

Note aux évaluateurs

Ce document préliminaire correspond à une mise à jour des Standards minimums pour la Protection de l'Enfance 2012.

Ceci est une traduction approximative et non éditée du standard aux fins de consultations. Il contient des erreurs grammaticales et de vocabulaire. Ceux-ci seront fixés dans la version finale du standard.

*Veillez noter qu'il s'agit ici uniquement de **standards**, et non **de fournir des conseils sur l'élaboration de programmes**. Les standards représentent l'essentiel du seuil minimum à atteindre dans un domaine spécifique du travail humanitaire lié à la protection de l'enfance. Les praticiens trouveront dans les documents cités en bibliographie de plus amples informations sur la manière d'atteindre ces standards.*

Veillez noter que cette version devra être considérablement révisée à la baisse en terme de longueur afin de ne pas dépasser la taille totale actuelle des standards.

À la lecture de ce document, veuillez vous interroger sur plusieurs points : ces informations seront-elles réellement utiles aux praticiens ? La formulation est-elle claire et facile à comprendre ? Cela reflète-t-il les meilleures pratiques et les éléments de preuve ? Quels sont les éléments indispensables ou non et ceux qui peuvent être supprimés ? Sont-ils formulés comme des standards ou relèvent-ils plutôt du domaine du conseil ?

Comment transmettre vos commentaires sur ce projet : Veuillez utiliser le formulaire [ci-joint](#).

Merci de contribuer à l'amélioration des Standards minimums pour la Protection de l'Enfance !

[1] STANDARD 10 SANTÉ MENTALE ET DÉTRESSE PSYCHOSOCIALE

[2]Le terme composite *santé mentale et soutien psychosocial* (SMSPS) fait référence à « tout type de soutien local ou extérieur ayant pour but de protéger ou de promouvoir le bien-être psychosocial et de prévenir ou de traiter des troubles mentaux. » (Directives de l'IASC sur la SMSPS dans des situations d'urgence, 2007). [3]Un large éventail d'acteurs est impliqué dans le domaine de la SMSPS (dont la santé, la protection, l'éducation, la nutrition, etc). [4]Il faut des approches coordonnées, multi-niveaux et intégrées afin d'assurer le soutien holistique nécessaire aux personnes atteintes de troubles mentaux ou de détresse psychosociale.

[5]Les crises humanitaires et les déplacements prolongés sont la cause d'importantes souffrances

psychologiques et sociales pour les populations touchées. [6] Dans des situations d'urgence, les facteurs de protection risquent d'être perturbés, entraînant la rupture des réseaux communautaires et des systèmes de soutien. [7] Les événements défavorables persistants (conflits armés, séparation familiale, débris de guerre explosifs, le fait d'être témoin de violence brutale, etc.) exposent les enfants et leurs aidants à des facteurs de risque accrus et peuvent entraîner des réactions de détresse aiguës et potentiellement chroniques. [8] En outre, le manque d'informations crédibles et précises, la propagation de rumeurs, la fourniture d'une aide inadéquate, le déplacement et le surpeuplement dans les campements et les environnements urbains représentent de fortes sources de stress, de confusion et d'insécurité. [9] Les répercussions psychologiques et sociales de telles situations d'urgence peuvent être aiguës à court terme, mais également nuire à long terme à la santé mentale, au bien-être psychosocial et au développement de la population touchée.

[10] Les enfants sont particulièrement vulnérables dans les situations d'urgence. [11] Il est important d'identifier les enfants et les aidants susceptibles de présenter des risques supplémentaires ou des conditions préexistantes, sans les stigmatiser. [12] Les enfants qui ont fait face à l'adversité peuvent présenter des attitudes différentes en matière de relations sociales, de comportement, de réactions physiques, d'émotions ainsi que de spiritualité. [13] Particulièrement néfaste est l'impact des niveaux élevés de stress dus à un traumatisme, à la violence, à des abus, à la négligence ou la privation au cours de la petite enfance et de l'adolescence, lorsque le cerveau et les liens d'attachement sont dans leur période de développement le plus rapide. [14] Les réactions fréquentes chez les enfants, en fonction de leur âge et des stades de leur développement, comprennent notamment : des problèmes de sommeil, des cauchemars, des comportements agressifs, des difficultés liées aux toilettes (dont l'énurésie), le retrait sur soi, des problèmes de concentration, la culpabilité ainsi qu'une régression temporaire vers des étapes de développement antérieures.

[15] Une fois leur sécurité assurée et la mise en place de soins adaptés, la plupart de ces réactions chez les enfants s'estompent avec le temps. [16] Cependant, sans soins adaptés et sans protection, ces signes de détresse peuvent s'empirer et entraîner une souffrance prolongée, des troubles de santé générale aussi bien que mentale et des mécanismes de survie néfastes (problèmes de drogue, de comportement et suicide). [17] Par ailleurs, la santé mentale et le bien-être psychosocial des aidants affectent profondément le bien-être des enfants. Les acteurs de la protection de l'enfance concernés devraient ainsi faire de l'appui aux aidants une priorité dans leurs programmes.

FILTER

INTERVENTION PYRAMID

EXAMPLES

Mental healthcare by mental health specialists (psychiatric nurses, psychologists, psychiatrists, etc.)

Specialised services

Basic mental healthcare by primary healthcare doctors
Basic emotional and practical support by community workers

Focused non-specialised supports

Activating social networks
Communal traditional supports
Supportive age-friendly spaces

Strengthening community and family supports

Advocacy for basic services that are safe, socially appropriate and protect dignity

Social considerations in basic services and security

[18]Appuis multi-niveaux

BROUILLON

Niveau 4 :

- Une prise en charge psychologique ou psychiatrique de spécialistes en santé mentale (infirmiers psychiatriques, psychologues cliniciens, psychiatres, travailleurs sociaux, etc.) pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Niveau 3:

- Une gestion des cas
- Des interventions structurées pour les individus, les familles et/ou les groupes particulièrement à risque
- Un soutien à la fois moral et concret fourni par des travailleurs sociaux communautaires
- Des groupes de soutien (notamment pour les survivants de VSS, les mères adolescentes ou CAAFAG).
- Une recherche de la famille et réunification familiale
- Des premiers secours d'ordre psychologique
- Des soins de santé mentale de première nécessité dispensés par les médecins de première ligne (mhGAP, par exemple)

Niveau 2 :

- Restaurer ou activer les réseaux sociaux
- Des appuis traditionnels dans la communauté et un soutien entre pairs
- Des programmes psychosociaux structurés adaptés en fonction de l'âge, du sexe et du handicap
- Une aide à la création de lieux sûrs, gérés par la communauté
- Un renforcement des capacités des comités de protection des enfants établis dans la communauté, des enseignants et des parents
- Des groupes d'aidants

Niveau 1 :

- Des activités de sensibilisation au sein de la communauté en matière de santé mentale et d'appui psychosocial, de protection et de voies d'orientation
- Une mobilisation autour de services élémentaires, sûrs, respectueux des exigences sociales visant à protéger la dignité et le bien-être
- Une mobilisation autour de la protection et la sécurité des populations touchées et des groupes plus à risque.
- Garantir un accès et une participation aux services de base et à la planification des programmes, sans aucune discrimination
- La sensibilisation des autres secteurs en matière de santé mentale et de problèmes psychosociaux
- La diffusion d'informations sur la situation actuelle, sur les efforts de secours et les services disponibles

STANDARD

[19]Les filles, les garçons et leurs aidants connaissent une amélioration de leur santé mentale et de leur bien-être psychosocial.

Les actions clés

LA PREPARATION

10.1 [[placeholder]][20] Effectuer une évaluation inter-agences et intersectorielle des informations existantes. Cette évaluation devrait inclure l'analyse :

- [21]des systèmes / réseaux de soutien communautaires préexistants et nouvellement activés ;
- [22]de la compréhension culturelle des problèmes de santé mentale, de bien-être psychosocial et de détresse ainsi que mécanismes d'adaptation traditionnels ;
- [23]des facteurs de risque pour les enfants et les soignants, y compris l'analyse géographique des conditions de vie (urbain / rural, établissement informel, bidonville, camp de réfugiés urbanisés, etc.) ainsi que des groupes susceptibles d'être très vulnérables

- [24]des prestataires de services de santé mentale et de soutien psychosocial ainsi que de leurs capacités existantes ;
 - [25]des types et de la prévalence des troubles de santé mentale, subdivisés en fonction de l'âge et du sexe, mais en évitant de mener des études de prévalence lorsque les données sont disponibles ailleurs.
- 10.2 [26]Sensibiliser aux questions de SMSPS et assurer une formation visant à préparer le personnel de la Protection de l'enfance et les autres acteurs humanitaires multisectoriels, les homologues gouvernementaux, les autorités locales ainsi que les enseignants et les membres de la communauté (y compris les utilisateurs des services fournis par les organisations), sur :
- [27]des aptitudes élémentaires à l'écoute bienveillante et les premiers secours psychologiques (PFA) ;
 - [28]les directives de l'IASC concernant les SMSPS ainsi que les directives de l'IASC pour l'inclusion des personnes handicapées ;
 - [29]les mécanismes de prévention, de réaction et d'aiguillage en matière de santé mentale et de bien-être psychosocial des enfants et des aidants.
- 10.3 [30]Établir et appliquer des mécanismes à l'échelle organisationnelle pour la prévention de l'exploitation et des abus sexuels, ainsi que pour la prise en charge et le bien-être du personnel et des volontaires, en mettant l'accent sur ceux qui sont en première ligne dans leur travail de protection et de SMSPS.

LES INTERVENTIONS

- 10.4 [31]Participer à un groupe de travail technique inter-groupes / secteurs sur la SMSPS afin d'assurer une analyse efficace des lacunes, un système de cartographie des services et d'orientation pour les enfants et leurs aidants.
- 10.5 [32]Inclure les éléments de SMSPS dans la Vue d'ensemble des besoins humanitaires (HNO) de protection (de l'enfant), les Plans de réponse humanitaire (HRP), les indicateurs et les budgets. [33]Lorsque des stratégies multisectorielles sont déjà établies (notamment au sein des municipalités locales), encourager l'intégration de la SMSPS en ce qui concerne les enfants et les aidants.
- 10.6 [34]Travailler en étroite collaboration avec d'autres secteurs afin d'identifier et d'orienter les enfants et les aidants qui ont besoin d'autres services, dont des services de niveau supérieur, y compris des interventions cliniques psychologiques ou psychiatriques cliniques. [35]D'autres secteurs / groupes servent également de points d'entrée pour les activités de SMSPS destinées aux enfants et aidants.
- 10.7 [36]Renforcer les réseaux communautaires existants afin de fournir un soutien psychosocial et une protection à tous les enfants et aidants affectés. [37]Les réseaux communautaires doivent

- être inclusifs et permettre une participation significative.
- 10.8. [38]Mener une évaluation des besoins en formation sur les capacités existantes de SMSPS ainsi que sur celles requises.
 - 10.9 [39]Renseigner et former sur un soutien psychosocial et émotionnel élémentaire pour les enfants et leurs aidants (notamment PFA d'enfant à enfant et soutien par les pairs) et comment réaliser des activités amusantes efficaces et inclusives pour les enfants.
 - 10.10 [40]Assurer la mise à disposition de lieux dans la communauté (espaces publics de loisir, espaces communs, centres d'information, etc.) afin de mettre en place des activités inclusives de l'âge, du sexe et du handicap destinés aux enfants et à leurs aidants. [41]Attribuer un lieu aux activités spécifiques de SMSPS : groupes de soutien, clubs de jeunes, programmes mère-enfant, activités culturelles, etc.
 - 10.11 [42]Protéger les enfants contre tout risque supplémentaire et préjudice à vie en élaborant des programmes de puériculture et de développement, des programmes répondant aux besoins des enfants en âge scolaire, des adolescents ainsi que des programmes de soutien pour les aidants.
 - 10.12 [43]Fournir des interventions de SMSPS ciblées, facilitées par un personnel de protection des enfants et de la santé formé, des travailleurs sociaux et des bénévoles.
 - 10.13 [44]Intégrer les notions de SMSPS relatives à l'âge, au sexe et dépendantes de la culture dans les plans de gestion des dossiers des enfants et des aidants bénéficiant d'une protection et d'un soutien sur le plan de la santé.
 - 10.14 [45]Garantir l'accès à des services spécialisés aux enfants présentant des symptômes graves : les enfants s'automutilant et suicidaires, ceux faisant preuve de graves problèmes de comportement ainsi que les adolescents présentant des symptômes de psychose. [46]Dans les cas où les services spécialisés ne sont pas disponibles, et suite à une analyse des options à disposition, les acteurs de la protection de l'enfance devront identifier les autres types d'interventions possibles pour la famille et l'individu afin d'empêcher que leur bien-être ne se détériore davantage.

Les mesures	LES OBJECTIFS EN MATIERE DE RESULTATS	REMARQUES
10.1 [47]Le nombre de personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de problèmes psychosociaux indiquant bénéficier d'un soutien suffisant de la part de membres de leur famille.	80%	(1) [48]Le dénominateur peut être le nombre d'enfants dans les communautés concernées sur une période de temps démarrant au début de l'intervention.
10.2 [49]Le pourcentage de structures familiales, communautaires et structures sociales qui favorisent le bien-être et le développement des filles, des garçons et de leurs aidants.	70%	(2) [50]Les structures sociales familiales et communautaires (parfois considérées comme des « systèmes ») peuvent être formelles ou informelles. [51]Elles peuvent fournir un environnement favorisant la cohésion sociale et la mise en confiance afin que les individus puissent être soutenus par un réseau social plus large. [52]Bénéficiaire de soutiens sociaux, communautaires et familiaux permet aux individus de continuer à apprendre et à s'adapter, atteignant ainsi les divers stades de développement. [53]De telles structures peuvent comprendre, sans s'y limiter, des systèmes de recherche de la famille et de réunification ainsi que des structures d'éducation formelle.
10.3 [54]Le pourcentage d'aidants et d'enfants interrogés ayant déclaré une capacité accrue à faire face aux problèmes.	70%	(3) [55]Capacité à faire face aux problèmes : notamment par le biais de compétences de gestion du stress, de gestion des conflits, de résolution de problèmes, de compétences parentales, pour savoir où demander de l'aide, des renseignements ainsi que trouver les ressources permettant d'accéder aux soins.
10.4 [56]Le nombre de garçons et de filles dans chaque groupe à risque recevant des soins ciblés appropriés.	80 %	(4) [57]Groupe à risque : les nourrissons malnutris, les enfants associés à des forces / groupes armés, les survivants de violences sexuelles, les enfants atteints de troubles mentaux et / ou d'handicap, etc.
10.5 [59]Pourcentages des services et des programmes communautaires qui s'adressent aux procédures relatives au renvoi des personnes ayant des problèmes	90 %	[58]Exemples de soins ciblés : la stimulation cognitive, la gestion des cas, les interventions psychologiques, et / ou les cérémonies de guérison individualisées traditionnelles. (5) [60]Mesurés par les PON relatifs au processus d'orientation, au

de santé mentale et psychosociaux.

document de cartographie des services, à la Note d'orientation et au formulaire des directives d'IASC sur les SMSPS, à la connaissance du personnel et des bénévoles des PON en matière d'orientation.

[61]Remarques générales : subdiviser tous les indicateurs en fonction du sexe, de l'âge et du handicap.

BROUILLON 2 NE PAS DIFFUSER OU COPIER

Notes explicatives

[61]10.1. Participation des communautés et processus d'autonomisation des enfants et des familles :

[62]Les filles, les garçons, les femmes et les hommes doivent participer activement dans les décisions qui les concernent directement - par exemple en prenant part aux opérations de secours, aux initiatives qui encouragent les enfants plus âgés à travailler avec les plus jeunes, aux initiatives de soutien par les pairs pour adolescents, aux réseaux artistiques, culturels et religieux, aux organisations au service de personnes en situation de handicap, aux groupes de soutien aux aidants et aux associations de parents.

[63]Les filles, les garçons et les aidants ayant des problèmes de santé mentale et psychosociaux doivent être inclus dans les activités familiales et communautaires régulières avec d'autres enfants et d'autres adultes. [64]Renforcer les possibilités des aidants, des familles et des communautés à se soutenir mutuellement, et plus particulièrement les enfants souffrant de troubles de santé mentale, est une stratégie efficace et durable pour favoriser le bien-être de tous les membres de la communauté.

[65]10.2. Premiers secours psychologiques (PSP) :

[66]Les Premiers secours psychologiques (PSP) décrivent une réponse humaine, solidaire et une approche globale de l'être humain qui souffre et qui peut avoir besoin d'être soutenu. [67]Les PSP incluent des facteurs qui sont bénéfiques au rétablissement à long terme des personnes, notamment : le sentiment de sécurité, les liens sociaux, la sérénité et l'espoir; la possibilité d'avoir accès à un soutien social, physique et affectif et se sentir capable de s'aider eux-mêmes, en leur qualité d'individus et de communautés. [68] Les PSP sont adaptés aux enfants et aux adultes en détresse qui ont été récemment confrontés à des situations de crise. [69]Cependant, tous ceux qui font face à une situation de crise n'auront pas forcément besoin ou ne voudront pas de PSP. [70] N'obligez pas les personnes à recevoir de l'aide mais faites en sorte que votre aide soit facilement accessible à ceux ou celles qui souhaitent être aidés. [71]Les PSP peuvent être appris et fournis par les enfants, les membres de la communauté et le personnel humanitaire.

[72]10.3. Appui ciblé :

[73]Le personnel de la protection de l'enfance doit être formé et supervisé, aux fins d'identifier les enfants et les aidants qui souffrent de troubles de santé mentale et de leur offrir un soutien approprié.

[74] Ces interventions offrent un large éventail de résolution de problèmes critiques et des compétences cognitives qui augmentent considérablement la capacité d'un individu et sa famille à faire face à l'adversité, à améliorer son bien-être et son fonctionnement général. [75]De telles interventions doivent être adaptées aux groupes de population et au contexte, et peuvent être dispensées sous étroite supervision par des laïcs et par un mentorat actif. [76]Dans la mesure du possible, l'aidant de l'enfant doit être formé et soutenu pour assurer ces interventions, plus précisément les aidants des enfants qui souffrent de problèmes de développement et de déficiences intellectuelles.

[77]10.4. Problèmes de santé mentale

[78] Dans de nombreux contextes humanitaires, la santé mentale et le travailleur social : les services, la formation et les dispositifs de surveillance sont insuffisants. [79] Les organisations doivent encourager l'inclusion de la santé mentale pour les enfants et les aidants dans les soins généraux en matière de santé et de protection sociale. [80] Le Guide d'intervention humanitaire HCR/OMS (mhGAP-HIG) décrit des méthodes pour traiter les maladies mentales et neurologiques ainsi que la toxicomanie généralement constatées dans des contextes humanitaires, lors de stress aigu et de détresse. [81] Les garçons, les filles et les aidants ayant des problèmes de santé mentale, y compris les enfants souffrant de handicaps intellectuels et les personnes vivant en institution en raison de troubles mentaux, doivent être bien protégés et recevoir des soins appropriés. [82] Le placement en institutions des enfants souffrant de problèmes de santé mentale est dissuadé et fait place à un soutien familial et des solutions de protection alternatives. [83] Si il y a lieu de préconiser un traitement bien défini, orientez-vous si nécessaire vers un professionnel de la santé mentale.

[84]10.5. Petite enfance :

[85] La petite enfance couvre la période avant la naissance (soutien aux femmes enceintes) jusqu'à l'école primaire. [86] Pour les enfants à risque et leurs aidants naturels (c'est-à-dire, les mères souffrant de troubles mentaux sévères), les interventions parentales qui favorisent les soins pré- et postnataux en matière de nutrition, d'interaction mère-enfant, notamment la stimulation psychosociale, les apprentissages en matière de soins précoces et adaptés, doivent être offerts. [87] Ces programmes peuvent être fournis par les programmes communautaires en cours, par les programmes de santé de la mère et l'enfant, par les programmes de nutrition ou par les biais des centres de développement de la petite enfance. [88] Tout faire pour s'assurer que tous les programmes de la petite enfance soient accessibles et adaptés aux personnes handicapées et qu'ils permettent également de répondre à la situation et au bien-être des aidants naturels.

[89]10.6. Soutien aux aidants et aux familles :

[90] Les familles et les aidants sont la plus importante source de protection et de bien-être pour les enfants. [91] Ce soutien peut être renforcé ou affaibli ou même devenir inefficace après une situation d'urgence. [92] Aider les familles et les aidants à contrôler leur propre détresse et à rétablir leur capacité d'être de bons parents est vitale pour leur propre bien-être psychologique et celui de leurs enfants. [93] Les activités communes avec la famille pour renforcer les liens entre les enfants et les aidants sont recommandées. [94] Ceci est particulièrement important pour les nourrissons et les enfants ayant des problèmes de développement et de déficience intellectuelle et pour les parents souffrant de troubles de santé mentale. [95] Faire en sorte que les informations soient accessibles et culturellement appropriées sur la parentalité positive, sur les méthodes constructives et les techniques de soins, sur la prise de conscience des pratiques néfastes ; et aider les personnes à organiser des cérémonies de deuil traditionnelles après la perte d'un membre de la famille, sont des mesures utiles pour soutenir la santé mentale et le bien-être psychosocial.

[96]10.7. Suivi et évaluation pour MHPSS :

[97]Le suivi et l'évaluation participatifs font partie d'une bonne pratique des programmes humanitaires.

[98]Il est important que les populations touchées et les autres parties prenantes soient activement impliquées dans la définition des objectifs des programmes psychosociaux et de santé mentale. Partager des informations de suivi et d'évaluation, dans des formats appropriés, avec des individus et des communautés bénéficiant de ces interventions. [99]Les indicateurs de santé mentale et de bien-être psychosocial doivent être mesurés en combinant les méthodes de collecte de données quantitatives (par exemple par le biais de questionnaires (pré/post) comprenant des décomptes, des chiffres, des pourcentages et des ratios fournissant des données précises) et les méthodes qui mesurent des données qualitatives (par le biais de groupes de discussion, des entrevues avec les informateurs clés et les observations dans la communauté). [100]Des directives détaillées sur la surveillance et l'évaluation des programmes de SMSPS sont disponible dans l'IASC *Cadre d'évaluation et de surveillance commun*.

[101]10.8. Le personnel de la SMSPS et l'éthique des bénévoles, aptitudes et compétences

[102]L'intégrité, les aptitudes et les compétences du personnel et des bénévoles ont un effet direct sur la qualité et les résultats des interventions SMSPS pour les enfants et les aidants. [103]Il est nécessaire de mettre en place des initiatives de formation et de renforcement des capacités pour l'inclusion des enfants souffrant de troubles mentaux dans les activités de protection de l'enfance, la prévention de l'exploitation et des abus sexuels, le développement de l'enfant, la protection de l'enfance, de fortes compétences en matière de communication et d'animation axées sur le jeu, la sécurité et la participation dans la dignité des enfants et des aidants malades. [104] Des mécanismes de supervision doivent être mis en place pour s'assurer que le personnel et les bénévoles maintiennent des normes éthiques élevés, qu'ils bénéficient également d'aide aux fins d'appliquer en toute sécurité de nouvelles compétences et de prodiguer des conseils sur la gestion des dossiers individuels. [105]En outre, la supervision clinique pour les fournisseurs d'interventions psychologiques aide à s'assurer du suivi des bons protocoles et de la protection des aidants et des enfants contre tous dommages éventuels.

[106]10.9. Le bien-être du personnel et des bénévoles.

[107]Le personnel et les bénévoles mettant en oeuvre les interventions MHPSS et de protection sont exposés à un large éventail de facteurs de stress, notamment à des atrocités, à des actes de violence, à la souffrance humaine, ainsi qu'à de très fortes demandes de travail et des environnements précaires. Cela les place à des risques d'accumulation de facteurs de stress et au surmenage. [108]Lorsque la détresse aiguë du personnel ou des bénévoles est si importante qu'elle limite leur fonctionnement et leur capacité à effectuer leur travail, ou qu'elle soit considérée comme un risque pour eux-mêmes ou pour autrui, ils doivent cesser de travailler et recevoir des soins immédiats d'un professionnel de la santé mentale. [109]L'accumulation des facteurs de risque fait du bien-être du personnel et des bénévoles un problème crucial et les mécanismes de soutien du personnel et des bénévoles doivent être appliqués et intégrés dans la culture organisationnelle par l'équipe de direction.

Références

- Comité permanent interorganisations (IASC) (2007). Lignes directrices sur la santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Genève.
- IRC, HCR, Sauver les enfants, Terres des Hommes, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Unicef (2009). *Action pour les droits des enfants: module de base sur le soutien psychosocial*: <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/arc-resource-pack-actions-rights-children-english-version>
- *Sauver les enfants* (2013). *Manuel de formation en premiers soins psychologiques pour les enfants*.
- OMS (Snider, van Ommeren & Schafer) (2011). *Premiers Secours Psychologiques : Guide pour les travailleurs sur le terrain*.
- *Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial* (2017). *Un cadre commun de suivi et d'évaluation pour les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence*.
- OMS et HCR (2015). *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (mhGAP-HIG): Gestion clinique des troubles neurologiques et de la toxicomanie dans les urgences humanitaires*.
- HCR (2014) *Dossier sur la protection de l'enfance: santé mentale et bien-être psychosocial des enfants* <http://www.refworld.org/docid/540ef77c4.html>
- HCR (Nations Unies) et OMS (2012) *Guide d'évaluation de la santé mentale et des besoins psychosociaux et des ressources, Genève: HCR et OMS*.
- Centre de référence de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge pour le soutien psychosocial (2017), *Cadre de suivi et d'évaluation des programmes psychosociaux: Boîte à outils*, IFRC.
- Normes de sphères 2018 (espace réservé non encore publié).
- Unicef (2014). *Développement de la petite enfance dans les situations d'urgence, Guide de programmation intégrale*, New York: Unicef.
- Groupe de référence de l'IASC sur la santé mentale et le soutien psychosocial, *Qui fait quoi et quand en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, IASC: Genève (2012).
- UNICEF (2017) *Inclure les enfants handicapés dans l'action humanitaire : protection de l'enfance* : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html>

- Commission des femmes pour les réfugiés et Fonds pour les enfants (2016), La violence sexiste contre les enfants et les jeunes handicapés, une boîte à outils pour les acteurs de la protection de l'enfance: <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/1289-youth-disabilities-toolkit>
- CBM International, Bensheim, Help Age International, Handicap International (2018) *Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées*: https://humanity-inclusion.org.uk/sn_uploads/document/humanitarian-inclusion-standards-for-older-people-and-people-with-disabilities-ADCAP.pdf
- **IASC** *Lignes directrices sur l'inclusion des personnes handicapées: (en développement, prévu en décembre 2018).*
- *Santé mentale et soutien psychosocial pour les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants en route pour l'Europe: Un guide multi-agences* (2015).
- Organisation mondiale de la santé (2015). *Penser sain : un manuel pour la gestion psychosociale de la dépression périnatale* (OMS), Genève.
- www.mhpss.net (Réseau de soutien en santé mentale et soutien psychosocial)
- Groupe de référence du Comité permanent inter institutions pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2017), *Fiche de référence et note d'orientation inter organisations*, IASC, Geneve,