sexuelle), des peurs infondées et de l’importance d’accepter le retour de ces personnes dans les systèmes d’aide communautaire et sociale.
- Faciliter la création de groupes inclusifs d’entraide communautaire, dont la tâche consistera surtout à mettre en commun les problèmes, à réfléchir à des solutions ou des moyens plus efficaces de faire face à la situation (y compris des moyens traditionnels), à fournir un appui affectif et, dans certains cas, à lancer des initiatives communautaires ou des activités génératrices de revenus. Les dialogues de guérison communautaire – une forme de soutien adaptée de la sociothérapie (18) – appliquent ces concepts et ont été utilisés pour soutenir le relèvement communautaire lors d’une épidémie de MVE (19).
- Partager et encourager le recours aux moyens appropriés de faire face aux problèmes, que ces moyens soient préexistants ou nouveaux. L’information doit favoriser la perspective d’un rétablissement naturel, et éviter de médicaliser les réactions de tristesse normales. Dans le même temps, l’information doit inciter chacun à demander de l’aide en cas de symptômes sévères.
- Aux niveaux communautaire et national, aider le pays tout entier à faire son deuil et à tourner la page, en reconnaissant les acteurs clés de la lutte contre l’épidémie, ainsi que les communautés touchées (par exemple, minute de silence nationale, rites pour marquer la fin de l’urgence).
- Contribuer aux efforts visant à rétablir la confiance dans les structures sociales et les systèmes médicaux. Permettre aux communautés de mettre en place des mécanismes pour combler les lacunes causées par la dissolution des réseaux d’aide sociale. Ceci est important pour gérer le placement des orphelins. Faire appel aux ressources communautaires telles que les comités pour la protection de l’enfance.

- Parmi les normes établies dans le cadre de la riposte à la MVE, indiquer clairement celles qui demeurent valables (par exemple, le lavage de mains) et celles qui ne sont plus nécessaires (par exemple, la limitation des contacts physiques). Encourager le rétablissement des manifestations et pratiques culturelles et religieuses (y compris les rites de deuil, le cas échéant, en collaboration avec des guides spirituels ou des ministres du culte).
- Proposer des activités de soutien aux enfants et aux adolescents afin de leur permettre de comprendre ce qui s'est passé, pourquoi les adultes ont eu très peur et pourquoi tout a changé.
- Encourager les initiatives de développement économique intégrant le soutien psychosocial dès que possible. Promouvoir l'intégration des personnes ayant survécu à la MVE et des parents adoptifs d'orphelins dans les activités de subsistance communautaires. Construire un système de prise en charge en établissant des liens avec les systèmes sociaux et sanitaires.

Interventions de soins de santé mentale dans la phase post-urgence

- Œuvrer en vue de l'adoption de politiques et de plans nationaux pertinents et appropriés en santé mentale et action sociale pour les personnes atteintes de troubles mentaux. À long terme, l'objectif est de mettre en place un système de santé publique viable avec, comme éléments essentiels, la santé mentale et le soutien psychosocial (voir rapport *Reconstruire en mieux / Building Back Better* (10)).
- Former - en les encadrant - les agents des SSP aux connaissances et techniques fondamentales en santé mentale (par exemple, évaluation, utilisation des médicaments psychotropes appropriés, PSP, action de conseil et d'aide, travail avec les familles, prévention du suicide, prise en charge des symptômes somatiques n'ayant pas d'explication médicale, problèmes de toxicomanie, orientation-recours) (voir *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) / mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG)* (9)).
- Former - en les encadrant - les agents communautaires (agents d'appui, conseillers et, le cas échéant, travailleurs sociaux) aux principes généraux de soins pour qu'ils puissent aider les agents des SSP qui se trouveront face à une augmentation de leur charge de travail. Il peut s'agir de volontaires, d'auxiliaires ou de professionnels selon le contexte. Les agents communautaires doivent être formés et encadrés de façon approfondie dans plusieurs domaines essentiels : évaluation de la perception des problèmes par l'individu, la famille et le groupe, PSP, aide affective, prise en charge du stress, assistance socio-psychologique pour résoudre les problèmes,

mobilisation des ressources familiales et communautaires, et orientation-recours vers d'autres services et soutiens.

- Familiariser les agents et les dirigeants communautaires (par exemple, les chefs de village, les enseignants, les chefs religieux) aux soins psychologiques de base (par exemple, PSP, aide affective, communication de l'information, réponse aux questions les plus fréquemment posées, encouragement des moyens pratiques de faire face à la situation, détection des principaux problèmes de santé mentale et de toxicomanie, messages clés concernant ce qu'il faut dire et ne pas dire) pour sensibiliser la communauté et renforcer son appui et aiguiller les patients vers les services de SSP, le cas échéant.
- Instaurer un système d'orientation et de traitement pour les enfants et les adolescents atteints de troubles mentaux.
- Instaurer un système d'orientation et de traitement pour les personnes souffrant de problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, car leur prévalence pourrait augmenter du fait de l'automédication.
- Former et appuyer les spécialistes de la santé mentale dans le cadre d'une approche étape par étape complète, y compris renforcer les capacités des formateurs nationaux en santé mentale, et celles des responsables de la santé mentale publique.
- Veiller à ce que les personnes souffrant de graves troubles mentaux ou d'épilepsie qui n'ont peut-être pas eu accès à des médicaments adéquats pendant la phase aiguë de l'urgence poursuivent leur traitement médicamenteux.
- Si cela est possible et approprié, collaborer avec les praticiens traditionnels, les accoucheuses traditionnelles et les autres groupes traditionnels. Dans certains cas, une collaboration active peut être instaurée avec les praticiens traditionnels.
- Orienter les soins de santé mentale vers les services sociaux pour assurer la satisfaction des besoins fondamentaux des communautés touchées par la MVE.

Conclusion

Une approche de santé publique est nécessaire pour faire face aux conséquences psychosociales et de santé mentale d'une épidémie de MVE. De nombreuses conséquences mentales et psychosociales sont similaires à celles observées dans d'autres situations d'urgence. Toutefois, le risque de délire, de peur et de stigmatisation sociale est particulièrement élevé dans les situations d'urgence créées par une épidémie de MVE. En introduisant une distance entre les individus, la riposte à la MVE provoque une rupture des normes habituelles et des systèmes d'aide sociale, surtout lorsque des personnes tombent malades ou lorsque des membres de la famille meurent. Il peut en résulter des conflits et une dissolution des relations, ce qui altère les mécanismes existants pour faire face à la situation. La plupart des interventions proposées ici ne nécessitent pas de compétences spécialisées de haut niveau, mais, appliquées efficacement, elles peuvent réduire la souffrance générale de manière significative.

Références

1. Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, Eaton J, Hahn K, Martin S, Nellums L. Beyond the virus: The psychosocial impacts of the Ebola outbreak on affected individuals and communities. *Bulletin of the World Health Organization*. In press.
2. Cooper J. Mental health and psychosocial support in the face of Ebola in Liberia: The personal and professional intersect. A personal account. *Intervention*. 2015; 13(1):49-57.
3. Abdulaziz M, Sheikh TL, Poggensee G, Nguku P, Olayinka A, Oluabunwo C, Eaton J. Including mental health in emergency response: Lessons learnt from the Ebola Virus Disease outbreak in West Africa. *Lancet Psychiatry*. In press.
4. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. IASC: Geneva, 2007.
5. World Health Organization (WHO). Mental Health in Emergencies: *Mental and Social Aspects of Populations Exposed to Extreme Stressors*. WHO: Geneva, 2003.
6. World Health Organization (WHO). *Mental Health of Populations Exposed to Biological and Chemical Weapons*. WHO: Geneva, 2005.
7. Inter-Agency Standing Committee (IASC) Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergency Settings*. IASC RG MHPSS, 2014.
8. Inter-Agency Standing Committee (IASC) Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*. IASC RG MHPSS, 2012.
9. World Health Organization (WHO) and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. WHO: Geneva, 2015.
10. World Health Organization (WHO). *Building Back Better: Sustainable mental health care after emergencies*. WHO: Geneva, 2013.
11. Cheung E. An outbreak of fear, rumours and stigma: Psychosocial support for the Ebola virus disease outbreak in West Africa. *Intervention*. 2015; 13(1):70-76.
12. Hughes P. Mental illness and health in Sierra Leone affected by Ebola: lessons for health workers. *Intervention*, 2015, 13(1): 60-69.
13. Kinsman J. "A time of fear": local, national, and international responses to a large Ebola outbreak in Uganda. *Globalization and Health*, 2012; 8:15.

14. Durodié B, Wessely S. Resilience or panic? The public and terrorist attack. *Lancet*. 2002; 360:1901-2.
15. World Health Organization (WHO). *Field Situation: How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola virus disease*. WHO: Geneva, 2014.
16. World Health Organization (WHO), CBM, World Vision, Unicef. *Psychological first aid for Ebola disease outbreak*. WHO: Geneva, 2014.
17. Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW). *Clinical and Non-Clinical Guidelines*. MOHSW Liberia, 2015.
18. Richters A, Dekker C, Scholte P. Community based sociotherapy in Byumba, Rwanda. *Intervention*. 2008; 6(2):100-116.
19. Baingana, F. *Community Healing Dialogues*. Urgent Africa Fund Report, 2014.
20. Alexander DA, Klein S. Biochemical terrorism: too awful to contemplate, too serious to ignore: subjective literature review. *British Journal of Psychiatry*. 2003; 183:491-497.
21. Glass TA, Schoch-Spana M. Bioterrorism and the people: how to vaccinate a city against panic. *Clinical Infectious Diseases*. 2002; 34:217-23.
22. Eaton J, Valle C, Evans T. Mental health and psychosocial support in Sierra Leone: Reviewing the Ebola virus disease response. Consultation Meeting Report: 6-7 May 2015. Government of Sierra Leone and WHO Sierra Leone: Freetown, 2015.
23. Hewlett BL, Hewlett BS. Providing care and facing death: Nursing during Ebola outbreaks in Central Africa. *Journal of Transcultural Nursing*. 2005; 16(4): 289-297.

Ce document est destiné aux planificateurs de programmes de santé publique travaillant au niveau national et infranational dans les pays touchés par des épidémies de maladie à virus Ebola (MVE). Il s'applique aux organisations gouvernementales et non gouvernementales.

Le présent document offre un aperçu de ce que les planificateurs de programmes de santé publique doivent fondamentalement savoir sur la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) lors des épidémies de MVE. Ce document met en avant des principes généraux ainsi que des considérations spécifiques liées à la SMSPS pour la préparation à une épidémie de MVE et les phases aiguë et post-urgence de cette dernière.

Ce document, publié par le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial, a été élaboré en consultation avec des acteurs humanitaires de Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone.