

Sarah Rizk

Responsable santé mentale
Handicap International
Lyon

Des interventions d'urgence à l'urgence du développement

Le fardeau total de la morbidité en lien avec les troubles mentaux est estimé à 13 %, tant dans les pays à faibles et moyens revenus que dans les pays à haut revenus¹. Ce chiffre très élevé est souvent majoré dans les situations de conflits, de catastrophes naturelles et de grandes précarités socio-économiques à la suite des multiples pertes, séparations, disparitions de proches et de biens ainsi que des renversements des dynamiques sociales entre les femmes et les hommes, et entre les générations.

Ainsi, au sein des contextes dans lesquels les professionnels de santé mentale sont peu nombreux, où les besoins fondamentaux ne sont pas toujours couverts et où la sécurité physique des individus n'est pas garantie, penser des dispositifs soignants constitue un défi. Les réponses possibles dans le champ de la santé mentale sont souvent multiples. Nous remarquons qu'une grande partie de ces interventions insistent sur l'importance de reconnecter l'humain avec son humanité et de lui permettre de recouvrer sa dignité. Ces dispositifs de soin, souvent catégorisés en « santé mentale et soutien psychosocial », tentent de répondre d'une certaine manière aux causes sociales de la détresse psychologique. Les activités qu'on y retrouve cherchent à renforcer ou à recréer des liens avec l'environnement social, à partager des vécus et des émotions avec d'autres semblables qui évoluent dans les mêmes métacadres sociaux et à s'autoriser à investir des objets culturels communs. Ces projets mobilisent ainsi toute personne de la communauté qui a le souci de l'autre, de son mieux-être, de sa sécurité, quels que soient son statut et sa fonction sociale. Dans l'action humanitaire, ces activités socioculturelles sont souvent complétées par des activités plus spécialisées pour la gestion des psychotraumatismes, des deuils, des dépressions, des troubles de l'anxiété et de l'adaptation souvent rencontrés dans ces contextes.

Face à la détresse des populations, les organisations qui proposent des services en santé mentale et en soutien psychosocial puisent dans leur créativité pour répondre au mieux et de la manière la plus juste possible aux besoins des personnes rencontrées. Des recherches ont été menées pour modéliser ces interventions puis mesurer leurs pertinence, efficacité et durabilité afin de les transposer à grande échelle à la demande des gouvernements et des bailleurs. Il s'agit alors de dupliquer ces modèles sur une zone géographique plus large et parfois même à l'échelle nationale afin de répondre aux défis du manque de service de proximité et de qualité. Ainsi ont émergé des modèles comme le *Problem Management Plus* (PM+)², développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le *Friendship Bench*³ ou encore le *Group Interpersonal Therapy* (IPT) for Depression (WHO generic field-trial version 1.0). Genève : OMS. Repéré à https://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/

*Therapy for Depression*⁴. Ces modèles sont souvent inspirés des théories cognitivo-comportementales ou d'autres théories « démontrées efficaces par la preuve ». Leur résultat est souvent conditionné par des dispositifs de supervisions continues, assurées par des experts du secteur de la santé mentale.

L'efficacité de ces modèles est observée par la passation d'échelles de mesure pour évaluer le niveau de manifestation des signes anxio-dépressifs, la qualité de vie et le bien-être ainsi que la fréquentation de services de santé mentale et la satisfaction des usagers de ces services. Un autre critère jugé important, et qui permettrait aussi d'évaluer la qualité du modèle, est son coût par rapport au « retour sur investissement ». Ainsi, certains modèles utilisés, développés dans des contextes d'urgence comme le PM+, tendent à se démocratiser dans des projets de développement. Certains sont même inscrits dans des stratégies nationales en santé mentale jusqu'à s'imposer parfois dans des politiques publiques et se substituer à d'autres modalités de soin possible. Or celles-ci, qui tendent à s'uniformiser, ne tiennent pas toujours compte des facteurs culturels, des processus de narration et de subjectivation, ainsi que du questionnement de l'histoire, des cadres et du commun. Ces observations posent ainsi aux acteurs de l'urgence et du développement plusieurs questions : comment accompagner l'émergence des modalités de soin pertinentes et efficaces qui prennent en compte l'histoire d'un pays, de ses ressources et de ses ambitions d'émancipation vis-à-vis des pays donateurs ? Comment répondre aux défis de la charge mondiale et de la morbidité très élevée en santé mentale sans tomber dans l'idéalisation du *cure*, de l'approche médicale ou d'une approche unique, tout en s'inscrivant dans la perspective d'optimiser la productivité d'une personne en souffrance au sein de sa communauté ? Comment réinterroger la notion de *care* dans les projets de politiques publiques de santé mentale ? Comment faire dialoguer des approches de santé publique avec des initiatives locales qui naissent à partir de rencontres singulières dans des situations d'urgence humanitaire ?

Il semble indispensable et nécessaire de soutenir les dispositifs qui permettent l'émergence de la pensée et de la créativité pour trouver des solutions aux problèmes évoqués dans le secteur de la santé mentale, même à grande échelle, plutôt que de soutenir en priorité la duplication de modèles. Aujourd'hui, certaines orientations stratégiques de développement dans les pays à faibles et moyens revenus qui dépendent de l'aide internationale sont prises dans des logiques économiques, de performance et de survie. Ces logiques s'accordent mal avec des projets d'émancipation de la pensée et du soin. ▶

¹ OMS (2013). *Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020* (8). Repéré à https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

² OMS (2018). *Gestion des problèmes Plus (PM+)* : Soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité (Version générique expérimentale 1.1). Genève : OMS. Repéré à https://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/

³ <https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/>

⁴ OMS (2016). *Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression* (WHO generic field-trial version 1.0). Genève : OMS. Repéré à https://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/