

RESILAC*

*REDRESSEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL
INCLUSIF DU LAC TCHAD



MESSAGES CLÉS

Ibrahim YAMIEN
expert Niger - psychiatre

Ignace Bertrand NDZANA
expert Nigéria - anthropologue

Mahamat MBARKOUTOU
expert Tchad et Cameroun - politologue

Galy MOHAMADOU
*expert Tchad et
Cameroun - psychologue*

Florence CHATOT
*chargée de recherche
Groupe URD
Coordinatrice
de l'étude*

ÉTUDE RÉGIONALE
LA PRISE
EN CHARGE
DES TROUBLES
PSYCHIQUES
DANS LE BASSIN
DU LAC TCHAD

AVRIL 2022

Dans la majorité des conflits violents qui sévissent dans le monde, 90 % des victimes sont des civils. La terreur est en effet utilisée comme moyen de contrôle social des populations: elle est la composante fondamentale de la violence politique moderne et orchestrée pour pénétrer l'univers social d'une population et le psychisme des individus. Anéantir toute forme de cohésion sociale, de paix, de résistance individuelle et de bien-être est l'arme de la plupart des conflits actuels, dont ceux situés dans le bassin du lac Tchad. Les incursions violentes dans les villages et les pillages, mais aussi les sévices physiques et moraux sont les accessoires morbides d'un théâtre politique destiné à « sidérer » littéralement toute une société. Les victimes sont ainsi confrontées à la destruction délibérée de leur univers social, économique, familial et religieux.

Non seulement les attaques des groupes armés non-étatiques (GANE) ne font pas, ou peu, de distinction entre civils et militaires dans leurs actions ciblées, mais l'ancienne « obligation éthique » d'épargner les femmes et les enfants cède la place à une stratégie visant leur agression systématique. Les violences sexuelles envers les femmes, l'enrôlement des jeunes et les prises d'otages sont de véritables méthodes de guerre qui caractérisent la violence du des GANE de la région. C'est dans ce contexte que des milliers de familles ont fui leur village et leur espace de production pour migrer vers des zones réputées plus sécurisées. Pour autant, si cette sécurité très relative permet de rester en vie, elle ne fournit évidemment pas des conditions d'existence décentes. Du déplacement des populations au morcellement des entités familiales et villageoises; de l'accès incertain aux ressources à la réinvention d'une économie de « débrouille »; de l'angoisse du déplacement à la réinstallation dans un environnement méconnu et socialement déstructuré, les causes imbriquées de traumatisme ne manquent pas.

Lorsque la crise s'éternise, une fois que l'éventualité d'une vie meilleure s'efface et que l'espoir d'un retour prochain devient plus incertain, les vulnérabilités sociales s'installent et nourrissent les traumatismes psychologiques. Cet enchaînement d'évènements traumatisants induit également une transformation des rapports sociaux et des logiques d'entraide que les interactions prolongées entre populations hôtes et déplacées ne peuvent que

renforcer. Les suspicions envers « l'autre culturel » - c'est-à-dire celui ou celle qui, étant inconnu, représente soit un réel danger (collusion avec les GANE) soit un risque (partage des ressources) - se cristallisent. De même, la sanction sociale vis-à-vis des personnes en souffrance psychologique et dont les manifestations de troubles se visibilisent dans l'espace public devient plus prégnante. Les représentations collectives liées à la santé mentale - autrefois cantonnées à la distinction entre « être fou » et « être normal » - ne tiennent plus, ou du moins intègrent d'autres dimensions de la souffrance psychique et d'autres explications.

Lorsque la psychiatrie décèle une augmentation des manifestations de troubles mentaux, de psychoses, de dépressions, d'anxiété ou de névroses traumatiques, la médecine traditionnelle y voit une plus forte emprise des forces occultes sur les individus, qu'ils soient instigateurs ou victimes des attaques. Cependant, quels que soient l'étiologie (étude des causes des maladies) et le traitement utilisé, la fonction sociale des thérapeutes (tradipraticiens, psychologues, ATS, etc.) est plus que jamais valorisée par la place donnée à la parole et au soulagement de la souffrance. La prise en compte des histoires personnelles et des expériences traumatiques est d'ailleurs un des points communs des approches « traditionnelle » et « conventionnelle » de prise en charge des troubles psychiques.

Les différentes modalités d'accès aux soins et de prise en charge des troubles mentaux coexistent, sans réellement se concurrencer, tant l'offre de soins biomédicale est rare. Si les premiers recours s'opèrent presque exclusivement dans le cadre traditionnel ou confessionnel, l'accès aux services psychiatriques et psychosociaux se décide « par défaut » selon la disponibilité des services de l'État et des organisations internationales ou lorsque les autres tentatives traditionnelles de traitement ont échoué. Difficile dans ce contexte de parler de résilience des populations comme d'une situation sociale stabilisée et durable. Ce sont plutôt les stratégies de survie au quotidien et le pluralisme thérapeutique qui sont à l'œuvre. La quête de guérison justifiant toutes les démarches de soins, chacun tente de mobiliser le capital social, économique ou symbolique qui est à sa portée pour faire face aux souffrances et à l'incertitude d'une fin de crise prochaine.

RECOMMANDATIONS

À L'ATTENTION DES PROGRAMMES SMPS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

- 1 → **Établir ou renforcer une direction de la santé mentale** au sein du ministère de la Santé dans chaque pays afin de concevoir, doter en ressources et mettre en œuvre un cadre thérapeutique de santé mentale au niveau national, ainsi que des politiques de prévention et de promotion dans ce domaine.
- 2 → **Veiller à ce que les plans nationaux de santé mentale soient développés en tenant compte des spécificités contextuelles** de chaque pays et s'assurer qu'un cadre législatif en santé mentale existe, est appliqué et respecte les normes internationales relatives aux droits humains.

- 3 → Renforcer et élargir les services communautaires de santé mentale par leur intégration dans les soins de santé primaires,** y compris ceux situés en périphérie des villes et dans les zones rurales. Former des agents de soins de santé primaires afin de fournir des soins intégrés dans les structures de santé communautaire et de développer l'offre de soins à domicile.
- 4 → Concevoir ou renforcer les politiques nationales sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans la santé globale** et créer des instituts de recherche pluridisciplinaires sur la médecine traditionnelle et sur l'utilisation et la réglementation des médicaments à base de plantes. Développer la collaboration entre thérapeutes traditionnels et acteurs de la médecine conventionnelle dans le cadre des soins de santé primaire et communautaire
- 5 → Renforcer la formation des psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés et travailleurs psychosociaux** afin de disposer de ressources humaines qualifiées dans les différentes formations sanitaires, notamment dans les zones affectées par la crise lorsque la situation sécuritaire le permet. S'assurer que les professionnels spécialisés en santé mentale sont affectés dans les localités prioritaires et qu'une fois en poste, ils ne sont pas réaffectés ailleurs.
- 6 → Faciliter l'accès à la prise en charge psychiatrique quand elle est nécessaire et inclure les soins psychiatriques** dans les systèmes nationaux de recouvrement des coûts des frais de santé et dans les « packages » de services destinés aux indigents.
- 7 → Assurer la fiabilité de l'approvisionnement en médicaments psychotropes essentiels** dans les hôpitaux et dans les centres de soins de santé primaires afin d'éviter la pénurie d'intrants dans les formations sanitaires des zones d'insécurité. Former le personnel soignant à la gestion des stocks.
- 8 → Élaborer des services spécialisés permettant la reconnaissance et la prise en charge des troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives.** Le modèle des associations d'alcooliques anonymes a depuis longtemps prouvé son efficacité et pourrait facilement être répliqué dans les communautés affectées.
- 9 → Concevoir des matériels d'information, d'éducation et de communication sur la santé mentale** et promouvoir leur diffusion dans les structures sanitaires et autres établissements publics. À ce titre, la bande dessinée est un outil de sensibilisation très efficace.
- 10 → Ouvrir la prise en charge aux profils de patients souvent exclus des programmes SMPS, à savoir les enfants, les adolescents et les personnes âgées.** Adapter les activités aux différents profils.
- 11 → Inclure dans les programmes SMPS des espaces d'écoute et de paroles pour les travailleurs psychosociaux.** Créer des accords de partenariats entre ONG pour garantir la durabilité des activités mises en œuvre par les TPS. (Lorsqu'un programme termine et qu'un autre débute par exemple.)
- 12 → Développer la recherche opérationnelle en santé mentale** afin de concevoir des approches thérapeutiques (de type PM+ ou autre), intégrées et contextualisées garantissant la prise en compte des pratiques et des perceptions locales en matière de traitement des troubles mentaux.

À L'INTENTION DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Renforcer la collaboration avec les structures de l'état

- Faciliter le dialogue entre les structures du ministère de la Santé et les organisations internationales afin de favoriser une transition et une pérennisation des services psychosociaux.
- Harmoniser les procédures de suivi et d'évaluation entre le secteur public et celui des organisations internationales.
- Développer des outils d'évaluation qualitatifs par opposition aux indicateurs de suivi et d'impact quantitatifs (comprendre « comment » s'opère la prise en charge, plutôt que mesurer « combien » de personnes en ont bénéficié).
- Établir des relations avec les services centralisés de l'État dans les contextes où la décentralisation des ser-

vices étatiques est relativement peu efficace et où les décisions prises au niveau central sont souvent déconnectées des réalités locales.

Garantir la participation des populations dans l'identification des activités conçues pour elles

- Réaliser des diagnostics qualitatifs initiaux systématiquement en amont de la conception des activités de prise en charge psychosociale. Idéalement, ces diagnostics devraient être pluridisciplinaires (psychologues, socio-anthropologues, etc.).
- Recenser les organisations locales et les associations communautaires (groupements de femmes, associations de jeunes, de responsables religieux, etc.) investies dans la prise en charge des troubles mentaux.

Sélectionner et mobiliser les plus actives au sein d'un groupe de travail « d'experts contextuels » (Olivier de Sardan). Déléguer la seconde partie du diagnostic initial au groupe de travail, prioriser et mettre en œuvre les recommandations issues du diagnostic « fait par la communauté pour la communauté ». Donner les moyens au groupe de travail de suivre l'avancée des recommandations tout au long du projet. Capitaliser.

Créer des mécanismes d'alliance thérapeutique entre les familles, les psychologues et les thérapeutes traditionnels

- Systématiser la collaboration avec les thérapeutes traditionnels dans les trajectoires de soins des personnes souffrantes.
- Réaliser une cartographie des thérapeutes traditionnels et évaluer leurs pratiques thérapeutiques afin de conclure, ou non, à une collaboration. Les former aux protocoles de prise en charge psychologique afin d'identifier les pratiques communes qui existent entre médecine conventionnelle et médecine traditionnelle. Adapter les protocoles en fonction de ses similitudes.
- Promouvoir la participation des aidants et des accompagnants aux protocoles de prise en charge psychosocial.
- Favoriser la création d'associations de familles et d'accompagnants, délivrer des formations sur l'accompagnement psychosocial et garantir la viabilité financière des associations.

Développer des protocoles de prise en charge et des outils d'évaluation contextualisés

- Dans chaque pays, créer un groupe de travail rassemblant des psychiatres, des psychologues, des travailleurs psychosociaux des tradithérapeutes, des représentants des autorités locales et coutumières, des proches de personnes souffrantes et des personnes souffrantes elles-mêmes afin d'adapter les protocoles de l'OMS (type PM+) aux pratiques et aux logiques sociales qui prévalent en santé mentale. Cette contextualisation est primordiale pour garantir la participation des personnes et communautés affectées ainsi que l'appropriation des outils par les acteurs locaux de santé mentale.
- Faire de même pour l'élaboration des échelles psychométriques en tenant compte de la diversité des symptômes et des maladies, et en adaptant les outils à l'étiologie (cause des troubles) et à la nosologie (classification des troubles) locales.

- Traduire l'ensemble des outils utilisés dans plusieurs langues locales. Revoir et adapter régulièrement les protocoles et les outils.

Garantir la provision de services et biens jugés prioritaires en complément des activités de soutien psychosocial

- S'assurer que les personnes bénéficiant d'une prise en charge psychosociale reçoivent, de façon complémentaire, une aide alimentaire et médicale leur permettant de participer pleinement aux activités. À ce titre, nombreux sont les informateurs qui témoignent de l'aspect secondaire de la prise en charge psychosociale par rapport à la satisfaction de leurs besoins vitaux.
- Créer un réseau de référence regroupant les organisations non gouvernementales et les structures de l'État engagées dans la santé mentale afin de garantir le référencement effectif des personnes prises en charge vers d'autres services. Effectuer un suivi des référencements.

Améliorer la sensibilisation

- Organiser des activités de sensibilisation et de vulgarisation sur les symptômes liés aux troubles de stress post-traumatiques et sur la prise en charge psychosociale. Il ne s'agit pas de promouvoir la médecine conventionnelle par opposition à la médecine traditionnelle, ni de dévaloriser cette dernière, mais de montrer que des souffrances variées peuvent être soulagées par des approches tout aussi variées et complémentaires.
- La sensibilisation peut être véhiculée grâce aux réseaux sociaux et aux radios provinciales. À titre d'exemple, la Mentally Aware Nigeria Initiative utilise la dynamique des médias sociaux pour sensibiliser le grand public aux problèmes de santé mentale.
- Explorer des partenariats avec des agences de production audiovisuelle (par exemple le laboratoire d'anthropologie visuelle de l'Université de Maroua) afin de réaliser des vidéos de sensibilisation et/ou un documentaire sur les souffrances psychologiques et les moyens de les soulager.
- Explorer également de possibles collaborations avec des troupes de théâtre itinérantes et des radios provinciales afin de sensibiliser le public aux causes, conséquences et traitements des troubles mentaux.

Cette publication a été produite avec le soutien financier de l'Union européenne et de l'Agence Française de Développement. Son contenu relève de la seule responsabilité du Groupe URD et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Union européenne ni de l'Agence Française de Développement. Crédits photos: ©2022, RESILAC. Tous droits réservés. Licence octroyée à l'Union européenne sous conditions.

