



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE
PENDANT LA PANDÉMIE COVID-19**

**MAI 2020
CSS N° 9589**



.be

DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé

Place Victor Horta 40 bte 10
B-1060 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Tous droits d'auteur réservés.

Veillez citer cette publication de la façon suivante:

Conseil Supérieur de la Santé. Prise en charge psychosociale
pendant la pandémie COVID-19. Bruxelles: CSS; 2020. Avis
n° 9589.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargés à partir
de la page web: www.css-hgr.be

Cette publication ne peut être vendue



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9589

Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on psychosocial care during the Covid-19 pandemic for health care providers and authorities.

Version validée par le Collège du
6 Mai 2020¹

RESUME

Le CSS a élaboré un avis sur les problèmes psychiques qui peuvent résulter de la pandémie Covid-19, la manière dont ils sont susceptibles d'évoluer et ce que l'on sait sur les moyens à mettre en œuvre pour y faire face à moyen et long terme.

Cet avis vise à établir un état des lieux de la littérature à ce sujet et celui des situations d'urgence collectives, dans le but d'informer les autorités sur les mesures à prendre pour optimiser la prise en charge psychosociale. Les recommandations concernent tant la population générale que les prestataires de soins et autres services de support. L'ensemble de la population a en effet été touchée par les mesures de confinement prises, même si l'impact (et donc le risque de stress aigu et de conséquences à long terme) a été plus important pour certaines personnes. Ces recommandations devront néanmoins être traduites différemment pour chaque groupe cible.

Le CSS recommande que, tout au long de la pandémie, les aspects psychosociaux soient pris en compte, non seulement pour diminuer les problèmes de santé mentale au sein de la population, mais aussi pour favoriser un meilleur suivi des directives relatives à la pandémie. Pour cela, il faut d'une part faire le nécessaire pour prévenir, détecter et traiter les problèmes de santé mentale ; et d'autre part réduire la détresse dans la population. Il faut viser à renforcer la résilience individuelle et collective. Il faut pour cela une communication claire, cohérente et transparente, et utiliser une diversité suffisante de médias. Il est important de faire appel à l'esprit communautaire, plutôt qu'à la coercition et la répression, qui ont des effets pervers sur la santé mentale et le respect des directives.

Au début de la pandémie l'accent doit être mis sur le déploiement efficace des ressources (évaluation et tri des besoins en fonction des ressources). Il faut mettre en place des soins faciles d'accès, que les personnes peuvent solliciter si nécessaire (avec une attention particulière pour les problèmes liés au deuil et pour certains groupes plus vulnérables, ainsi que pour les prestataires de soins). Le soutien psychosocial doit surtout viser à promouvoir le rétablissement naturel et l'autonomie, et détecter et orienter ceux qui ont besoin d'une prise en charge.

¹ Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.

Ces interventions psychologiques ciblées, adaptées et échelonnées doivent ensuite rester disponibles. Le risque sera d'autant plus grand que la pandémie va durer, et il est important de surveiller et de prendre en charge certains signaux (violence domestique, stigmatisation, solitude, etc.).

Après la pandémie, l'évaluation passe au premier plan et il faut se préparer à une éventuelle nouvelle pandémie ; en se concentrant sur la résilience individuelle et collective et en investissant dans la formation des professionnels.

Les réactions aux situations de crise varient fortement d'une personne à l'autre. Beaucoup vont être confrontées à des réactions de stress, qui pour la plupart seront temporaires. Il est nécessaire de traiter ces réactions de stress (y compris avec des interventions en ligne) pour réduire les risques de problèmes plus tard, mais aussi pour renforcer le respect des mesures prises pour lutter contre le virus. La prise en charge du trauma doit quant à elle se faire par des professionnels spécifiquement formés.

La prise en charge de ces problèmes doit tenir compte des facteurs de risque qui déterminent leur apparition et leur évolution :

- Les facteurs de prédisposition : âge, sexe féminin, statut socioéconomique faible, soutien social faible, sentiment de contrôle faible, problèmes psychiques antérieurs...
- Les facteurs déclenchants : peur de la pandémie, quarantaine, longues incertitudes, risques pour sa vie, etc.
- Les facteurs d'entretien : durée du confinement, facteurs personnels tels que la capacité à faire face soi-même, soutien social, réaction et reconnaissance de la communauté, confiance dans l'information fournie, soutien financier et réhabilitation, attention dans les médias, etc.

La solitude est aussi un facteur de risque pour les problèmes de santé mentale. Les personnes qui vivent actuellement séparées de leur famille courent donc un plus grand risque. Les mesures de réduction de contacts sociaux vont avoir un impact sur le bien-être de toute la population.

Il n'y a pas de facteurs dominants, mais il s'agit souvent d'une combinaison de facteurs, ce qui rend certains groupes particulièrement fragiles : les personnes ayant une grande peur de COVID-19, celles qui ont été admises aux soins intensifs, qui se sentent menacées, qui n'ont pas de sécurité d'emploi ou de revenu, qui présentent une vulnérabilité préexistante accrue à l'impact de COVID-19, les parents de jeunes enfants, les femmes, les jeunes, les personnes seules, les personnes qui n'ont pas ou très peu de contacts sociaux, les personnes peu qualifiées (y compris les étudiants universitaires, et les étudiants qui travaillent). On constate ainsi une augmentation de la psychopathologie entre autres chez les femmes avec de jeunes enfants, les migrants, les personnes avec des problématiques psychiatriques antérieures, et les adolescents.

Le secteur de soins mérite aussi une attention particulière, également après la crise.

Il faut par ailleurs être conscient des effets à long terme sur la santé de tous. Des arrêts de travail sont à prévoir, non seulement suite aux infections par le virus, mais aussi à cause des conséquences telles que la charge de travail supplémentaire, les conséquences de l'isolement, du manque de sécurité d'emploi ou financière. Or, le retour au travail et l'emploi en général sont importants pour la prévention des problèmes de santé mentale et d'autres problèmes de santé, ainsi que pour la relance de la société dans son ensemble. Il est donc essentiel de soutenir les programmes visant le retour au travail et la formation.

Enfin, s'il manque de données concernant l'impact des mesures strictes prises concernant les rituels de deuil, le CSS est d'avis qu'il faut travailler sur un processus de deuil réfléchi et échelonné. Une aide professionnelle est aussi recommandée en cas de deuil compliqué.

Mots clés et MeSH *descriptor terms*²

Mesh terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Disease Outbreak	Epidemic	Epidemie	Epidémie	Epidemie
Mental Health	Mental Health	Geestelijke gezondheid	Santé mentale	Psychische Gesundheit
Psychological trauma	Psychotraumatology	Psychotraumatologie	Psychotraumatologie	Psychotraumatologie
	Reintegration	Werkhervatting	Réintégration	Wiedereingliederung
Health Personnel	Health Care Providers	Zorgverleners	Prestataires de soins	Leistungserbringer im Gesundheitswesen
	Psychosocial intervention	psychosociale interventies	Intervention psychosociale	Psychosoziale Intervention
Resilience, Psychological	Resilience	Veerkracht	Résilience	Belastbarkeit

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

Liste des abréviations utilisées

EMDR *Eye movement desensitization and reprocessing*
 TSA Trouble du stress aigu
 TSPT Trouble du stress Post-traumatique

² Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
I Introduction et question.....	5
II Méthodologie	5
III Elaboration et argumentation	7
1 Phasage de la prise en charge psychosociale.....	7
1.1 <i>Au début de la pandémie</i>	8
1.2 <i>Pendant la pandémie</i>	9
1.3 <i>Après la pandémie</i>	9
2 Rétablissement naturel et autonomie	10
3 Un défi pour les capacités d'adaptation	10
4 Des interventions psychosociales ponctuelles ?	11
5 Laissez le travail d'expert aux spécialistes.....	12
6 Les causes des problèmes psychosociaux.....	12
6.1 <i>Facteurs prédisposants</i>	12
6.2 <i>Facteurs déclenchants</i>	13
6.3 <i>Facteurs d'entretien</i>	14
7 Une attention particulière à la solitude.....	15
8 Groupes et moments vulnérables.....	16
9 Une attention particulière pour nos prestataires de soins et les travailleurs de l'aide sociale.....	17
10 Travail et santé mentale.....	18
11 Reprise du travail.....	19
12 Traitement collectif des pertes et des deuils.....	19
IV Conclusions	20
V Recommandations.....	21
VI Références	24
VII Composition du groupe de travail	34
VIII ANNEXES	35

I INTRODUCTION ET QUESTION

Cet avis concerne les problèmes psychologiques auxquels on peut s'attendre à la suite de la crise du coronavirus. Il traite des effets auxquels s'attendre, de leur diagnostic, de leur évolution et de leur pronostic à moyen et long terme ainsi que de ce que nous savons sur les moyens utiles pour y faire face. Il ne s'agit pas d'un manuel sur la manière dont les autorités devront agir pendant et après la crise du coronavirus, mais plutôt d'une exploration de la littérature et des connaissances existantes sur le sujet. L'annexe 1 reprend la question originale.

II MÉTHODOLOGIE

Après analyse de la demande, le Collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué, au sein duquel des expertises en psychologie, psychiatrie, médecine du travail, virologie étaient représentées. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion des experts.

Dans le cadre de la revue systématique de la littérature, le groupe de travail a défini certains termes de recherche et d'inclusion spécifiques qui ont été utilisés pour rechercher les articles pertinents dans la Cochrane Library et PubMed. La préférence a été donnée aux revues ou aux articles ayant fait l'objet d'une évaluation par les pairs, de 2000 à aujourd'hui, et qui ont étudié l'impact psychologique d'une situation traumatogène. L'annexe 2 contient les détails concernant les termes de recherche utilisés et le déroulement du processus du groupe de travail.

Les lignes directrices reprises dans ce rapport ont été choisies au niveau de preuve le plus élevé possible. Bien qu'elles soient nombreuses, les preuves anecdotiques ne font pas partie des preuves scientifiques. Les chiffres et les rapports du terrain ont été inclus dans la mesure où ils satisfaisaient aux principes scientifiques et apportaient une valeur ajoutée pour l'élaboration ultérieure des recommandations. Ce rapport n'est pas une méta-analyse et il n'y a pas eu de détermination complète du niveau de preuve de chaque recommandation.

Par ailleurs, il faut être attentif au caractère unique de la pandémie actuelle et le groupe de travail demande donc que ces recommandations soient réexaminées à la lumière de l'évolution de la situation. Beaucoup de preuves utilisées sont basées sur des événements isolés. À l'heure actuelle, il n'est pas clair si cette comparaison est valable. Les recommandations sont similaires à celles déjà publiées par la Chine³ et suivent les principes qu'on retrouve dans le rapport sur les attentats terroristes⁴ du 22 mars 2016.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail, le Collège a validé l'avis en dernier ressort. Pour que ces recommandations soient disponibles suffisamment à temps, il faut cependant noter que les procédures habituelles de validation internes au CSS ont été adaptées.

Quelques remarques à propos de ce rapport :

- Ces recommandations s'appliquent à tous les adultes (y compris les personnes âgées). Pour chacun de ces groupes potentiellement impliqués, une mise en pratique

³ Jun Zhang, Wu, Zhao, & Zhang, 2020

⁴ HGR 9403, 2017

adaptée s'avère nécessaire à partir des idées fondamentales qui sous-tendent ces recommandations. Il n'est pas du ressort du groupe de travail de déterminer comment cela se présente concrètement. Les auteurs sont disponibles pour tout avis complémentaire.

- En ce qui concerne l'impact de la crise sur les enfants et les jeunes, la science n'en est encore qu'à ses balbutiements. Les enfants et les jeunes vont vivre certains aspects de la même manière que les adultes, tandis que leurs réactions seront différentes sur d'autres. Ce n'était pas l'objectif de cet avis d'émettre des recommandations spécifiques pour ce groupe cible. Des informations scientifiques ont été recherchées depuis le début de la pandémie et jusqu'au 20 avril 2020. Le résultat de ces recherches ne s'est pas avéré suffisant pour formuler des recommandations.
- Ces recommandations et la recherche systématique effectuée peuvent être à la base d'une évaluation. Cela ne relève pas de la compétence du groupe de travail, mais les auteurs sont disponibles pour tout avis complémentaire pendant la phase d'évaluation.
- Les recommandations s'appliquent à la fois à la population générale et aux intervenants psychosociaux qui présentent certaines caractéristiques spécifiques durant cette pandémie. Par « secteur des soins », nous entendons à la fois les travailleurs sociaux et les travailleurs des soins de santé, y compris les accompagnateurs du deuil et les entrepreneurs de pompes funèbres. Il n'y a pas de distinction entre les différents services (de soutien) au sein de ce secteur, car rien n'indique que l'impact est différent. La règle générale s'applique également dans le secteur des soins : plus l'individu est confronté à l'impact et aux conséquences de la crise du coronavirus, plus le risque de réactions aiguës au stress et de conséquences à long terme est élevé.
- Ce rapport n'aborde pas explicitement un certain nombre de facteurs qui rendent certains groupes plus vulnérables aux effets de la crise du coronavirus, tels que le logement, la situation financière et la présence de situations familiales complexes. Cela ne signifie pas que le groupe de travail ne s'attend pas à ce que ces facteurs aient un impact – au contraire.
- Une situation d'urgence collective fait souvent des victimes. Dans le cadre de la pandémie du coronavirus, il convient de faire une distinction importante :
 - les **victimes** directes ou indirectes sont les personnes décédées des suites du COVID-19 et leurs proches ;
 - les **personnes touchées** sont les personnes pour lesquelles la crise du coronavirus a des conséquences. Contrairement à d'autres urgences collectives, dans le cas de la crise du coronavirus, tous les Belges ont été touchés par les mesures strictes imposées pendant le confinement. Les victimes sont évidemment aussi des personnes touchées.

III ELABORATION ET ARGUMENTATION

1 Phasage de la prise en charge psychosociale

La revue de la littérature effectuée mène à un certain nombre de conclusions générales, importantes pour toutes les phases. Par exemple, la littérature montre qu'en cas de pandémie, il est aussi conseillé de s'attaquer stratégiquement à la partie psychosociale. Cette prise en charge a en effet un impact à la fois sur le déroulement de la pandémie (par exemple, le respect des règles) et sur la santé mentale de la population. La prévention, la détection et le traitement des problèmes de santé mentale devraient constituer une composante importante de l'approche générale de santé publique⁵.

En outre, il existe également un besoin général de communication claire, transparente et coordonnée. Une communication véridique doit être la priorité, même dans un contexte de complexité et/ou de compréhension progressive⁶. Des communications et des discussions contradictoires sur les décisions politiques prises ou la simple perception de telles contradictions renforcent le sentiment d'inquiétude qui règne au sein de la société⁷. Il est donc crucial de communiquer de manière univoque et solide en accordant une attention aux défis spécifiques de la communication tels que le cadrage, la stigmatisation et la discrimination⁸ et les différences dans l'éducation aux médias et les préférences de la population en matière de médias. Pour toucher le plus grand nombre possible d'individus de manière uniforme, la stratégie de communication doit diversifier les médias utilisés⁹. Il est également indispensable de répartir clairement les rôles et les tâches dans le domaine de la communication¹⁰. Il est en ce moment nécessaire de faire appel à l'esprit communautaire et à la solidarité. La coercition et la répression ont des effets pervers, tant sur la santé mentale que sur le respect des consignes¹¹.

Enfin, il convient de mettre l'accent sur la continuation et le renforcement actif de la résilience individuelle et collective pour faire face à cette situation exceptionnelle. La résilience joue un rôle important dans la réduction du risque de stress toxique et des problèmes de santé qui y sont associés, tant dans la population générale que dans les groupes cibles spécifiques¹².

⁵ IASC, 2020; Qiu J; Shen B, Zhao M et al, 2020; WHO, 2020

⁶ Nous faisons ici référence à des rapports qui peuvent être considérés comme contradictoires alors qu'ils représentent en fait la réalité en évolution. Même les experts tirent les leçons du COVID-19 alors que l'infection est en cours dans la population.

⁷ Leung M et al, 2005; Cowling J et al, 2010

⁸ Leung M et al, 2003; Bournes D, 2005; Gardner P & Moallem P, 2005; Reynolds DL et al, 2008; Cowling J et al, 2009; Peng EY et al, 2010; Brooks S et al, 2018).

⁹ Bournes D, 2005; Brooks S et al, 2018; Park J, Lee E, Park N & Choi Y, 2018

¹⁰ Bournes D, 2005; Leung M et al, 2005; Cowling J et al, 2010; Goulia P et al, 2010; von Gottenberg et al, 2016

¹¹ Leung M et al, 2005; Maunder RG et al, 2006; Cowling J et al, 2010; Brooks S et al, 2020

¹² HGR Nederland, 2006; Cowling J et al, 2010; De Soir E, Knarren M, Zech E, Mylle K, Kleber R, Van der Hart O, 2012; Sallouma A, Choib M & Smith C, 2019; Losada-Balter A et al, 2020

1.1 Au début de la pandémie

Au début d'une pandémie, l'accent doit être mis sur le déploiement efficace des ressources. Il est nécessaire d'évaluer et de trier les besoins psychologiques en fonction des ressources disponibles immédiatement¹³. Il faut aussi chercher le bon équilibre entre l'attention portée aux besoins psychologiques et psychiatriques, sans pour autant tomber dans une offre de traitement généralisée forcée (cf. résilience ci-dessus). Il convient donc de mettre en place une prise en charge facilement accessible, étape par étape, y compris une aide en ligne et une aide psychologique d'urgence dispensée par des professionnels de première ligne que les citoyens peuvent consulter eux-mêmes lorsqu'ils en ressentent le besoin¹⁴. Il convient d'accorder une attention particulière aux expériences de perte traumatisante en tant que défi mental auquel beaucoup seront confrontés dans cette pandémie : d'une part parce qu'il y a de nombreux décès "inattendus" et d'autre part parce que les circonstances et les mesures de confinement rendent difficile de dire au revoir selon les usages culturels habituels¹⁵.

Certains groupes sont particulièrement vulnérables en raison de divers facteurs et méritent donc une attention particulière. Il s'agit notamment des jeunes, des personnes âgées et des personnes en situation de vulnérabilité, comme les personnes vivant dans une situation de pauvreté, les personnes handicapées et les personnes ayant un statut de migrant¹⁶. Les personnes qui souffrent de problèmes mentaux préexistants sont plus exposées à des infections telles que la pneumonie et ont aussi souvent plus difficilement accès à leur traitement habituel dans le chaos d'une pandémie et des mesures de confinement¹⁷. Il est important de soutenir les familles comme premier tampon social¹⁸.

En cas de pandémie, la continuité des soins de santé mentale réguliers est mise à rude épreuve et mérite une attention supplémentaire¹⁹. Le secteur des soins lui-même est également plus vulnérables et les prestataires ont surtout besoin d'informations correctes et d'une définition claire des rôles²⁰. Les personnes qui sont en première ligne doivent dès le début être suivies au niveau du stress, de la charge mentale et des comportements d'évitement²¹. Il s'agit par exemple du personnel de santé et des personnes qui travaillent dans certains services où elles sont en contact étroit avec les malades. Ces personnes ne sont pas seulement confrontées aux conséquences de la pandémie, elles doivent aussi souvent travailler dans des circonstances changeantes (par exemple, composition de l'équipe, changement d'équipe, etc.) et dans des situations pour lesquelles elles ne sont pas suffisamment préparées. Cette situation entraîne une incertitude supplémentaire et un risque accru de détresse²². Des systèmes de back-up doivent être mis en place et il faut surtout veiller à assurer leur sécurité physique et mentale²³. Un groupe vulnérable spécifique est celui des personnes qui survivent à la maladie et en particulier au niveau du personnel soignant²⁴.

¹³ CPI, 2015; WHO, 2015; Jalloh MF, Bunnell RE et al, 2015; Duan L & Zhu G, 2020

¹⁴ Jalloh MF, Bunnell RE et al, 2015; Qui J, Shen B, Zhao M et al, 2020

¹⁵ Bournes, 2005; Walsh F, 2007; WHO, 2015; Bartone P et al, 2019

¹⁶ Leung M et al, 2005; Jalloh MF, Bunnell RE et al, 2015; Garner P & Moallem P, 2015; Hashem B et al, 2017; Qui J, Shen B, Zhao M et al, 2020¹⁷ Yaot H, Chen J & Yi-Yeng, 2020

¹⁷ Yaot H, Chen J & Yi-Yeng, 2020

¹⁸ Gardner P & Moallem P, 2015; Papadimos R et al, 2018

¹⁹ CPI, 2015; EMCDDA, 2020

²⁰ Leung M et al, 2003; Gardner P & Moallem P, 2015; Hashem B et al, 2017; Jalloh MR, Li W, Bunnell RE et al, 2018; Qui J, Shen B, Zhao M et al, 2020

²¹ Greenberg N, Docherty M et al, 2018; Cénat JM et al, 2019

²² Lee AM et al, 2007; Peng EY et al, 2010; De Soir E, Knarren M, Zech E, Mylle K, Kleber R, Van der Hart O, 2012

²³ Bournes D, 2005; Khalid I et al, 2016; Dionne G, Desjardins D, Lebau M et al, 2018

²⁴ Lee AM et al, 2007; Gardner P & Moallem P, 2015

1.2 Pendant la pandémie

Après la première confrontation aigue avec l'impact de la pandémie, il est crucial de continuer à faciliter l'élargissement et le renforcement des soins de santé mentale. Les interventions psychologiques doivent rester disponibles de manière ciblée et adaptée²⁵. Il est également important pour les prestataires de soins de maintenir un accès à la prise en charge psychologique/psychiatrique la plus accessible possible et de se concentrer sur leurs perceptions et les problèmes auxquels ils sont confrontés afin de réduire les comportements d'évitement²⁶. La continuité des soins et l'attention portée à la confrontation avec la perte traumatique restent des points d'attention importants²⁷.

Plus la pandémie dure longtemps, plus le risque de surcharge est grand au sein de la société. Dans le cadre de la surveillance, il convient d'être attentif aux indicateurs de cette situation. Par exemple, l'augmentation de la violence domestique, la stigmatisation de certains groupes cibles, les expressions de solitude, etc. sont des signaux importants qui doivent être captés et traités en temps utile²⁸. Le risque d'un éventuel traumatisme secondaire augmente²⁹.

1.3 Après la pandémie

Pendant la période qui suit une pandémie, l'évaluation passe au premier plan. Avant tout, la société doit se préparer à une éventuelle nouvelle pandémie face à laquelle, sur la base de l'évaluation, des améliorations devront être apportées dans la stratégie d'approche, la politique et aussi la formation des professionnels³⁰ (si nécessaire et pertinent). Il reste essentiel de se concentrer sur la résilience individuelle et collective³¹. La santé psychosociale est cruciale pour la santé d'une société et tous les outils potentiellement utiles à cet effet doivent être répertoriés. Un plan de prévention des crises cohérent et un plan d'action pour la prochaine pandémie doivent être élaborés³². Dans le secteur des soins de santé, la formation et le développement du personnel doivent être pleinement déployés afin que ce secteur crucial soit prêt à intervenir dans des situations de crise³³.

²⁵ Duan L & Zhu G, 2020; Qiu J; Shen B, Zhao M et al, 2020

²⁶ Barnes N et al, 2015; Dekel R, Nuttman-Schwartz O & Lavi T, 2016; ; Khalid I et al, 2016; Labrague L, Hammad K, Gloe S et al, 2017; Brooks S et al, 2018; Dionne G, Desjardins D, Lebau M et al, 2018; Park J, Lee E, Park N and Choi Y, 2018; Brooks S et al, 2020; Chen Q, Liang M, Li Y et al, 2020

²⁷ Walsh F, 2007; Barnes N et al, 2015; Dekel R, Nuttman-Shwartz R & Lavi T, 2016; Cénat JM et al, 2019; Yaot H, Chen J & Yi-Yeng, 2020

²⁸ IMPACT, 2014; Cowling J et al, 2009; Brooks S et al, 2018; Park J, Lee E, Park N & Choi Y, 2018; Prasso S, 2020

²⁹ Walsh F, 2007³⁰ Lee AM et al, 2007; De Soir E, Knarren M, Zech E, Mylle K, Kleber R, Van der Hart O, 2012; Liu X et al, 2012; CPI, 2015; WHO, 2015

³⁰ Lee AM et al, 2007; De Soir E, Knarren M, Zech E, Mylle K, Kleber R, Van der Hart O, 2012; Liu X et al, 2012; CPI, 2015; WHO, 2015

³¹ Walsh F, 2007; Duan L & Zhu G, 2020; Prasso S, 2020

³² Jalloh MF, Bunnell RE et al, 2015; Duan L & Zhu G, 2020; Qiu J; Shen B, Zhao M et al, 2020

³³ Bournes D, 2005; De Soir E, Knarren M, Zech E, Mylle K, Kleber R, Van der Hart O, 2012; Jalloh MF, Bunnell RE et al, 2015; Dekel R, Nuttman-Schwartz R & Lavi T, 2016; Labrague L, Hammad K, Gloe S et al, 2017; Brooks S et al, 2018; Dionne G, Desjardins D, Lebau M et al, 2018; Cénat JM et al, 2019; Duan L & Zhu G, 2020; Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S & Wessely S, 2020

2 Rétablissement naturel et autonomie

Durant une situation d'urgence collective, l'accent doit être mis sur le rétablissement naturel et l'autonomie¹². L'aide psychosociale doit viser à les promouvoir. Le manque de preuves sur l'effet d'une intervention préventive ne signifie pas que la prise en charge psychosociale n'a pas sa place pendant la phase aiguë. C'est ce qui ressort de l'expérience acquise sur le terrain. Le fait que les intervenants stimulent le rétablissement naturel et l'autonomie au cours de cette période s'avère bénéfique au niveau de la santé des personnes touchées à long terme. Comme le souligne également l'avis du CSS 9403³⁴, il est donc particulièrement important de faciliter l'accès aux intervenants, en évitant d'installer un système trop formalisé, tout en les laissant totalement libres (respect de l'autonomie).

La meilleure approche consiste à répondre aux besoins pratiques, sociaux et émotionnels immédiats des personnes concernées. Par exemple : offrir une oreille attentive, aider à retrouver des proches, aider à résoudre des problèmes pratiques et informer les gens de l'impact que l'événement peut avoir sur leur bien-être. Les intervenants doivent être attentifs à ceux qui ont besoin d'un traitement thérapeutique et leur indiquer la voie à suivre¹².

3 Un défi pour les capacités d'adaptation

Les réactions pendant la phase (sub)aiguë - bien qu'elles puissent être violentes - peuvent généralement être considérées comme des réactions normales à un événement anormal. Les gens sont très différents dans leur façon de réagir à une urgence collective. Pour autant que l'on sache, de nombreuses personnes doivent faire face, pendant et après une urgence collective, à des réactions de stress, parfois très sévères. En règle générale, les problèmes de santé qui y sont associés sont de nature temporaire. La plupart des gens sont résilients et se rétablissent dans un délai prévisible. À plus long terme, les réponses les plus courantes après une situation d'urgence collective sont :

- l'angoisse,
- l'abattement,
- la reviviscence intrusive,
- l'abus de substances (telles que l'alcool et les drogues),
- des symptômes physiques inexpliqués.

Les estimations de la fréquence de ces réactions sont très variables. Selon la littérature sur les catastrophes, dans les pays occidentaux, 20 à 50 % des personnes concernées souffriraient de tels problèmes un an après l'urgence collective³⁵. Cela ne veut pas dire qu'elles vont développer des troubles psychiatriques tels que la dépression, les troubles anxieux, le trouble du stress post-traumatique (TSPT) ou la dépendance. Mais une augmentation de ces troubles est toutefois observée dans certains groupes, notamment chez les mères de jeunes enfants, les personnes évacuées, les personnes ayant un statut de migrant, les personnes ayant déjà eu des problèmes psychiatriques et les adolescents¹².

Sur la base de ce qui précède, les membres du groupe de travail déduisent que, tôt ou tard, une proportion élevée des personnes concernées vont souffrir de ce que nous appelons un trouble du stress aigu (TSA). Un TSA peut se développer en TSPT. Le TSPT survient lorsque certaines formes graves de stress - telles que la reviviscence, l'évitement et une irritabilité accrue - persistent pendant plus d'un mois après l'événement ou se développent plus d'un mois après l'événement³⁶.

³⁴ HGR 9403 2017³⁵ Bromet & Havenaar, 2002; Havenaar & Bromet, 2003

³⁵ Bromet & Havenaar, 2002; Havenaar & Bromet, 2003

³⁶ American Psychiatric Association, 2013

Chez les adultes, le risque de développer un TSPT après l'exposition à un événement traumatique est d'environ 10 % en moyenne³⁷. Mais certaines études montrent des risques plus élevés et l'estiment même supérieur à 30 %. L'augmentation des symptômes est également fréquente chez les jeunes au cours des premiers mois³⁸. Les pourcentages diffèrent grandement d'une étude à l'autre. Ils dépendent, entre autres, du type d'événement et des procédures de recherche utilisées. Par exemple, les questionnaires montrent des pourcentages plus élevés que les entretiens cliniques³⁹.

La plupart des personnes concernées retrouvent leur équilibre sans l'aide d'intervenants professionnels¹². Les personnes touchées par une situation d'urgence collective doivent puiser dans leurs capacités d'adaptation et de résilience.

Il semble que les symptômes et les effets soient généralement plus forts dans la période qui suit immédiatement l'urgence collective⁴⁰ et qu'ils diminuent ensuite progressivement et même qu'ils soient parfois interrompus par de courtes périodes de stagnation ou même d'augmentation. L'intensité de la plupart des symptômes diminue dans un délai d'un an à un an et demi. Parfois, elle reste constante pendant longtemps ou s'aggrave⁴¹. Chez une minorité non négligeable des personnes interrogées - environ 20 à 25 % des personnes concernées - les symptômes persistent pendant des mois, voire des années. En outre, un lien clair a été démontré entre la gravité des symptômes à court terme et ceux à moyen et long terme⁴².

Les directives existantes de l'OMS, de l'APA, du NICE, de l'ISTSS et du NHMRC⁴³ recommandent la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme et l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) comme techniques de traitement des TSA. Les lignes directrices du NICE et de l'OMS recommandent que dans cette situation de confinement, dans laquelle il est impossible d'avoir un accompagnement psychologique en face à face, d'autres solutions, notamment un accompagnement en ligne, soient recherchées de manière créative. En Chine, des expériences ont déjà été menées avec le développement d'une prise en charge psychologique en ligne ou des interventions de groupes⁴⁴. Prendre en charge les réactions de stress toxique fait baisser le risque de problèmes à un stade ultérieur. De plus, dans ce cas, les gens sont plus enclins à respecter les mesures imposées pour endiguer le virus⁴⁵.

4 Des interventions psychosociales ponctuelles ?

L'effet préventif des interventions psychologiques précoces n'a pas été suffisamment étudié, mais il est clair qu'un débriefing ponctuel n'a aucune valeur préventive pour les symptômes de TSPT⁴⁶. Des interventions psychologiques collectives à bas seuil peuvent être déployées. L'objectif des interventions pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence collective est de réduire les symptômes de stress, les TSA et le risque de TSPT.

³⁷ Breslau et al., 1998; De Vries & Olf, 2009

³⁸ Bonanno et al., 2010; Norris et al., 2002

³⁹ Engelhard et al., 2007

⁴⁰ Rubonis & Bickman, 1991

⁴¹ Bartone, Ursano, Wright, & Ingraham, 1989; McFarlane, Policansky, & Irwin, 1987; Wang et al., 2000

⁴² Norris, Friedman, & Watson, 2001

⁴³ WHO: Wereldgezondheidsorganisatie; APA: American Psychological Association; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; ISTSS: International Society for Traumatic Stress Studies; NHMRC: Australian National Health and Medical Research Council.⁴⁴ Zhang et al., 2020

⁴⁴ Zhang et al., 2020

⁴⁵ Leung et al., 2005

⁴⁶ Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2002

5 Laissez le travail d'expert aux spécialistes

L'avis n° 9403 du CSS (2017) relatif aux recommandations en matière de prévention et de gestion des séquelles psycho-sociales dans le cadre de situations d'urgences individuelles ou collectives indiquait déjà que le traitement des expériences traumatisantes doit être assuré par des professionnels formés et compétents qui répondent à un certain profil (voir l'annexe 4 concernant le niveau de formation requis des thérapeutes spécialisés dans les traumatismes)⁴⁷.

6 Les causes des problèmes psychosociaux

Les facteurs qui jouent un rôle dans l'apparition et le déroulement des troubles psychiques peuvent être distingués en trois catégories⁴⁸ :

- Facteurs prédisposants : les gens sont différents en termes de vulnérabilité. Une personne plutôt qu'une autre sera touchée ;
- Facteurs déclenchants : il s'agit des circonstances qui déclenchent les symptômes chez les personnes sensibles, en l'occurrence ici la situation d'urgence collective ;
- Facteurs d'entretien : nous parlons ici des facteurs qui font que les symptômes persistent et entravent le rétablissement.

6.1 Facteurs prédisposants

- **Âge** : les enfants en âge scolaire présentent parfois plus de symptômes que les adultes après des urgences collectives. Chez les jeunes enfants, la réaction du parent de référence à la situation d'urgence collective joue un rôle important. Plus la réaction du ou des parents et la perturbation de la famille et de l'environnement sont graves, plus les effets sur l'enfant sont importants⁴⁹.
- **Sexe** : après une situation d'urgence collective, les femmes et les filles présentent plus de symptômes que les hommes et les garçons. Les mères qui ont de jeunes enfants courent un risque supplémentaire, surtout lorsqu'il existe une menace inconnue et incertaine⁵⁰.
- **Statut socio-économique** : des indications semblent fortement indiquer que les conséquences des urgences collectives sont plus préjudiciables à la santé des personnes quand leur statut socio-économique est peu élevé⁵¹. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les personnes ayant un statut socio-économique plus élevé disposent de plus de ressources pour faire face aux conséquences. Des recherches menées à l'étranger ont montré que les personnes qui ont un faible statut socio-économique sont plus susceptibles d'être touchées par une urgence collective du fait de leur lieu de résidence.

⁴⁷ HGR 9403 2017

⁴⁸ Gezondheidsraad, 2005; Mayou & Farmer, 2002; Sharpe, 2002; van den Berg, Grievink, Ijzermans, & Lebrecht, 2005⁴⁹ Norris et al., 2002; McFarlane et al., 1987; Vogel & Vernberg, 1993; Bromet & Dew, 1995; Gurwitch & Sullivan, 1998; Gallo et al., 2019

⁴⁹ Norris et al., 2002; McFarlane et al., 1987; Vogel & Vernberg, 1993; Bromet & Dew, 1995; Gurwitch & Sullivan, 1998; Gallo et al., 2019

⁵⁰ Bromet & Havenaar, 2002; Havenaar & Bromet, 2003; Norris et al., 2002; Silver et al., 2002; van den Berg et al., 2005; Vogel & Vernberg, 1993; Bromet et al., 1982; Havenaar & Van Den Brink, 1997; Havenaar et al., 1996

⁵¹ Havenaar & Van Den Brink, 1997, Norris et al., 2002

- **Culture et origine ethnique** : les membres adultes des minorités ethniques présentent souvent plus de symptômes et de problèmes après une urgence collective que les personnes appartenant à la culture dominante⁵².
- **Neuroticisme** : il est prouvé que le neuroticisme - la tendance à s'inquiéter et à devenir rapidement anxieux - augmente la probabilité que des problèmes et des symptômes apparaissent après une urgence collective⁵³, par opposition à une personnalité solide et stable.
- **Sentiment de contrôle sur la vie** : il semble que les personnes qui ont le sentiment de n'avoir que peu ou pas de contrôle sur leur propre vie présentent davantage de problèmes après une situation d'urgence collective⁵⁴.
- **Réseau social, soutien social** : lorsque les gens ont peu de contacts sociaux, ils sont plus vulnérables après une urgence collective⁵⁵.
- **Domages psychologiques antérieurs résultant d'événements choquants** : les personnes qui ont déjà vécu des événements choquants - tels qu'un accident, un viol ou la perte d'un être cher - qui ont entraîné des dommages psychologiques sont plus vulnérables après des urgences collectives. Il en va de même pour les personnes qui sont stressées depuis longtemps⁵⁶.
- **Symptômes antérieurs à l'urgence collective** : les personnes ayant des antécédents de troubles physiques ou psychopathologiques inexplicables (anxiété, dépression, SSPT ou autres problèmes psychiatriques) sont plus susceptibles d'également développer de tels troubles après une situation d'urgence collective⁵⁷.

6.2 Facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchants sont des circonstances spécifiques qui déclenchent des symptômes chez les personnes qui y sont sensibles. Le facteur déclenchant le plus important est le caractère brutal et intrusif de la confrontation à l'urgence collective, par exemple parce que quelqu'un a été en danger de mort, a été dans l'incertitude de manière prolongée quant au sort de ses proches ou a été mis en quarantaine. Les personnes qui ont très peur de la pandémie sont plus vulnérables aux facteurs déclenchants⁵⁸.

Les personnes qui sont en danger de mort (ou qui l'ont été) sont les plus susceptibles d'avoir des dommages psychologiques à long terme, et plus particulièrement de souffrir de TSPT⁵⁹.

Il est aussi évident aujourd'hui que plus une personne vit de telles situations, plus elle risque d'en subir des dommages psychologiques. Une vaste méta-analyse réalisée en 1991 sur les attentats terroristes montre également que les symptômes psychopathologiques sont plus nombreux chez les survivants à mesure que le nombre de décès augmente⁶⁰.

⁵² Norris et al., 2002

⁵³ Norris et al., 2002

⁵⁴ Gibbs, 1989; Prince-Embury, 1992

⁵⁵ Norris et al., 2002⁵⁶ Bromet & Havenaar, 2002; Havenaar & Bromet, 2003

⁵⁶ Bromet & Havenaar, 2002; Havenaar & Bromet, 2003

⁵⁷ Bromet et al., 1982; Havenaar & Bromet, 2003; IJzermans et al., 2005; Norris et al., 2002; Silver et al., 2002; van den Berg et al., 2005

⁵⁸ Bromet & Havenaar, 2003; Gurwitch, Sullivan, & Long, 1998; Havenaar & Bromet, 2003; Norris et al., 2002; Rubonis & Bickman, 1991; Silver et al., 2002; van den Berg, Grievinck, IJzermans, & Lebret, 2005; Vogel & Vernberg, 1993

⁵⁹ Bromet & Havenaar, 2003; Gurwitch, Sullivan, & Long, 1998; Havenaar & Bromet, 2003; Norris et al., 2002; Rubonis & Bickman, 1991; Silver et al., 2002; van den Berg, Grievinck, IJzermans, & Lebret, 2005; Vogel & Vernberg, 1993

⁶⁰ Rubonis & Bickman, 1991

6.3 Facteurs d'entretien

- **Évacuation et quarantaine** : une évacuation prolongée peut être un facteur de risque important. On suppose que la longue distance entre le site d'évacuation et la zone d'urgence collective, la perte du domicile ou du travail, les problèmes d'adaptation au nouvel environnement, la perte du soutien social et la stigmatisation y jouent un rôle. Une quarantaine prolongée peut avoir des effets similaires. Si un hébergement à long terme ailleurs est inévitable, ces effets négatifs devront être pris en compte⁶¹.
- **Attribution somatique** : en cas d'incertitude persistante concernant l'exposition à des substances toxiques ou à des radiations et aux dommages sanitaires qui en résultent, les gens peuvent continuer à attribuer leurs problèmes de santé à cette exposition, même s'il n'y a pas de corrélation entre les deux⁶². Cela donne l'impression qu'on n'a pas personnellement de pouvoir sur les symptômes, ce qui entrave le rétablissement.
- **Facteurs personnels** : le manque de perception et d'adaptation adéquates est un des facteurs personnels qui entretiennent les symptômes. La manière dont une personne est capable d'évaluer sa propre capacité à faire face à la situation influence grandement l'évolution des choses⁶³. Une approche active des problèmes protège contre les symptômes psychologiques⁶⁴. Il est donc recommandé que les interventions conduisent à tout moment à l'activation des personnes concernées.
- **Soutien social** : Le soutien social peut agir comme un tampon entre les facteurs de stress et le développement d'un trouble⁶⁵. La mesure dans laquelle une personne reçoit un soutien émotionnel et pratique après la situation d'urgence collective, ou la perception positive de celle-ci, constitue donc un facteur important. Les personnes qui ne disposaient pas d'un bon réseau social avant l'urgence collective souffrent encore plus après. Il est également possible qu'on ait déjà bénéficié de ce soutien, mais qu'il se dégrade lentement à mesure que la situation perdure. Cet élément constitue également un point d'intérêt.
- **Réponse de la communauté** : la manière dont la communauté à laquelle on appartient répond à l'urgence collective est importante. Car, en effet, le soutien, l'attention, la reconnaissance et le respect ont tous un effet protecteur. Les cérémonies de commémoration et les monuments peuvent contribuer au traitement et au rétablissement⁶⁶.
- **Confiance dans les informations mises à disposition, dans les experts et les représentants de l'autorité** : ce facteur est susceptible d'avoir une influence positive sur le rétablissement⁶⁷. Gagner et conserver la confiance des personnes concernées doit donc être une priorité pour les autorités.
- **Les régimes d'aide financière et leur clôture, la reconstruction et la réinstallation rapides** : ces facteurs favorisent le rétablissement des personnes touchées. Quand les personnes touchées ne reçoivent aucune aide financière et que la reconstruction est difficile, leur rétablissement en pâtit.

⁶¹ Brooks , Webster, & Smith, 2020

⁶² Havenaar, Cwikel, & Bromet, 2002; Bertazzi, 1989

⁶³ Norris et al., 2002⁶⁴ Silver et al., 2002

⁶⁴ Silver et al., 2002

⁶⁵ Bromet & Havenaar, 2002; Havenaar & Bromet, 2003

⁶⁶ Post, Nugteren, & Zondag, 2002

⁶⁷ Havenaar & Bromet 2002

- **L'attention des médias** : les médias peuvent jouer un rôle important, tant positif que négatif, en diffusant des informations sur les conséquences d'une situation d'urgence collective. Une grande attention médiatique accordée aux aspects dramatiques d'une situation d'urgence collective peut renforcer la compassion accrue de la société envers les victimes, mais peut également renforcer la peur⁶⁸.

Le groupe de travail souligne que ces facteurs sont un modèle de pensée. L'hypothèse est que les symptômes ne deviennent chroniques que si une personne présente des facteurs prédisposants, des facteurs déclenchants et des facteurs d'entretien. Il y a une divergence d'opinions sur le poids à attribuer à ces différents facteurs. Les facteurs de risque de symptômes psychologiques après des urgences collectives ont beaucoup été étudiés, mais la qualité de la recherche est souvent moyenne. La taille des groupes étudiés est souvent trop petite, il n'y a pas de groupes de contrôle ou ils sont inadéquats ou encore les études présentent d'autres faiblesses méthodologiques qui fragilisent leurs conclusions.

L'aperçu ci-dessus est principalement basé sur l'examen des facteurs de risque après des situations d'urgence collective⁶⁹ et il n'est pas clair comme ceci doit être interprété pour les problèmes psychosociaux au cours de la pandémie actuelle. On en sait moins sur les facteurs prédisposants que sur les facteurs déclenchants et d'entretien, car on manque souvent de données adéquates relatives à avant ou pendant une situation d'urgence collective.

7 Une attention particulière à la solitude

Les recherches montrent que la solitude, l'absence de contact et l'isolement social sont des facteurs de risque de la survenue de problèmes mentaux, de maladies et même de décès, que ce soit par suicide ou autrement⁷⁰. À l'inverse, il semble également qu'une mauvaise santé ou des problèmes de santé puissent conduire à l'isolement⁷¹. Les personnes qui vivent actuellement séparées de leur famille ou de leurs proches courent un risque plus élevé de développer des problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété⁷² ou des pensées suicidaires⁷³. C'est pourquoi l'OMS a récemment remplacé les termes « distanciation sociale » par « distanciation physique » dont la connotation de solitude et d'isolement est moins forte.

Il est fort probable que pendant et après la pandémie du coronavirus, l'ensemble de la population évalue son propre bien-être de manière moins positive que dans des circonstances normales et cela, en raison des mesures strictes imposées au niveau des contacts sociaux. Lors de l'épidémie de SRAS de 2003 au Canada, 38,5 % des personnes interrogées ont fait état de solitude et 60,6 % d'isolement social pendant la quarantaine qui leur a été imposée⁷⁴. Une récente étude britannique semble indiquer que les effets sont encore plus prononcés chez les enfants et les adolescents : 83 % des enfants et des adolescents interrogés qui ont déclaré avoir des problèmes de santé mentale avant la pandémie du coronavirus ont indiqué qu'ils se sentaient encore plus mal pendant les mesures de confinement⁷⁵. Malgré l'utilisation accrue des médias sociaux, ils ont moins accès aux soins de santé mentale et au soutien de

⁶⁸ Mertens, Gerritsen, Salemink, & Engelhard, 2020

⁶⁹ Bromet & Havenaar, 2002; Galea, Nandi, & Vlahof, 2005; Gidron, 2002; Gurwitch, Sullivan, & Long, 1998; Havenaar & Bromet, 2003; Havenaar & Van Den Brinck, 1997; Norris, Friedman, & Watson, 2002; Norris et al., Silver, Holman, McIntosh, Poulin, & Gil-Rivas, 2002; van den Berg, Grievink, Ijzermans, & Leuret, 2005; Vogel & Vernberg, 1993⁷⁰ Rico-Urbe et al., 2018; Valtorta et al., 2016; Elovainio, 2017

⁷⁰ Rico-Urbe et al., 2018; Valtorta et al., 2016; Elovainio, 2017

⁷¹ Victor et al., 2005

⁷² Smith & Victor, 2018

⁷³ Calati, 2020

⁷⁴ Reynolds et al., 2008

⁷⁵ Lee, 2020

leurs amis. Bien que les médias sociaux offrent effectivement une forme de connexion, ils sont aussi une source de (trop-plein) d'informations, parfois fausses, et de stress, surtout pour les personnes qui sont seules et qui sont moins capables de communiquer à leur sujet avec les autres.

Les mesures de quarantaine et l'isolement qui en résultent entraînent une augmentation de la violence domestique, de la maltraitance, de l'exploitation et de la négligence à l'égard des enfants⁷⁶. C'est ce qui était déjà ressorti de la crise du virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2016 et ressort maintenant de la crise du coronavirus en Chine.

Les patients potentiellement infectés et les cas confirmés, ainsi que les travailleurs de la santé qui doivent rester isolés de leurs proches en raison du risque d'infection sont aussi stigmatisés.

Les personnes qui vivent seules ou qui doivent s'isoler en raison de circonstances exceptionnelles réalisent un score plus élevé au questionnaire de santé générale que les personnes vivant avec des colocataires. Ce questionnaire évalue les problèmes de santé mentale et plus son score est élevé, plus le risque de symptômes est élevé. Cette situation a été observée au moment de l'épidémie de SRAS⁷⁷, de l'épidémie de COVID-19 en Chine⁷⁸ et ressort aussi des récents résultats non publiés de l'étude Corona de l'Université d'Anvers (2020 - voir en annexe).

8 Groupes et moments vulnérables

Plusieurs sources indiquent que les différences individuelles en matière de santé dépendent de facteurs de risque uniques, notamment des caractéristiques contextuelles de l'événement, de la distance physique à laquelle on est exposé au risque, de la distance imposée à la suite de l'événement, du sexe, de l'âge au moment de l'événement, de l'origine ethnique, du statut socio-économique, de la maladie mentale, de la perte d'un être cher, de la perturbation du tissu social (les relations sociales peuvent s'améliorer après une urgence collective, en particulier dans sa propre famille, mais la grande majorité des preuves vont plutôt dans le sens d'une érosion des relations personnelles et de l'esprit communautaire)⁷⁹.

Les recherches montrent qu'il ne semble pas y avoir de facteur prédictif prédominant concernant les symptômes et le rétablissement psychologiques, mais plutôt une combinaison de facteurs⁸⁰. Certains groupes sont vulnérables. Le groupe de travail s'aligne sur les chiffres rapportés dans la littérature scientifique et présentés dans les lignes directrices existantes. On observe une augmentation de la psychopathologie chez les mères de jeunes enfants, les personnes évacuées, les migrants, les personnes ayant déjà eu des problèmes psychiatriques et les adolescents⁸¹.

Un certain nombre de groupes présentent un risque accru de développer des problèmes à long terme (voir la revue en annexe) :

- les personnes qui ont très peur du COVID-19 ;
- les personnes (qui ont été) admises aux soins intensifs ;

⁷⁶ Lee, 2020

⁷⁷ Nickelle et al., 2004; Lee et al., 2007

⁷⁸ Dai et al., 2020⁷⁹ Brewin et al., 2000; Bonanno et al., 2010; Gezondheidsraad, 2006; Norris et al., 2002; Ozer et al., 2003

⁷⁹ Brewin et al., 2000; Bonanno et al., 2010; Gezondheidsraad, 2006; Norris et al., 2002; Ozer et al., 2003

⁸⁰ Brewin et al., 2000; Wohlfarth, Winkel, & van den Brink, 2002; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Bonanno et al., 2010

⁸¹ Wang et al., 2020

- les personnes qui se sentent menacées / submergées ;
- les personnes qui ne sont pas sûres de leur emploi ou de leur revenu ;
- les personnes présentant une vulnérabilité préexistante⁸² accrue à l'impact du COVID-19 ;
- les parents de jeunes enfants ;
- les femmes ;
- les jeunes ;
- les personnes seules ;
- les personnes qui n'ont pas ou très peu de contacts sociaux ;
- les personnes peu qualifiées (y compris les étudiants universitaires et aussi les étudiants qui travaillent).

9 Une attention particulière pour nos prestataires de soins et les travailleurs de l'aide sociale⁸³

Le secteur des soins mérite une attention particulière en ce qui concerne l'impact de la pandémie du coronavirus. La Chine et l'Italie nous montrent déjà que la crise du coronavirus s'avère particulièrement grave pour les professions de la santé. Pour commencer, ce groupe court un risque réel d'infection. Le personnel médical et soignant doit faire face à un rythme de travail très lourd, à un nouveau contenu de travail inattendu et à des situations confrontantes. Se protéger et en même temps traiter les patients malades demande une concentration extrême. En outre, ils sont confrontés à la souffrance et à la mort, et doivent rapidement prendre des décisions vitales difficiles à prendre⁸⁴. En Chine et en Italie, une partie du personnel soignant s'est retiré, non seulement en raison de la contamination par le coronavirus, mais aussi à cause du stress aigu lié à la situation.

Les résultats d'une étude multicentrique menée auprès de 1 563 membres du personnel médical de l'hôpital de Nanfang, (Guangzhou, Chine) montrent que ce personnel a été touché par la dépression (50,7 %), l'anxiété (44,7 %), l'insomnie (36,1 %) et des symptômes d'anxiété face à la maladie (73,4 %) ⁸⁵ pendant la crise du coronavirus.

Une étude chinoise menée auprès de 4 600 prestataires de soins⁸⁶ a montré que les principales préoccupations des prestataires de soins sont, respectivement, la contamination de leurs collègues, la contamination des membres de leur famille, le fonctionnement des équipements de protection individuelle et la violence médicale. Dans plus de 40 % des cas, une forte augmentation du stress a été observée, en particulier chez ceux qui avaient eu un contact de première ligne avec des patients COVID-19 et les membres de leur famille.

Une étude transversale menée auprès de 150 prestataires de soins ayant travaillé dans le contexte de l'épidémie de MERS-CoV à Djeddah (Arabie Saoudite)⁸⁷ a montré que c'était principalement la dimension éthique du travail qui maintenait les prestataires de soins au travail. Leurs principales préoccupations concernaient leur sécurité personnelle et celle de leurs collègues et de leur famille. La guérison de leurs collègues contaminés et le fait de

⁸² Nous faisons également référence ici aux patients présentant déjà des troubles psychiatriques (graves). Il peut y avoir ici une exacerbation des problèmes existants, ainsi que le développement de nouveaux problèmes. Un contrôle, un diagnostic et un suivi adaptés sont nécessaires.

⁸³ Ce groupe est à comprendre dans le sens le plus large possible. On pense aussi ici aux services techniques ou de support (intra et extramuros) mais aussi par exemple aux entreprises de pompes funèbres. ⁸⁴ Godderis, Boone, & Bakusi, 2020

⁸⁴ Godderis, Boone, & Bakusi, 2020

⁸⁵ Liu et al., 2020

⁸⁶ Dai et al., 2020

⁸⁷ Khalid I et al., 2016

constater que leur propre situation devenait plus sûre grâce à une meilleure protection ont été accueillis comme une aide pour rester positifs au travail. La reconnaissance de leurs efforts, tant de la part de leur propre direction que de la population, a également été jugée importante.

Après la crise du coronavirus, il faut également s'attendre à de nouveaux abandons liés à des problèmes de santé mentale à long terme tels que l'épuisement professionnel, la dépression et les troubles anxieux. Cela ressort déjà des chiffres de la Chine et des précédentes épidémies de SRAS et de MERS.⁸⁸ Un effet domino se crée : lorsque les collègues sont absents, la charge de travail du personnel de santé augmente encore. Les précédentes pandémies de grippe ont montré qu'il peut y avoir un taux d'absentéisme de 40 à 70% du personnel hospitalier, soit à cause d'une maladie causée par le virus lui-même, soit à cause de problèmes mentaux aigus⁸⁹.

Bien que la littérature sur les facteurs de stress des prestataires de soins en situation de crise soit suffisante, on trouve peu d'informations sur les traumatismes subis par ce groupe cible. Nous en savons trop peu sur les facteurs qui favorisent les traumatismes. Il est cependant conseillé de limiter autant que possible les facteurs de stress connus. Un soutien psychosocial préventif est également souhaitable.

10 Travail et santé mentale

Nous devons être conscients des conséquences à long terme sur la santé de tous les travailleurs. Il faut s'attendre à l'absence d'une partie du personnel, non seulement à cause des infections à coronavirus, mais aussi à cause du stress, de la frustration et de l'isolement dûs à la quarantaine⁹⁰. Il est probable que les différents groupes de travailleurs, de personnes handicapées et de demandeurs d'emploi réagiront différemment, non seulement en raison de la pandémie, mais aussi de la récession économique qui nous attend⁹¹. Au niveau des professionnels de la santé, il faut s'attendre à des effets psychologiques en raison de la forte charge de travail pendant la crise. Au niveau des employés, c'est plutôt l'isolement et la quarantaine qui risquent davantage d'affecter leur santé mentale. Enfin, une surcharge de travail, la précarité de l'emploi et la perte de revenus des ouvriers peuvent aussi entraîner des problèmes psychologiques⁹².

Investir dans la reprise du travail, l'orientation professionnelle et un filet de sécurité sociale sont des investissements importants de promotion de la santé en période de récession et qui contribueront en même temps à revitaliser l'économie⁹³. Le CSS conseille donc d'investir dans la formation (et le recyclage) des travailleurs et dans des programmes qui augmentent les chances de trouver un emploi.

Les pandémies et récessions précédentes nous permettent de conclure que le retour au travail et le travail en général sont importants pour la relance de la société. De plus, le travail est aussi le facteur le plus important dans la prévention de la santé mentale et d'autres problèmes de santé. Pendant la crise économique des années 1990, par exemple, l'Espagne a peu dépensé en matière de protection sociale, ce qui a entraîné une augmentation du nombre de suicides ainsi que du chômage. La Suède, en revanche, a dépensé environ quatre fois plus en programmes d'aide sociale, de sorte que le taux de suicide n'y a pas augmenté⁹⁴.

⁸⁸ Maynou & Saez, 2016

⁸⁹ Maunder et al., 2006⁹⁰ Godderis et al., 2020; Maunder et al., 2006

⁹⁰ Godderis et al., 2020; Maunder et al., 2006

⁹¹ Maynou & Saez, 2016

⁹² Brooks et al., 2020

⁹³ Godderis & Luyten, 2020

⁹⁴ Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & McKee, 2009

11 Reprise du travail

Il n'existe pas de littérature sur les procédures de reprise du travail, la (ré)ouverture des entreprises qui ont dû arrêter leurs activités pendant le confinement ou le retour à la normale pour les entreprises qui ont adapté leur fonctionnement. On ne dispose pas, non plus, d'informations sur l'impact sur les travailleurs qui se sont retrouvés au chômage temporaire (de longue durée) pendant et après le confinement ou qui ont dû suspendre leur recherche d'emploi. On ne peut donc se baser sur aucune recherche menée dans des contextes similaires à celui de la pandémie de coronavirus que nous connaissons aujourd'hui.

Par contre, des recherches suffisantes ont été menées sur la reprise du travail et les facteurs de risque d'incapacité de travail de longue durée⁹⁵. Outre l'âge et le sexe, l'évaluation de sa propre santé et de ses chances de reprendre avec succès constituent des déterminants importants. La durée de l'incapacité de travail est cruciale, car plus l'absence est longue, plus il devient difficile de revenir en raison de l'anxiété et de la mise en place d'un nouvel équilibre entre le domicile et le travail.

12 Traitement collectif des pertes et des deuils

Le groupe de travail constate que les pertes et les deuils liés à la pandémie sont soumis à des conditions strictes et s'écartent des rituels habituels. En raison des mesures de confinement, les personnes qui doivent faire le deuil d'un être cher sont désormais obligées de le faire à distance. De plus, l'impact sur les prestataires de soins est significatif. Enfin, nous faisons également référence aux patients présents dans les services au moment du décès. Cette forme de gérer la perte et le deuil étant inconnue et aucune recherche empirique n'étant disponible sur la manière dont cette situation affecte le processus de deuil, on ne dispose pas de lignes directrices ou des protocoles fondés sur des preuves concernant le deuil pendant les pandémies. La façon de dire adieu au défunt, la préparation des funérailles ainsi que les rituels de deuil sont actuellement adaptés au risque d'infection et non aux besoins psychologiques des personnes endeuillées. L'impact (du nombre élevé de décès en peu de temps) et les conséquences pour les instances concernées, comme le manque d'espace où conserver les dépouilles, ont également un impact sur le processus de deuil.

Cependant, l'étude de la littérature montre que le deuil comprend une composante sociale importante et de grande portée, surtout lorsque la perte touche des communautés plus importantes⁹⁶. En raison du cloisonnement et de la disparition des « grandes histoires » - avec les rituels qui y sont associés -, les gens cherchent un soutien dans un nouveau mode de rétablissement partagé et symbolique. Les « tragédies nationales » telles que cette pandémie amplifient leur aspect social. Certaines recherches ont montré que le fait de vivre des émotions ensemble réduit le stress, tout en créant une unité émotionnelle. Le sentiment d'appartenance contribue également à renforcer *la résilience de la communauté* - cette résilience nécessaire à une communauté pour faire face à des situations défavorables⁹⁷.

Le groupe de travail recommande de mettre en place un processus de deuil bien réfléchi et échelonné. En premier lieu et dès qu'il est médicalement possible, il faut offrir aux personnes la possibilité de faire les commémorations avec leurs proches dans l'intimité et prévoir en parallèle une reconnaissance nationale de la manière particulière dont les proches ont vécu leur deuil dans ces circonstances exceptionnelles.

L'un des problèmes que posent les différentes phases proposées par la littérature relative au traitement du deuil et de la perte réside dans le fait que la diversité des réactions des

⁹⁵ Goorts et al., 2019⁹⁶ Walter, 2015

⁹⁶ Walter, 2015

⁹⁷ Walsh, 2007

personnes rend la démarcation difficile. Tout au plus, peut-on distinguer des phases très globales, par exemple le début, le milieu et la fin⁹⁸. Les premières heures, les premiers jours et parfois les premières semaines qui suivent un décès sont marqués par le choc et l'incrédulité ; le plus proche parent est psychologiquement anesthésié et paralysé. Les sentiments prennent peu à peu le dessus. La personne en deuil pleure et exprime sa tristesse. Quelque temps plus tard, on observe des réactions telles que la morosité, la dépression, la protestation et parfois la colère. Le plus proche parent traite la perte qu'il a subie en se rendant compte petit à petit que l'être aimé n'est plus là et qu'il est mort. L'intensité des sentiments négatifs diminue progressivement. Finalement - généralement au bout d'un an environ - les proches reprennent leur vie quotidienne et créent de nouveaux liens⁹⁹.

Seule une minorité des proches font appel à une aide professionnelle¹⁰⁰. Elle est toutefois recommandée dans le cas d'un deuil compliqué, lorsqu'une personne vit des réactions de deuil intenses pendant six mois et qui s'accompagnent de graves problèmes de fonctionnement au quotidien. Parmi les exemples, citons un désir intense et déstabilisant de la personne décédée, la difficulté d'accepter la perte et le sentiment que la vie est vide et a perdu tout son sens¹⁰¹.

IV CONCLUSIONS

La pandémie Covid-19 aura des conséquences à long terme sur la santé de tous, non seulement à cause des infections à coronavirus, mais aussi à cause du stress, de la frustration et de l'isolement dus à la quarantaine :

- Sur la base de ce qui précède, les membres du groupe de travail déduisent que tôt ou tard, une proportion élevée des personnes concernées va souffrir d'un TSA. Chez une minorité, le TSA va se développer en TSPT. Le TSPT survient lorsque certaines formes graves de stress - telles que la reviviscence, l'évitement et une irritabilité accrue - persistent pendant plus d'un mois après l'événement ou se développent plus d'un mois après l'événement.
- La solitude, l'absence de contacts et l'isolement social sont des facteurs de risque de la survenue de problèmes mentaux, de maladies et même de décès, que ce soit par suicide ou autrement. Les personnes qui vivent actuellement séparées de leur famille ou de leurs proches courent un risque plus élevé de développer des problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété ou des pensées suicidaires. Il est fort probable que pendant et après la pandémie du coronavirus, l'ensemble de la population évalue son propre bien-être de manière moins positive que dans des circonstances normales et cela, en raison entre autres des mesures strictes imposées au niveau des contacts sociaux.
- Les mesures de quarantaine et l'isolement qui en résulte entraînent aussi une augmentation de la violence domestique, de la maltraitance, de l'exploitation et de la négligence à l'égard des enfants.
- Il y a un risque de stigmatisation des patients potentiellement infectés et des cas confirmés, ainsi que des travailleurs de la santé qui doivent rester isolés de leurs proches en raison du risque d'infection.
- La précarité de l'emploi et la perte de revenus peuvent aussi entraîner des problèmes psychologiques.

⁹⁸ Van den Bout, Boelen, & De Keijsers, 1998

⁹⁹ Van den Bout, Boelen, & De Keijsers, 1998

¹⁰⁰ Stroebe, Schut, & Stroebe, 2005

¹⁰¹ Prigerson et al., 2009¹⁰² Katholieke Universiteit Leuven

V RECOMMANDATIONS

Pour faire face à ces risques, le CSS fait les recommandations suivantes :

En bref

1. Align psychosocial care with phases of the pandemic. Be pro-active, not reactive. Adapt communication strategies whenever necessary.
2. Reinforce natural adaptation processes by activating already existing resources in an individual and/or system.
3. Monitor psychosocial impact (up to at least 6 months after the pandemic to insure inclusion of delayed psychosocial responses).
4. Treat psychosocial dysfunctioning as soon as possible.
5. Offer high quality treatment. Provide training to ensure adequate resources to respond to psychosocial dysfunctioning.
6. Install a monitoring/dispatching system to ensure adequate dispatching, (impact) evaluation and follow-up.
7. Target persons/groups at risk.
8. Use familiar pathways or persons of trust to bring help to individuals.
9. Do not minimise the impact of quarantine, lockdown or fear of covid-19.
10. Breach social isolation and focus on facilitating feelings of social cohesion.

1) Aux autorités

- **La prévention, la détection et le traitement des problèmes de santé mentale doivent constituer une composante importante de l'approche générale de santé publique.** En cas de pandémie, il est aussi conseillé de s'attaquer stratégiquement à la partie psychosociale. Cette prise en charge a en effet un impact à la fois sur le déroulement de la pandémie (par exemple, le respect des règles) et sur la santé mentale de la population.
- Être attentif à la **communication** :
 - La confiance dans les informations mises à disposition, les experts et les titulaires de l'autorité, est susceptible d'avoir une influence positive sur le rétablissement. Gagner et conserver la confiance des personnes doit donc être une priorité pour les autorités.
 - Il existe un besoin général de communication claire, transparente et coordonnée. Une communication véridique doit être la priorité, même dans un contexte de complexité et/ou de compréhension progressive. Des communications et des discussions contradictoires sur les décisions politiques prises ou la simple perception de telles contradictions renforcent le sentiment d'inquiétude qui règne au sein de la société. Il est donc crucial de communiquer de manière univoque et solide en accordant une attention aux défis spécifiques de la communication tels que la stigmatisation et la discrimination et les différences dans l'éducation aux médias et les préférences de la population en matière de médias. Pour toucher le plus grand nombre possible d'individus de manière uniforme, la stratégie de communication doit diversifier les médias utilisés. Il est également indispensable de répartir clairement les rôles et les tâches dans le domaine de la communication.
 - Les médias peuvent jouer un rôle important, tant positif que négatif, en diffusant des informations sur les conséquences d'une situation d'urgence collective. Une grande attention médiatique accordée aux aspects dramatiques d'une situation d'urgence collective peut renforcer la compassion accrue de la société envers les victimes, mais peut également renforcer la peur.
 - Bien que les médias sociaux offrent une forme de connexion, ils sont aussi une source de (trop-plein) d'informations, parfois fausses, et de stress, surtout pour les personnes qui sont seules et qui sont moins capables de communiquer à leur sujet avec les autres.

- **Renforcer la résilience individuelle et collective** : La résilience joue un rôle important dans la réduction du risque de stress toxique et des problèmes de santé qui y sont associés, tant dans la population générale que dans les groupes cibles spécifiques. La plupart des personnes concernées retrouvent leur équilibre sans l'aide d'intervenants professionnels.
 Durant la phase aigüe, il est nécessaire de faire appel à l'esprit communautaire et à la solidarité. La coercition et la répression ont des effets pervers, tant sur la santé mentale que sur le respect des conseils. La manière dont la communauté à laquelle on appartient répond à l'urgence collective est importante. Le soutien, l'attention, la reconnaissance et le respect ont tous un effet protecteur. Il est aussi important de soutenir les familles comme premier tampon social.
 Plus la pandémie dure longtemps, plus le risque de surcharge est grand au sein de la société. Dans le cadre de la surveillance, il convient d'être attentif aux indicateurs de cette situation. Par exemple, l'augmentation de la violence domestique, la stigmatisation de certains groupes cibles, les expressions de solitude, etc. sont des signaux importants qui doivent être captés et traités en temps utile. Le risque d'un éventuel traumatisme secondaire augmente.
- **Investir dans la protection sociale** : Investir dans la gestion de la charge de travail, la reprise du travail, l'orientation professionnelle et la sécurité sociale sont des investissements importants de promotion de la santé en période de récession et qui contribueront en même temps à revitaliser l'économie. Quand les personnes touchées ne reçoivent aucune aide financière et que la reconstruction est difficile, leur rétablissement en pâtit. Les pandémies et récessions précédentes nous permettent de conclure que le retour au travail et le travail en général sont importants pour la relance de la société. De plus, le travail est aussi un facteur important dans la prévention de la santé mentale et d'autres problèmes de santé. Le CSS conseille donc d'investir dans la formation (et le recyclage) des travailleurs et dans des programmes qui augmentent les chances de retrouver un emploi quand la reprise du travail n'est pas possible après la levée des mesures de protection.
- **Déployer de manière efficace les soins de santé mentale** : au début de la pandémie, il est nécessaire d'évaluer et de trier les besoins psychologiques en fonction des ressources disponibles immédiatement. Ensuite, il est crucial de continuer à faciliter l'élargissement et le renforcement des soins de santé mentale. Les interventions psychologiques doivent rester disponibles de manière ciblée et adaptée. Certains groupes sont particulièrement vulnérables en raison de divers facteurs et méritent donc une attention particulière. Il faut mettre en place une prise en charge facile d'accès, étape par étape, y compris une aide en ligne et une aide psychologique d'urgence dispensée par des professionnels de première ligne que les citoyens peuvent consulter eux-mêmes lorsqu'ils en ressentent le besoin, afin de trouver un équilibre entre l'attention portée aux besoins psychologiques et psychiatriques, sans pour autant tomber dans une offre de traitement généralisée forcée (cf. résilience).
- **Soutenir les prestataires de soins** : Le secteur des soins mérite une attention particulière en ce qui concerne l'impact de la pandémie du coronavirus. Les personnes qui sont en première ligne doivent dès le début être suivies au niveau du stress, de la charge mentale et des comportements d'évitement. Il est conseillé de limiter autant que possible les facteurs de stress connus. Un soutien psychosocial préventif est également souhaitable. Les prestataires de soins ont besoin d'informations correctes et d'une définition claire des rôles. Des systèmes de back-up doivent être mis en place et il faut surtout veiller à assurer la sécurité physique et mentale. Dans le secteur des soins de santé, la formation et le développement doivent être pleinement déployés afin que ce secteur crucial soit prêt à intervenir dans des situations de crise.

- **Mettre en place un processus de deuil bien réfléchi et échelonné** pour les parents de personnes décédées, les patients des services ainsi que les prestataires de soins et d'assistance. En premier lieu et dès que c'est médicalement possible, il faut offrir aux personnes la possibilité d'organiser les commémorations avec leurs proches dans l'intimité et prévoir une reconnaissance au niveau national de la manière particulière dont les proches ont vécu leur deuil dans ces circonstances exceptionnelles.
- **Après la pandémie, se préparer à l'éventualité d'une nouvelle pandémie** face à laquelle, sur la base de l'évaluation, des améliorations devront être apportées dans la stratégie d'approche, la politique et aussi la formation des professionnels (si nécessaire et pertinent). Il reste essentiel de se concentrer sur la résilience individuelle et collective. La santé psychosociale est cruciale pour la santé d'une société et tous les outils potentiellement utiles à cet effet doivent être répertoriés. Un plan de prévention des crises cohérent et un plan d'action pour la prochaine pandémie doivent être élaborés.
- Par ailleurs, il faut être attentif au caractère unique de la pandémie actuelle et le groupe de travail demande donc que ces **recommandations soient réexaminées** à la lumière de l'évolution de la situation.

2) Aux prestataires de soins

- Promouvoir le **rétablissement naturel et l'autonomie**. La manière dont une personne est capable d'évaluer sa propre capacité à faire face à la situation influence grandement l'évolution des choses. Une approche active des problèmes protège contre les symptômes psychologiques. Il est donc recommandé que les interventions conduisent à tout moment à l'activation des personnes concernées.
- Les intervenants doivent être **attentifs à ceux qui ont besoin d'un traitement thérapeutique** et leur indiquer la voie à suivre. Un certain nombre de groupes présentent un risque accru de développer des problèmes à long terme.
- L'objectif des interventions pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence collective est de **réduire les symptômes de stress, les TSA et le risque de TSPT**. Les directives existantes de l'OMS, de l'APA, du NICE, de l'ISTSS et du NHMRC recommandent la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme et l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) comme techniques de traitement des TSA. Les lignes directrices du NICE et de l'OMS recommandent que dans cette situation de confinement, dans laquelle il est impossible d'avoir un accompagnement psychologique en face à face, d'autres solutions, notamment un accompagnement en ligne, soient recherchées de manière créative. En Chine, des expériences ont déjà été menées avec le développement d'une prise en charge psychologique en ligne ou des interventions de groupes. Prendre en charge les réactions de stress toxique fait baisser le risque de problèmes à un stade ultérieur. De plus, dans ce cas, les gens sont plus enclins à respecter les mesures imposées pour endiguer le virus.
Le traitement des expériences traumatisantes doit être assuré par des professionnels formés et compétents qui répondent à un certain profil (voir avis CSS 9403).
- Accorder une **attention particulière aux expériences de perte traumatisante** en tant que défi mental auquel beaucoup seront confrontés dans cette pandémie. Seule une minorité des proches et des personnes concernées font appel à une aide professionnelle. Elle est toutefois recommandée dans le cas d'un deuil compliqué, lorsqu'une personne vit des réactions de deuil intenses pendant six mois et qui s'accompagnent de graves problèmes de fonctionnement au quotidien. Parmi les exemples, citons un désir intense

et déstabilisant de la personne décédée, la difficulté d'accepter la perte et le sentiment que la vie est vide et a perdu tout son sens.

VI RÉFÉRENCES

A côté de cette liste de référence nous renvoyons également au fichier Excel en annexe, dans lequel se trouve la liste des sources consultées, y compris les directives déjà publiées.

Adviesbureau Van Dijke, Ingenieurs/adviesbureau SAVE. Leidraad Maatramp. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; 2000.

Ahern J, Bucuvalas M, Galea S, Gold J, Kilpatrick D, Resnick H, et al. Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attacks. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2002;65(4):289-300.

Aitken P, Clark M, Considine J, Holzhauser K, Patrick J, Shaban RZ, et al. Pandemic (H1N1) 2009 influenza in Australia: absenteeism and redeployment of emergency medicine and nursing staff. *Emergency Medicine Australasia* 2011;23(5):615-23.

Ajdukovic D, Bisson JI, Jehel L, Johansen VJ, Tavakoly B, Witteveen AB, et al. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *Br J Psychiatry* 2010;196(1):69-74.

Al-Enazy H, Bolaji Y, Crighton EJ, Hanjrah S, Nickell LA, Tracy CS, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ* 2004;170(5):793-8.

Ali S, Awaad R, Hashemi B, Housel L, Sosebee SJ, Soudi L. Facilitating mental health screening of war-torn populations using mobile applications. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52:27-33.

Allen LA, Escobar JI, Gara MA, Lehrer PM, Woolfolk RL. Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosom Med* 2002;64(6):939-50.

Altman D, Liberati A, Moher D, Tetzlaff J. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6(7):e1000097.

Amlôt R, Brooks SK, Dunn R, Greenberg N, Rubin GJ. A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *J Occup Med* 2018;60(3):248-57.

Andreasen NC. Acute and delayed posttraumatic stress disorders: a history and some issues. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1321-3.

Andreski P, Breslau N, Chilcoat HD, Davis GC, Kessler RC, Schultz LR. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry* 1998;55(7):626-32.

Andrew M, Bisson J. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007(3).

Andrews B, Brewin CR, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(5):748.

APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

Washington, DC: Am Psychiatric Press Inc 1980.

APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Press Inc 1994.

APA - American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: Am Psychiatric Ass 2013.

APA - American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry 2000;157(4 Suppl):1-45.

Armstrong D, Baker R, Cleary K, Davies H, Davies S, Eccles MP, et al. An implementation research agenda. Implementation Science 2009;4:18.

Arntz A, Hox JJ, Engelhard IM, McNally RJ, Van Den Hout MA, Weerts J. Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq: Prospective study. Br J Psychiatry 2007;191(2):140-5.

Aslan M, Goodkin K, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS medicine 2009;6:e1000121.

Ayuso-Mateos JL, Caballero FF, Cabello M, Martín-María N, Miret M, Rico-Uribe LA. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. PloS one 2018;13(1): e0190033.

Internet: [https:// doi.org/10.1371/journal.pone.0190033](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033)

Bacon-Shone J, Chan SK, Choy RY, Ho L-M, Ho S-Y, Leung GM, et al. Longitudinal assessment of community psychobehavioral responses during and after the 2003 outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. Clin Infect Dis 2005;40(12):1713-20.

Baker A, Bisson JI, Dekker W, Hoskins MD. Evidence-based prescribing for post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry 2020;216(3):125-6.

Balayulu-Makila O, Bukaka J, Cénat JM, Derivois D, Felix N, Mukunzi JN, et al. The mental health professional at the feet of the Ebola virus: individual treatment and global mental challenges. Br J Psychiatry 2019;215(4):577-8.

Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, Lancee WJ, Maunder RG, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. Emerg Infect Dis 2006;12(12):1924-32.

Barnard AG, Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. Clinical medicine & research 2016;14(1):7-14.

Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. Jama 1995;274(24):1931-4.

Bartone JV, Bartone PT, Gileno ZM, Violanti JM. Peer support services for bereaved survivors: a systematic review. OMEGA-Journal of Death and Dying 2019;80(1):137-66.

Bartone PT, Ingraham LH, Ursano RJ, Wright KM. The impact of a military air disaster on the health of assistance workers. J Nerv Ment Dis 1989;177(6):317-28.

- Bass C, May S. Chronic multiple functional somatic symptoms. *Bmj* 2002;325(7359):323-6.
- Basu S, Coutts A, McKee M, Stuckler D, Suhrcke M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet* 2009;374(9686):315-23.
- Baxter PJ. Public health aspects of chemical catastrophes. In: Havenaar JM, Cwikel JG, Bromet EJ (eds) *Toxic Turmoil: Psychological and societal consequences of ecological disasters*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers 2002:19-37.
- Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, Ursano RJ, et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161(11 Suppl):3-31.
- Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Hobfoll SE, Watson P, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2007;70(4):283-315.
- Bennett B, Repacholi M, Carr Z, editors. *Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes. Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group "Health"* Geneva: World Health Organization; 2006.
- Bertazzi P-A. Industrial disasters and epidemiology: a review of recent experiences. *Scand J Work, environment & health* 1989;85-100.
- Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health affairs* 2002;21(3):80-90.
- Best SR, Lipsey TL, Ozer EJ, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin* 2003;129:52-73.
- Bickman L, Rubonis AV. Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster- psychopathology relationship. *Psychol Bull* 1991;109(3):384-99.
- Bisson J, Churchill R, Rose SC, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database Syst Rev* 2002(2).
- Bisson JI, Kenardy J, Kitchiner NJ, Roberts NP. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Syst Rev* 2010: CD007944.
- Boelen P, de Keijser J, van den Bout J. *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*: Bohn Stafleu Van Loghum; 1998.
- Bonanno GA, Brewin CR, Greca AML, Kaniasty K. Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological science in the public interest* 2010;11(1):1-49.
- Bonanno GA, Chan JC, Cheung CK, Ho SM, Kwong RS, Wong CP, et al. Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: a latent class approach. *Health Psychology* Copyright 2008 by the Am Psychol Ass;27(5):659-67.
- Bond J, Bowling A, Scambler SJ, Victor CR. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society* 2005;25(6):357-75.

Bournes DA, Ferguson-Paré M. Persevering through a difficult time during the SARS outbreak in Toronto. *Nursing Science Quarterly* 2005;18(4):324-33.

Brackbill R, DiGrande L, Farfel M, Perrin MA, Thorpe L, Wheeler K. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *Am J Psychiatry* 2007;164(9):1385-94.

Brake H, Dorn T, Fassaert T, Holsappel J. Quality of psycho- social care: Eindrapport. Impact/GGD Amsterdam: Diemen/Amsterdam 2013.

Bromet E, Dew MA. Review of psychiatric epidemiologic research on disasters. *Epidemiologic Reviews* 1995;17(1):113-9.

Bromet E, Havenaar J. De psychiatrische gevolgen van rampen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2003;45(7):367-76.

Bromet EJ, Cwikel J, Havenaar JM. Toxic turmoil: psychological and societal consequences of ecological disasters. The Plenum Series on Stress and Coping. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers 2002.

Bromet EJ, Havenaar JM. Mental health consequences of disasters. *Psychiatry in society* 2002; 241-62.

Bromet EJ. Mental health of residents near the Three Mile Island reactor: a comparative study of selected groups. *J Prev Psychiatry* 1982;1:255-76.

Brooks SK, Greenberg N, Smith LE, Webster RK, Wessely S, Woodland L, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020;395: 912-20.

Bruneel E, Goorts K, Lambreghts C, Rusu D, Vanovenberghe C, Vandenbroeck S, et al. Assessment of long-term sickness absence: content and face validity of a new questionnaire based on qualitative data from nominal groups. *BMC Med Res Methodol* 2019;19(1):205.

Bunnell RE, Ethier KA, Jalloh MF, Hageman KM, Li W, O'Leary A, et al. Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015. *BMJ global health* 2018;3(2):e000471.

Byrne CM, Diaz E, Friedman MJ, Kaniasty K, Norris FH, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes* 2002;65(3):207-39.

Calati R, Lopez-Castroman J. Psychosocial interventions for suicide prevention. *Front Psychol* 10:2191.

Cameron P, Chan P, Hui D, Joynt G, Lee N, Wu A, et al. C. 35 B. Leung, KF To, SF Lui, CC Szeto, S. Chung, and JJ Sung. 2003. A Major 36 Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. *N Engl J Med*;37(348):1986-94.

Cariou A, Chaize M, Jaber S, Legriel S, Kentish-Barnes N, Seegers V, et al. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal* 2015;45(5).

Chen J-H, Xu Y-F, Yao H. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e21.

Chen Q, Fei D, Guo J, Liang M, Li Y, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e15-e6.

Cheung C, Cheung V, Lee AM, McAlonan GM, Sham PC, Wong JG, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry* 2007;52(4):233-40.

Choi MJ, Salloum A, Stover CS. Exploratory study on the role of trauma-informed self-care on child welfare workers' mental health. *Children and Youth Services Review* 2019;101:299-306.

Choi YH, Lee E-H, Park J-S, Park N-R. Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: a cross-sectional study. *Archives of psychiatric nursing* 2018;32(1):2-6.

Cowling BJ, Ip DK, Lam WW, Liao Q, Ng DM, Wu JT, et al. Community psychological and behavioral responses through the first wave of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic in Hong Kong. *Int J Infect Dis* 2010;202(6):867-76.

Dai Y, Hu G, Qiu H, Xiong H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *medRxiv* 2020.

Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2020;4(5):346-7.

Dascal A, Dionne G, Desjardins D, Lebeau M, Messier S. Health care workers' risk perceptions and willingness to report for work during an influenza pandemic. *Risks* 2018;6(1):8.

De Soir E, Kleber R, Knarren M, Mylle J, van der Hart O, Zech E. A phenomenological analysis of disaster-related experiences in fire and emergency medical services personnel. *Prehosp Disaster Med* 2012;27(2):1-8.

de Vries GJ, Olf M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* 2009;22(4):259-67.

Deamond S, Garay J, Gold W, Moran MK, Reynolds DL, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect* 2008;136(7):997-1007.

Dekel R, Lavi T, Nuttman-Shwartz O. Shared traumatic reality and boundary theory: How mental health professionals cope with the home/work conflict during continuous security threats. *Journal of Couple & Relationship Therapy* 2016;15(2):121-34.

Dimitroula D, Goulia P, Hyphantis T, Mantas C, Mantis D. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis* 2010;10(1):322.

Docherty M, Gnanapragasam S, Greenberg N, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ* 2020;368(1211). Internet: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *Jama* 1988;260(12):1743-8.

Donker GA, Dirkzwager AJ, Keressens JJ, Soeteman RJ, Ten Veen PM, Yzermans CJ. Health

problems of victims before and after disaster: a longitudinal study in general practice. *Int J Epidemiol* 2005;34(4):820-6.

Du Bois M, Decuman S, Goorts K, Rusu D, Vandebroek S, Vander Elst T, et al. Quicksan assesses risk factors of long-term sickness absence: A cross-sectional (factorial) construct validation study. *PLoS one* 2019;14(1):e0210359.

Du Bois M, Godderis L, Goorts K, Rusu D, Vandebroek S. Screening for the risk on long-term sickness absence. *J Public Health Res* 2018;7(2).

Du Bois M, Godderis L, Goorts K, Rusu D, Vandebroek S, Vander Elst T. Quicksan assesses risk of long-term sickness absence: a cross-sectional validation study. *J Occup Environ Med* 2019;61(2):e43-e50.

Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry* 2020;7:300-2.

Elovainio M, Hakulinen C, Jokela M, Josefsson K, Pulkki-Råback L, Virtanen M, et al. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet Public Health* 2017;2(6):e260-e6.

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Update on the implications of Covid19 for people who use drugs and drug service providers 2020.

Emmen M, Nuijen J, Smit D, Stirbu-Wagner I, Veerbeek M, Verhaak P. GGZ in de eerste lijn: de rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. Utrecht: Trimbos Instituut 2013.

Engelhard I, Gerritsen L, Mertens G, Salemink E. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. 2020. Internet: <https://doi.org/10.31234/osf.io/2p57j>

Fan B, Fang Y, Fuller CJ, Liu X, Kakade M, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive psychiatry* 2012;53(1):15-23.

Fernandes-Pires J, Gallego-Alberto L, Jiménez-Gonzalo L, Losada-Baltar A, Márquez-González M, Pedrosa-Chaparro MdS. “We’re staying at home”. Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci: Series B* 2020.

Fones C, Gold WL, Hawryluck L, Kasapinovic S, Robinson S, Styra R. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res* 2008;64(2):177-83.

Friedman MJ, Norris FH, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes* 2002;65(3):240-60.

Fronza DC, Gloe S, Hammad K, Labrague L, McEnroe-Pettitte DM, Obeidat AA. Disaster Preparedness amongst Nurses: a systematic review of the literature. *International Counsel of Nurses* 2017;65(1):41-53

Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev* 2005;27(1):78-91.

Gallo A, Wertz C, Kairis S, Blavier A. Exploration of relationship between parental distress, family functioning and post-traumatic symptoms in children. *European Journal of Trauma & Dissociation* 2019, 3, 125-133.

Gao L, Shen Y, Shinfuku N, Wang X, Zhang H, Zhao C. Post-earthquake quality of life and psychological well-being: Longitudinal evaluation in a rural community sample in northern China. *Psychiatry and Clin Neurosci* 2000;54(4):427-33.

Gardner PJ, Moallem P. Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 2015;56(1):123-35.

Garrett AL, Park YS, Redlener I. Mitigating absenteeism in hospital workers during a pandemic. *Disaster medicine and public health preparedness* 2009;3(S2):S141-S7.

Gibbs MS. Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review. *J Trauma Stress* 1989;2(4):489-514.

Gidron Y. Posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: a review. *J Nerv Ment Dis* 2002;190(2):118-21.

Gilbody S, Hanratty B, Kanaan M, Ronzi S, Valtorta NK. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* 2016;102(13):1009-16.

Gil-Rivas V, Holman EA, McIntosh DN, Poulin M, Silver RC. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Jama* 2002;288(10):1235-44.

Gomaa A, Groenewold MR, Konicki DL, Koonin LM, Luckhaupt SE. Exploring national surveillance for health-related workplace absenteeism: lessons learned from the 2009 influenza A pandemic. *Disaster Med Public Health Prep* 2013;7(2):160-6.

Grievink L, Lebrecht E, van den Berg B, Yzermans J. Medically unexplained physical symptoms in the aftermath of disasters. *Epidemiol Rev* 2005;27(1):92-106.

Gurwitch RH, Long PJ, Sullivan MA. The impact of trauma and disaster on young children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998;7(1):19-32.

Hadian M, Hardart GE, Levy MM, Marcolini EG, Papadimos TJ, Ward N, et al. Ethics of outbreaks position statement. Part 2: family-centered care. *Critical care medicine* 2018;46(11):1856-60.

Havenaar JM, Kasyanenko A, Poelijoe N, Van den Bout J, Van den Brink W, Wohlfarth T, et al. Mental health problems in the Gomel region (Belarus): an analysis of risk factors in an area affected by the Chernobyl disaster. *Psychol Med* 1996;26(4):845-55.

Havenaar JM, Van den Brink W. Psychological factors affecting health after toxicological disasters. *Clin Psychol Rev* 1997;17(4):359-74.

HGR - Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen inzake de preventie en het beheer van psychosociale restletsels na individuele of collectieve noodsituaties. Bruxelles: HGR; 2017. Advies n°9403.

HGR Nederland - Hoge Gezondheidsraad Nederland. Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn. HGR 2006/18.

HGR Nederland - Hoge Gezondheidsraad Nederland. Het chronische-
vermoeidheidssyndroom. Gezondheidsraad. HGR 2005/02.

IASC – Inter Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Genève: IASC 2007.

IASC – Inter Agency Standing Committee. Note d'information : prise en compte des aspects psychosociaux et de santé mentale de l'épidémie de Covid-19; 2020.

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. Genève 2015. Internet: https://www.who.int/mental_health/emergencies/ebola_guide_for_planners_fr.pdf?ua=1

IJzermans J. De huisarts als ankerpunt. Cogiscope 2013;10:11-15.

Internet: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-31/divorces-spike-in-china-after-coronavirus-quarantines>

Irwin C, McFarlane AC, Policansky SK. A longitudinal study of the psychological morbidity in children due to a natural disaster. Psychol Med 1987;17(3):727-38.

Kaniasty K, Norris FH. Social support in the aftermath of disasters, catastrophes, and acts of terrorism: Altruistic, overwhelmed, uncertain, antagonistic, and patriotic communities. Bioterrorism: Psychological and public health interventions. Cambridge: Cambridge University Press 2004;3:200-29.

Kilian R, Krumm S, Porzsolt F, von Gottberg C. The analysis of factors affecting municipal employees' willingness to report to work during an influenza pandemic by means of the extended parallel process model (EPPM). BMC public health 2016;16:26.

Leask J, Po K, MacIntyre CR, Seale H. " Will they just pack up and leave?" – attitudes and intended behaviour of hospital health care workers during an influenza pandemic. BMC health services research 2009;9(1):30.

Lee M-B, Morisky DE, Peng EY-C, Tsai L-T, Tsai S-T, Yang C-C, et al. Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan. J Formos Med Assoc 2010;109(7):524-32.

Li W, Liu Z-H, Yang Y, Zhang L, Zhang Q, Zhao Y-J, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. Int J Biol Sci 2020;16(10):1732-38.

Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet Psychiatry 2020;7(4):e17-e8.

Maynou L, Saez M. Economic crisis and health inequalities: evidence from the European Union. Int J Equity Health 2016;15(1):135.

Mayou R, Farmer A. Functional somatic symptoms and syndromes. Bmj 2002;325(7358):265-8.

Medische Evaluatie Ramp Volendam, Fase 1. Medisch rapport cafebrand Volendam 2001. Amsterdam, Beverwijk: AMC, BWC, VUmc; 2003. ^[1]_[5EP]

Misra M, Greenberg N, Hutchinson C, Brain A, Glozier N. Psychological impact upon London

Ambulance Service of the 2005 bombings. *Occup Med* 2009;59(6):428-33.

NICE - National Institute for Clinical Excellence. Post-Traumatic Stress Disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary Care. London: NICE 2005.

NICE - National Institute for Clinical Excellence. The management of posttraumatic stress disorder in primary and secondary care. London: NICE 2005.

Prasso S. China's Divorce Spike is a warning to rest of Locked Down World. 2020.

Prince-Embury S. Information attributes as related to psychological symptoms and perceived control among information seekers in the aftermath of technological disaster. *Journal of Applied Social Psychology* 1992;22(14):1148-59.

Qiu J, Shen B, Wang Z, Xie B, Xu Y, Zhao M. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry* 2020;33(100213).

Raphael B. When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe: Basic Books New York; 1986.

Schut H, Stroebe MS, Stroebe W. Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved? *Clinical psychology review* 2005;25(4):395-414.

Sharpe M. Medically unexplained symptoms and syndromes. *Clin Med* 2002;2(6):501-04.

Shaw JA. Children, adolescents and trauma. *Psychiatr Q* 2000;71(3):227-43.

Simon NM. Treating complicated grief. *Jama* 2013;310(4):416-23.

Smith KJ, Victor C. Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health. *Ageing & Society* 2019;39(8):1709-30.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Wet 26/02/1998: houdende regelen inzake medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen). *Staatsblad* 1998;161:1-11.

STB - Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit kwaliteitscriteria planvorming rampenbestrijding 2004:241.

Te Brake H, Dückers M. Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events: is there a gap between norms and practice in Europe? *Eur J Psychotraumatol* 2013;4(1):19093.

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Training manual for mental health and human services workers in major disasters (2nd ed). Washington DC: SAMHSA 2000.

Van Den Brink W, Winkel F, Wohlfarth T. Identifying crime victims who are at high risk for post traumatic stress disorder: developing a practical referral instrument. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002;105(6):451-60.

Vernberg EM, Vogel JM. Part 1: Children's psychological responses to disasters. *J Clin Child Psychol* 1993;22(4):464-84.

Walsh F. Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family process* 2007;46(2):207-27.

Walter T. New mourners, old mourners: Online memorial culture as a chapter in the history of mourning. *New Review of Hypermedia and Multimedia* 2015;21(1-2):10-24.

Werkgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling psychosociale hulp bij rampen en crises. Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises. Impact 2014. Internet: <https://www.impact-kenniscentrum.nl/sites/default/files/domain-26/documents/richtlijn-psh-26-1433751010381977863.pdf>

WHO - World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Genève: WHO 2013.

WHO - World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID- 19 Outbreak 2020.

WHO - World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Genève: WHO 2010.

WHO en HCNUR - World Health Organization et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) : Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire. Genève: OMS 2015.

Yzermans J, Gersons BP. The chaotic aftermath of an airplane crash in Amsterdam: A second disaster. *New York: Kluwer Academic* 2002;85-99.

VII COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS (page : [Qui sommes-nous](#)).

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site Internet du CSS (page : [conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Elke VAN HOOFF** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD.

BAL Sarah	Psychologie clinique	UGent
BLAVIER Adélaïde	Psychologie clinique	ULG
CALMEYN Marc	Psychiatrie, psychothérapie	PZ Onze-Lieve-Vrouw-College
DE SOIR Erik	Psychologie de crise	ERM, IRSD, VHYP
GODDERIS Lode	Médecine du travail	KULeuven
MOMMERENCY Gijs	Psychologie clinique	UZ Gent
VAN DEN CRUYCE Nele	Sciences sociales	VUB
VAN HOOFF Elke	Psychologie clinique	VUB
VANDAMME Annemie (Anne-Mieke)	Virologie, épidémiologie	Rega Instituut (KU Leuven)

Les administrations et/ou les Cabinets ministériels suivants ont été entendus :

FORTUIN Astrid	Manager psychosocial	SPF Santé Publique
-----------------------	----------------------	--------------------

VIII ANNEXES

Annexe 1 : Fiche projet

Proposition de projet d'avis : Prise en charge psychosociale dans le cadre de la crise Covid-19
--

La crise du Covid-19, ainsi que les mesures de confinement prises pour y faire face, ont créé de nombreux besoins en santé mentale. Il est en effet non seulement important d'assurer la continuité des soins pour les personnes qui en besoin, mais il faut également faire face à de nouvelles demandes issues de la crise en elle-même, des mesures prises (confinement) et des conséquences économiques et sociales de celles-ci ; et ce tant au niveau de la population générale, que de groupes cibles particuliers comme les professionnels de la santé.

Le secteur de la santé mentale s'organise pour faire face à cette crise et un certain nombre d'initiatives sont déjà menées pour répondre à ces besoins, tant par le secteur lui-même sur le terrain que par les autorités régionales et fédérales. Il est cependant nécessaire de renforcer les collaborations et la concertation afin de mener ces actions de manière uniforme et d'être complet dans la réponse donnée. Ainsi, il est nécessaire d'avoir un plan de crise avec des accords de collaboration entre secteurs et en tenant compte de l'impact des mesures prises dans un secteur sur les autres ; à la fois au niveau opérationnel (entre les secteurs et leurs réseaux et institutions dans une région donnée) et au niveau politique (entre les secteurs de compétence fédérale tels que les soins de santé et les secteurs de compétence régionale tels que l'aide à la jeunesse, les soins aux personnes handicapées, à l'enfance et à la famille, les PMS...).

Un soutien scientifique est nécessaire pour élaborer ce plan de crise, s'assurer de la pertinence des mesures prises en urgence et préparer les réponses à apporter à moyen et long terme. Les besoins en santé mentale directement liés à cette crise seront en effet encore présents longtemps, et il est important de réfléchir dès maintenant à la manière de gérer ces aspects psychosociaux à plus long terme. En collaboration avec le SPF Santé publique, le CSS désire donc élaborer un avis qui vise, sur des bases scientifiques, à déterminer quels seront les besoins en terme de prise en charge psychosociale et les moyens d'action à moyen et long terme à mettre en place ; ainsi que de s'assurer que les mesures actuellement prises sont appropriées.

Il s'agira d'établir une base scientifique, puis de réfléchir aux mesures réalisables en Belgique et de hiérarchiser les priorités.

Pour cela, le CSS pourra notamment s'appuyer sur les recommandations récemment publiées par l'OMS pour la prise en compte des besoins de santé mentale durant la crise et sur un article (Brooks et al., 2020) qui a récemment fait un état des lieux des risques psychosociaux liés au confinement et des mesures recommandées pour y faire face.

Implications du projet pour la santé publique

Plusieurs problématiques de santé publique ont été identifiées concernant la santé mentale, dans le cadre du covid-19 :

- Nécessité de soutenir les professionnels de la santé et ainsi s'assurer de l'opérationnalité durable du personnel soignant et médical dans les hôpitaux, les centres psychiatriques et les maisons de repos.
- Assurer la continuité des soins, notamment pour les patients les plus vulnérables (dépression, trauma, troubles chroniques, tendances suicidaires, dépendances...), les enfants et adolescents en situation de crise (avec une attention particulière pour

les jeunes placés dans le cadre de l'aide à la jeunesse et les âges de transition), les personnes marginalisées et isolées.

- Réduire les effets nuisibles du confinement (effets sur la santé mentale, difficultés liées au télétravail imposé, isolement des personnes en centres ou structures d'aide, soutien aux proches aidants, ...)

Annexe 2: PRISMA Flow Diagram

First PRISMA Flow Diagram

Ongoing: extra contributions from working group + snowball method

Search terminology

(title and abstract search, “and”, “mesh”)

original search terminology search Cochrane and Pubmed

Psychological distress / Emotional distress

Anxiety / anxiety disorder

PTSD

Trauma

Coping mechanisms/ Dealing with / coping with

Outbreaks

Epidemic

COVID19

MERS

SARS

Flue

Ebola

Disasters

Terror

war

Inclusion criteria

Article or guideline (published, preference for reviews)

Timing: 2000 - 2020

English/French

Exclusion criteria

Non psychosocial impact / focus

Non trauma related (single or chronic incident)

Fase2 Single incidents

Expert opinion or articles without reference to research/statistics

Ebola - unless regarding foreign helpers

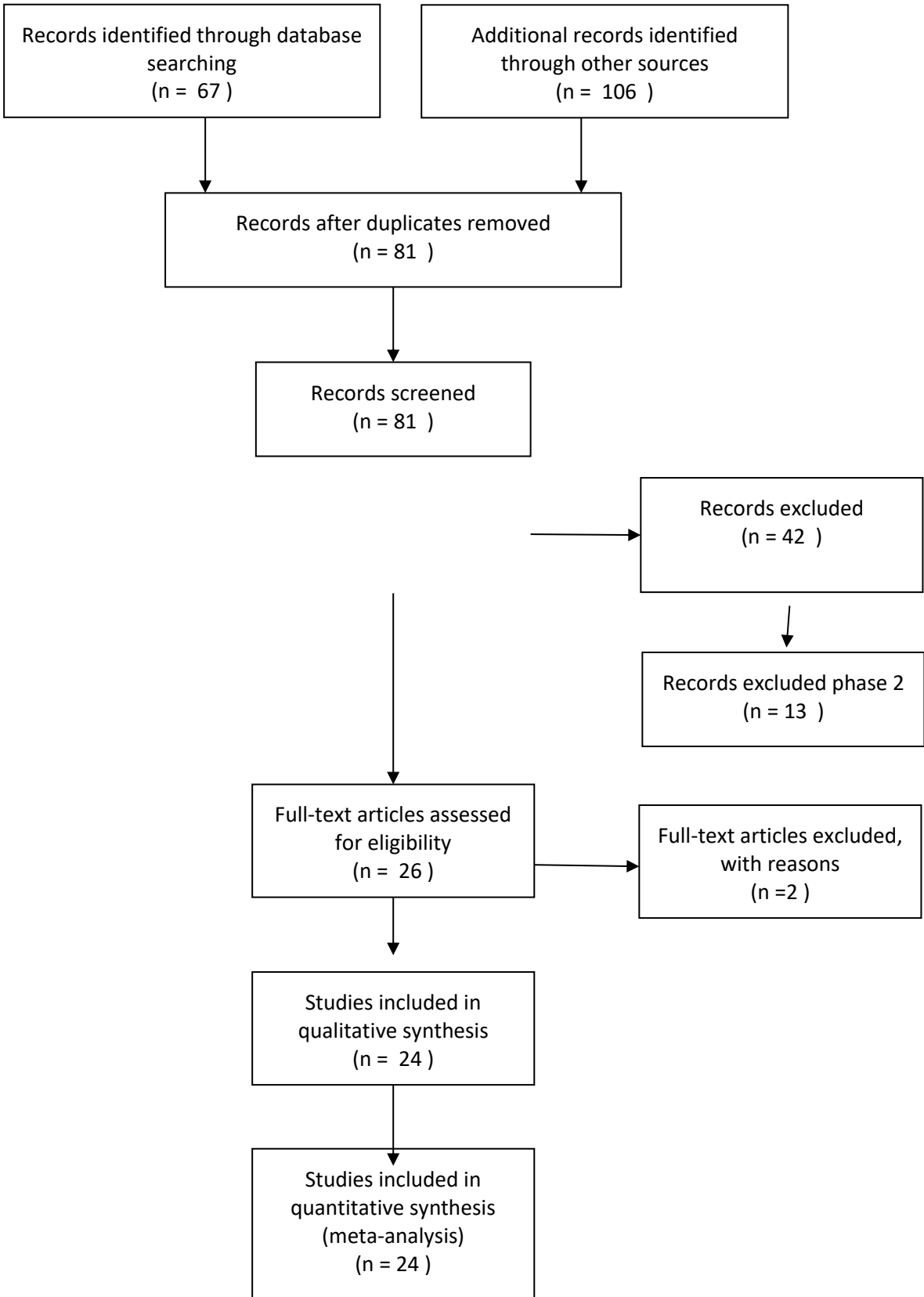
Scale of research limited to local event/specific culture

1 Identification

2 Screening

3 Eligibility

4 Included



Second PRISMA flow diagram

Ongoing: extra contributions from working group + snowball metho

Search terminology

(title and abstract search, “and”, “mesh”)

Search terms search in Cochrane and Pubmed

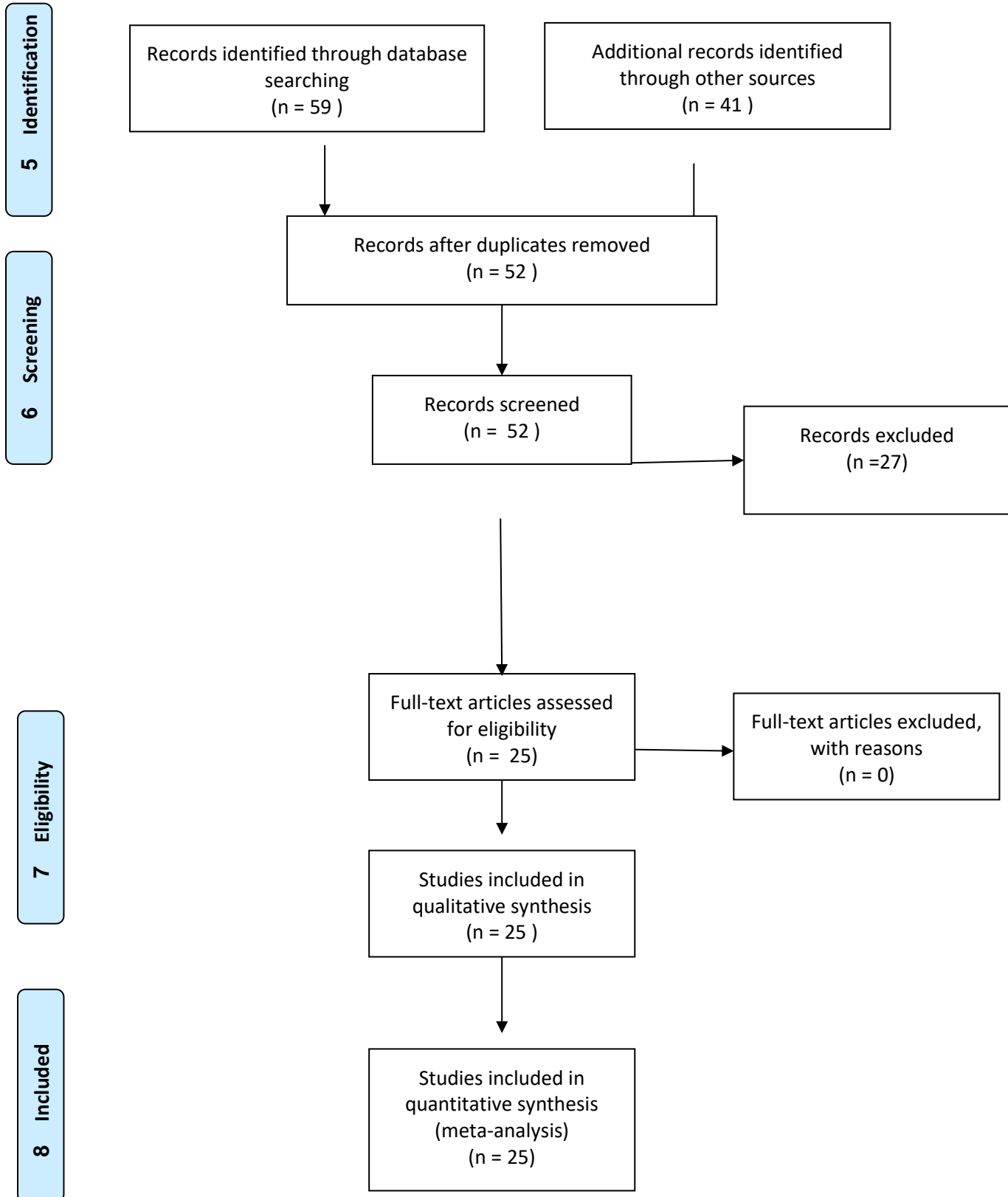
Mental health disorder
Depression
Mourning/grief/bereavement
children/youth/elderly
Psychological Resilience
 Community resilience
 Individual resilience

Inclusion criteria

Article or guideline (published, preference for reviews)
Timing: 2000 - 2020
English/French

Exclusion criteria

Non psychosocial impact / focus
Non trauma related (single or chronic incident)
Single incidents
Expert opinion or articles without reference to research/statistics
Ebola - unless regarding foreign helpers
Scale of research limited to local event/specific culture



Schematization in Excel by type of prevention and stage in pandemic

Meta analysis of literature can be found in Excel file

Sheet 1 : articles

Sheet 2 : guidelines

Sheet 3 : previous advice national health council

Sheet 4 : references (referred to by line number)

Annexe 3 : Critères de qualité pour la prise en charge du trauma (CSS 9403)

Intervenants de premier secours

Les personnes qui vont intervenir directement après la situation d'urgence ne doivent pas nécessairement être des psychologues. Il n'y a pas d'acte technique psychothérapeutique spécifique à assumer auprès des personnes impliquées de manière aigüe. Sur place, et en supposant qu'il n'est pas lui-même terrorisé ou désorganisé par l'impact de l'évènement et l'émotion, l'intervenant devra s'abstenir de gêner les secours, être capable de prêter attention aux problèmes concrets des gens et, éventuellement rendre des services, résoudre des petits problèmes, aider à la mise à l'abri, donner de l'information (si c'est possible et s'il en a le mandat), assurer une compagnie et simplifier les choses quand c'est possible.

Les intervenants doivent cependant être formés au soutien psychosocial en cas de crise. Pour cela, il serait utile de mettre en place une formation de premiers secours psychologiques pour les intervenants des services de secours et de police, des pompiers, des services d'urgence, de la Croix Rouge, de l'armée, etc.

Il est aussi important de former les intervenants qui interviendront en première ligne afin de les protéger de séquelles psychologiques. Selon les recommandations de l'AEPSP, il est ainsi important d'accentuer les formations de ces intervenants à la prévention du stress professionnel et renforcer leur capacité d'identification des symptômes émotionnels, psychologiques, somatiques après la confrontation avec des événements bouleversants, et des symptômes du stress posttraumatique et de la dissociation.

Médecins généralistes et première ligne de soins

L'expertise dans les services de soins de première ligne (médecins généralistes, psychologues de première ligne, et par exemple, les *Centrum voor Algemene Welzijnswerk* (CAW) en Flandre, ou les Centres de Santé mentale (CSM) ainsi que d'autres professionnels comme les kinésithérapeutes ou ergothérapeutes), devrait être renforcée afin de pouvoir d'une part apporter une aide proactive et un accompagnement du processus de rétablissement normal durant les semaines qui suivent l'évènement, et d'autre part identifier les besoins d'orientations vers des soins spécialisés. Etant donné l'autonomie et la liberté laissée à la personne de choisir son thérapeute, il se peut en effet qu'elle se tourne vers son médecin qui risque, s'il n'est pas suffisamment formé aux spécificités de la prise en charge des traumatismes, d'administrer des traitements peu adaptés (traitements médicamenteux démesurés, mises en incapacités nocives).

Il est notamment important que les médecins généralistes soient mieux formés aux symptômes du TSPT et aux possibilités d'intervention. L'étude sur la catastrophe de Ghilenghien (2006) avait déjà relevé que les symptômes de ce trouble étaient souvent pris en compte et traités séparément par les médecins généralistes, plutôt que comme une seule entité (Versporten et al., 2006). Ce rapport recommandait ainsi déjà de « *sensibiliser les médecins à l'impact potentiel sur la santé physique et mentale d'urgences collectives et de catastrophes. Ceci leur permettrait d'être attentifs aux symptômes liés à une traumatisation, de déceler les situations pathologiques et de référer à des professionnels psychologues ou psychiatres formés aux interventions sur les séquelles post-traumatiques* » et que « *ceci nécessite que les médecins puissent disposer de l'information concernant l'impact qu'une telle*

catastrophe peut avoir sur la santé mentale et sur les comportements concomitants. Ils doivent être au courant que ces effets néfastes peuvent se manifester même à long terme. Il est nécessaire que l'on se penche sur les mesures à prendre pour soutenir ces médecins généralistes (cours, exposé, dépliants, etc.) ».

Thérapeutes du psychotraumatisme

Pour les soins spécialisés, il n'existe actuellement pas de formation officiellement reconnue sur le traitement du psychotraumatisme en Belgique. Cette situation donne lieu à une prolifération des méthodes de thérapie diverses et plus ou moins fondées. La KU Leuven¹⁰² est la seule université qui organise une formation de post-graduat en 2 ans. Conformément aux conditions en vigueur pour l'admission aux formations de post-graduat en psychothérapie (à la KU Leuven), ce programme est limité aux détenteurs des diplômes suivants : Master en psychologie (orientation psychologie clinique et stage d'au moins six mois), Master en sciences de l'éducation (orientation orthopédagogie, avec au moins 6 mois de stage), ou médecin / master en médecine (ainsi que les psychiatres ou psychiatres en formation, à partir de la troisième année). L'ULB¹⁰³ et l'UMons¹⁰⁴ organisent un certificat interuniversitaire en victimologie et psychotraumatologie, ouvert à un large public.

Enfin, à l'ULg¹⁰⁵, en faculté de psychologie, il existe un service universitaire spécifiquement spécialisé dans le psychotraumatisme avec un enseignement de cette matière donné aux étudiants inscrits en Master en psychologie clinique. Il existe également un certificat d'université en victimologie clinique à l'ULg mais celui-ci n'est pas non plus spécifique à la psychotraumatologie clinique et se centre plus sur les approches psychocriminologiques et légales, et donc relève plus de la criminologie que de la prise en charge clinique des victimes. Les autres formations existantes dans le domaine de la psychotraumatologie se situent dans le secteur privé, visant généralement un large public et sans les exigences de qualité habituelles des hautes écoles et universités.

Il est cependant indispensable que la prise en charge des personnes se fasse par des professionnels formés et compétents. Il est, en effet, important de les protéger de personnes non formées qui veulent aider, mais aussi de celles qui veulent profiter de la situation. Pour cela, il serait utile de disposer d'un inventaire de professionnels habilités ou de structures vers lesquelles ceux qui ont besoin d'aide peuvent s'orienter. Il faut cependant rester attentif à l'autonomie des personnes, à la relation entre le thérapeute et son patient, et à l'alliance thérapeutique qui en découle. Etant donné ces éléments, cette habilitation doit être surtout informative, et ne peut pas limiter la liberté de choix des patients. Une autre recommandation est d'évaluer la qualité des soins et la satisfaction des patients. Cela peut se faire via le système d'enregistrement déjà mentionné (voir point 2.2).

Dans l'optique d'accréditer des professionnels formés au traumatisme, la NtVP (*Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma*) a élaboré un avis sur la certification du thérapeute en psychotraumatisme, dans lequel sont décrits un profil de compétence de professionnel et des exigences en termes de formation.

¹⁰² Katholieke Universiteit Leuven

¹⁰³ Université Libre de Bruxelles

¹⁰⁴ Université de Mons

¹⁰⁵ Université de Liège

Selon le rapport de ce groupe de travail, un thérapeute en psychotraumatisme doit :

- *posséder une formation initiale de psychologue clinicien, orthopédagogue, sexologue ou psychiatre ;*
- *avoir au minimum 2 ans d'expérience dans le traitement de troubles liés au traumatisme et/ ou un nombre minimal de 10 patients avec des troubles liés au traumatisme ;*
- *avoir suivi au minimum 6 sessions de formation par des instituts de formation reconnus et au minimum 15 heures de supervision ;*
- *montrer l'acquisition des compétences définies dans le profil de compétence.*

Selon ce profil de compétence, le domaine d'expertise du thérapeute du traumatisme comprend l'examen psychodiagnostique, l'évaluation des résultats et l'application de méthodes de traitement psychologique *evidence-based* (par exemple telles que reprises dans les *Guidelines for Trauma Treatment* de l'*International Society for Traumatic Stress Studies*) dans le but de rétablir l'état de santé après un événement traumatisant. Ces tâches requièrent d'une part, des compétences spécifiques (concernant le diagnostic psychologique, l'indication et le traitement), et d'autre part, des compétences professionnelles générales (développement personnel, connaissance du réseau, connaissance des directives, être attentif à la diversité, etc.).

En annexe est repris l'ensemble des exigences pour les psychologues et les psychiatres des Pays-Bas qui souhaitent obtenir une reconnaissance comme psychotraumatologue de la *Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma* (sur base d'un consensus entre toutes les organisations professionnelles concernées).

Le CSS recommande que ce profil de compétence serve de base pour fixer des conditions d'agrément et une reconnaissance des professionnels compétents pour traiter le traumatisme. Cette reconnaissance pourrait se faire par la structure de coordination, soutenue par le comité d'experts.

Erkenning als psychotraumatoloog - Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma

Deskundigheid

De deskundigheid van de NtVP-psychotraumatheerapeut omvat algemene kennis over psychotrauma, het verrichten van psychodiagnostisch onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan en het toepassen van psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheidstoestand na het meemaken van een of meerdere traumatische gebeurtenissen. Daarnaast heeft hij/zij recente werkervaring in het behandelen van cliënten met psychotrauma en daaraan gerelateerde stoornissen. De Psychotraumatheerapeut voldoet aan de vooropleidingseisen met een registratie als gezondheidspsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater.

In het competentieprofiel zijn in hoofdlijnen de volgende eisen opgenomen:

Psychodiagnostiek

De Psychotraumatheerapeut NtVP is in staat om normale van verstoorde verwerkingsreacties te onderscheiden.

De Psychotraumatherapeut NtVP heeft kennis van:

- de kenmerken van uiteenlopende traumatische ervaringen;
- de mogelijke gevolgen en de uitingsvormen van de traumatische ervaringen
- de mogelijke samenhang van posttraumatische klachten met andere problematiek op de DSM5 asl en/of asll én de rol van culturele, sociale, leeftijd- en genderaspecten;
- de invloed van cognitieve- en geheugenprocessen op en na traumatische ervaringen en de verstoring van het gevoel van veiligheid op de klachtpresentatie.

Hij besteedt in het diagnostisch proces specifiek aandacht aan het inschatten van de gevolgen voor systeem, werk en omgeving en de wisselwerking tussen trauma en deze gebieden en het inschatten van de risico- en beschermingsfactoren; vraagt tijdens het diagnostische proces met voldoende rust, empathie en begrenzing naar traumatische ervaringen en traumagerelateerde klachten en gaat professioneel om met mogelijke reacties; is in staat om een gevalideerde vragenlijst en een klinisch interview met betrekking tot de diagnostiek van psychotraumaklachten te hanteren; besteedt expliciet aandacht aan de comorbiditeit van PTSS (zoals depressie, overige angststoornissen, dissociatieve stoornissen, verslaving, lichamelijk onverklaarde klachten, persoonlijkheidsstoornissen), differentiaaldiagnose en de interactie met lichamelijke stoornissen.

Indicatiestelling

De Psychotraumatherapeut NtVP is in staat om een diagnose te stellen, een onderbouwde indicatie voor behandeling te stellen en een behandelingsplan op te stellen.

De Psychotraumatherapeut NtVP heeft overzicht over beschikbare specifieke psychologische behandelingsmethoden voor traumagerelateerde stoornissen, alsmede over andere vormen van behandeling, waaronder psychofarmaceutische behandeling; is in staat om in te schatten welke problematiek prioriteit heeft in de behandeling en welke plaats een op verwerking gerichte behandeling inneemt; is op de hoogte van de bestaande evidence en clinical based richtlijnen voor het behandelen van PTSS; geeft uitleg over de behandelmogelijkheden, de te verwachte effecten, resultaten, risico's en bijwerkingen van een behandeling; maakt met de cliënt en/ of het systeem afspraken ter voorbereiding op de behandeling en, indien nodig, om ontregeling te voorkomen; heeft kennis van de sociale kaart met betrekking tot psychotraumazorg en is in staat om deze instellingen te consulteren en, indien nodig, cliënten te verwijzen (bijvoorbeeld in crisissituaties of als de cliënt medicatie nodig heeft); heeft oog voor de diversiteit aan doelgroepen (vluchtelingen, beroepsgerelateerde problematiek, slachtoffers huiselijk geweld, etc.).

Behandeling

De Psychotraumatherapeut NtVP voert traumagerichte behandelingen op professionele wijze uit.

De Psychotraumatherapeut NtVP: is in staat om betrokkenen te informeren over normale en verstoorde verwerkingsreacties na een traumatische gebeurtenis door: uitleg te geven over de mogelijke relatie tussen de traumatische gebeurtenis en de symptomen (psycho-educatie); praktische adviezen te geven om minder last te hebben van symptomen; te motiveren voor

een traumagerichte behandeling; stabiliserende technieken toe te passen interventies met betrekking tot terugvalpreventie uit te voeren.

Hij beheerst tenminste twee methoden van evidence based therapie met betrekking tot traumagerelateerde stoornissen op een gevorderd niveau en is daarbij in staat in te schatten wanneer een bepaalde traumagerichte behandeling geïndiceerd is of de voorkeur verdient en is in staat om beargumenteerd af te wijken van het standaardprotocol indien onvoldoende vooruitgang wordt geboekt of te verwijzen naar een meer geëigende behandeling, die men zelf niet kan bieden.

Ethische en morele kwesties

De Psychotraumatherapeut NtVP is bekend met morele en ethische dilemma's (zoals het "false memory" fenomeen, illegaliteit bij asielzoekers, sociale marginalisatie van trauma slachtoffers (b.v. veteranen, vluchtelingen), culturele fenomenen m.b.t. opvoeding, eerwraak, ouderschap, etc.), en weet hiermee zowel in het diagnostische proces als in het behandelproces op een vakkundige manier mee om te gaan.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'Environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de Déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du pool des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.hgr-css.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be.



www.css-hgr.be



Cette publication ne peut être vendue.



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT