Culture, Contexte du conflit, Santé mentale et Bien-être Psychosocial des Syriens

Rapport sur la santé mentale et le soutien psychosocial à l'intention du personnel travaillant auprès des Syriens touchés par le conflit armé

Version Anglaise publiée en Spetembre 2015

Version Française : Février 2016

Remerciement

Conceptualisation, rédaction et édition
Ghayda Hassan (Université du Québec à Montréal, Canada), **Laurence J. Kirmayer** (Université McGill, Canada), **Peter Ventevogel** (HCR, Suisse)

Auteurs
Abdelwahed Mekki Berrada (Université Laval, Canada), **Constanze Quosh** (HCR, Ouganda), Rabih el Chammay, (Ministère de la Santé publique, Liban), **Jean- Benoit Deville-Stoetzel** (Université de Montréal, Canada), **Ahmed Youssef** (Canada), **Hussam Jefee-Bahloul** (Université de Yale, États-Unis), **Andres Barkeel-Oteo** (Université de Yale, États-Unis), **Adam Coutts** (École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Royaume-Uni), **Suzan Song** (École de Médecine et de Sciences de la Santé George Washington, États-Unis)

Réviseurs et autres contributeurs (en ordre alphabétique)
DeebAbbara (Institut de Formation et de Services Psychosociaux, Egypte), **Mohammed Abou-Saleh** (Université de Londres, Royaume-Uni), **Mohamed Abo-Hilal** (*Syria Bright Future*, Jordanie), **Nadim Almoshmosh** (*Northamptonshire Healthcare NHS Foundation Trust*, Royaume-Uni), **Ghida Anani** (ABAAD, Liban), **Homam Masry Arafa** (HCR, Syrie), **Najib George Awad** (Séminaire de Hartford, USA), **Naz Ahmad Baban** (Hôpital psychiatrique Erbil, Irak), **Mary Jo Baca** (*International Medical Corps*, Jordanie), **Alaa Bairoutieh** (Institut de Formation et de Services Psychosociaux, Égypte), **Ahmad Bawaneh** (*International Médical Corps*, Jordanie), **Ammar Beetar** (HCR, la Syrie), **Maria Bornian** (UNICEF, Liban), **Boris Budosan** (*Malteser International*, Croatie), **Ann Burton** (HCR, Jordanie), **Adrienne Carter** (Centre pour les victimes de la torture, Jordanie), **Aube Chatty** (Centre d'études des réfugiés, Université de Oxford, Royaume-Uni), **Alexandra Chen** (UNRWA, Liban), **Rony N. Abou Daher** (Liban), **Paolo Feo** (*Un Ponte Per*, Italie), **Ilona Fricker** (CVT, Jordanie), **Muriel Génot** (*Handicap International*, Jordanie), **Hagop Gharibian** (*Syrien Arab Red Crescent*, Syrie), **Audrey Gibeaux** (MSF, Liban), **Amber Gray** (Centre pour les victimes de la torture, USA), **Muhammad Harfoush** (HCR, Éthiopie), **Aram Hassan** (*Centrum '45*, Pays-Bas), **Maysaa Hassan** (OIM, Syrie), **Tayseer Hassoon** (sans affiliation, Syrie), **Zeinab Hijazi** (*International Medical Corps*, USA), **Leah James** (CVT, Jordanie), **Wissam Hamza Mahasneh** (Organisation de la Coopération Islamique, Turquie), **Cosette Maiky** (UNRWA, Liban), **Tamara Marcello** (*ARDD-Legal Aid*, Jordanie), **Mamoun Mobayed** (Centre du Comportement de la Santé, Qatar), **Luca Modenesi** (CVT, Jordanie), **Amanda Melville** (HCR Bureau régional, Amman), **Redar Muhammed** (UPP, l'Irak), **Mark van Ommeren** (OMS, Genève), **Basma el Rahman** (*International Medical Corps*, Turquie), **Rawisht Rasheed** (Université de Soran, Irak), **Khalid Saeed** (OMS, Bureau de la Méditerranée orientale), **Josi Salem** (Fondation Al Himaya, Jordanie), **Marian Schilperoord** (HCR, Genève) **Guglielmo Schininà** (OIM, Suisse), **Mohamed El Shazly** (*International Medical Corps*, Turquie), l'équipe d'*Un Ponte Per*, Dohouk, Irak (**Ramziya Ibrahim Amin, Rezan Ali Isma'il, Diyar Faiq Omar, Sam Jibrael, Bradost Qasem**), **Ruth Wells** (Université de Sydney, Australie), **Gabriela Wengert** (HCR, Jordanie), **Eyad Yanes** (OMS, Syrie).

Traduction en français
Mylène Boivin, Lancelot Legendre-Courville, Anne-Sophie Cardinal (Canada)

GLOSSAIRE

OC Organisation communautaire

CPI Comité permanent inter-organisation

PDI Personne déplacée interne

LGBTI Lesbienne, homosexuel, bisexuel, transgenre ou intersexué

SMSP Santé mentale et soutien psychosocial

ONG Organisation non gouvernementale

VSS Violence sexuelle et sexiste

HCR Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

UNRWA Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

ONU Organisation des Nations Unies

OMS Organisation Mondiale de la Santé

1. **INTRODUCTION**

Pourquoi ce document?

Ce rapport vise à fournir des informations sur le contexte socioculturel de la population syrienne, ainsi que sur les aspects culturels de la santé mentale et du bien-être psychosocial (SMSP), pertinentes à l'égard des soins et au soutien offerts. Il est basé sur une vaste recension de la littérature disponible sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans le contexte des conflits armés actuels en Syrie.

Ce document est principalement destiné aux travailleurs en SMSP, tels que : psychologues, conseillers psychosociaux, travailleurs sociaux, psychiatres, infirmières psychiatriques, et autres professionnels qui offrent des services de consultations individuelles ou en groupe, des psychothérapies et/ou des traitements psychiatriques pour les Syriens. D'autres professionnels du domaine humanitaire et des soins de santé auprès des Syriens ou les professionnels travaillant dans le domaine de la santé publique, des services communautaires, de la protection de la jeunesse et de la violence sexuelle et sexiste (VSS), pourraient également trouver ce document utile. Les informations décrites dans ce rapport complémentent les directives générales de certains guides, comme les directives du Comité Permanent Inter-organisations (CPI), les dispositions en matière d'urgence en Santé Mentale et en Soutien Psychosocial (1) et le Guide Opérationnel de l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) du Programme en Santé Mentale et de Soutien Psychosocial pour les Réfugiés. (2) Conjointement à ces lignes directrices, ce rapport peut informer et guider les interventions afin de promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial des Syriens touchés par les conflits armés et les déplacements, et ce en Syrie ainsi que dans les pays d'accueil de réfugiés syriens.

Structure de ce document

Les premiers chapitres contiennent des informations essentielles sur le contexte socioculturel syrien (chapitre deux), la situation des réfugiés en provenance de Syrie et des personnes déplacées internes (PDI) en Syrie (chapitre trois), la santé mentale et les problèmes psychosociaux des déplacés internes syriens (chapitre quatre). Ces chapitres résument les grandes lignes de la littérature scientifique actuellement disponible, ce qui permettra aux intervenants psychosociaux et intervenants en santé mentale travaillant avec les Syriens déplacés d'inscrire leurs efforts dans une perspective plus large, tant auprès de clients individuels que des familles. Les références de cette section fournissent également aux praticiens souhaitant approfondir leurs connaissances, des ressources clés afin d'explorer en profondeur des enjeux pertinents.

Les derniers chapitres de ce rapport se concentrent spécifiquement sur le contexte culturel plus large dans lequel s'inscrivent les informations en matière de santé mentale et de soutien

psychosocial pour les Syriens touchés par le conflit armé. Le chapitre cinq fournit des informations détaillées sur le rôle des facteurs sociaux, culturels et contextuels dans la présentation et l'expression de la détresse mentale et psychologique, ainsi que comment cela est intimement lié à la culture et aux notions religieuses de la personnalité. Le chapitre six relate la manière dont une compréhension culturelle et contextuelle de la santé mentale, des problèmes psychologiques et d'autres enjeux, peut nous informer quant à la conception et la disposition des services en SMSP. Les chapitres cinq et six sont particulièrement pertinents pour les personnes impliquées dans la dispensation de soins aux clients syriens. La conclusion (chapitre sept) présente un résumé concis des principales questions abordées dans ce document.

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche utilisée pour l'élaboration de ce rapport a été mise sur pied dans le but de saisir l'ensemble des écrits de la littérature scientifique portant sur les aspects cliniques et sociaux pertinents et d'examiner les aspects socioculturels de la santé mentale au sein de la population syrienne. Les principales bases de données dans le domaine médical, psychologique et en sciences sociales (p. ex. PubMed, PsycInfo) ont permis d'identifier des informations pertinentes, jusqu'en juillet 2015. De plus, des recherches supplémentaires ont été menées dans des listes de références documentaires afin de cibler des livres et des articles spécifiques sur le thème de la santé mentale des Syriens, ce qui a permis d'inclure des sources en diverses langues comme l'arabe, l'anglais et le français. La recherche dans les bases de données a été complétée par des recherches sur Internet en arabe, en anglais et en français, ainsi que sur *Google Scholar*, afin de recenser des ressources médiatiques, des ouvrages et de la littérature non-académique pertinents quant à la situation actuelle des Syriens. Des informations importantes sur les réfugiés syriens et les déplacés internes ont également été tirées des rapports et des évaluations publiés par des organisations non gouvernementales (ONG), des organisations intergouvernementales et des Agences des Nations Unies. Ces informations, en grande partie, ont été récupérées sur le Portail de Partage d'Informations de l'Inter-agence sur la Crise en Syrie, organisé par le HCR[1]. Cette stratégie de recherche a fourni de nombreuses sources utiles, mais ne doit pas être considérée comme un examen complet de tous les enjeux liés à la santé mentale et au soutien psychosocial des Syriens, puisque de nombreux rapports et évaluations n'ont pas été examinés.

Avertissement : ce rapport a été commandé par le HCR et un large éventail d'experts a participé à sa rédaction. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement le point de vue politique et les décisions des employeurs.

1 http://data.unhrc.org/syrianrefugees/regional.php

2. BRÈVE REVUE DU CONTEXTE SOCIOCULTUREL

Il y a une grande diversité socioéconomique, ethnique et religieuse au sein de la population syrienne, qui avec l'âge et le sexe, influencent significativement les familles, les dynamiques communautaires, les modèles explicatifs de la maladie, ainsi que les mécanismes d'adaptation et les comportements de recherche d'aide. Il est important que les praticiens en SMSP reconnaissent cette diversité afin d'offrir un soutien approprié aux réfugiés et aux autres personnes affectées. (3)

La religion, l'ethnicité et l'identité tribale sont des éléments importants de l'identité individuelle et la loyauté au sein des groupes d'un grand nombre de Syriens. Ces identités peuvent contribuer à la création de frontières entre les groupes, accentuant les différences et posant un défi pour la santé mentale. (4) Les praticiens devraient être conscients de la modification de l'identité et de la loyauté des personnes déplacées, puisqu'elle a un impact sur leur expérience, leur compréhension du conflit et des déplacements, ainsi que sur leurs réseaux sociaux et leurs relations.

La diversité ethnique et la langue

Au fil des siècles, la région qui forme aujourd'hui la Syrie s'est peuplée de gens d'une grande diversité ethnique et d'origines religieuses diverses et constituait un havre pour une variété de groupes fuyant les persécutions et les conflits, y compris, par exemple, les Arméniens, les Assyriens, et les Circassiens. (5) Compte tenu de l'absence de données de recensement précises, il est seulement possible d'estimer la composition ethnique et religieuse de la population syrienne actuelle. Tandis que la majorité des Syriens sont considérés comme des Arabes, ce terme est basé sur la langue parlée (l'arabe), et non pas l'origine ethnique.

Environ 9 à 10 % de la population syrienne est kurde (près de deux millions de personnes), suivi par les Turkmènes, les Assyriens, les Circassiens et les Arméniens. De plus, il y a aussi des petites communautés de Doms, Grecs, Perses, Albanais, Bosniaques, Russes, Tchétchènes et Ossètes. (5-7) Plusieurs de ces communautés ont été « arabisées » et, de ce fait, les individus qui les composent ne peuvent s'identifier à une appartenance ethnique spécifique. En outre, les groupes tribaux bédouins qui parlent l'arabe sont également considérés, par certains, comme un groupe ethnique distinct. (8)

Au cours des dernières années, l'appartenance tribale a gagné en importance, d'abord en tant que façon pour les Syriens de s'identifier et de s'organiser, ainsi que comme manière de créer un sentiment d'appartenance dans un pays où les structures étatiques ont été affaiblies. L'identité tribale et l'autorité accordées aux chefs traditionnels (qui, dans le passé, étaient souvent consultés

par le gouvernement syrien) continuent d'exister, non seulement chez les groupes tribaux bédouins, mais aussi chez les Syriens également. (8-10)

La Constitution syrienne se réfère à l'arabe comme langue officielle, sans aucune mention des droits linguistiques des autres groupes. La seconde langue la plus commune est le kurde. Un décret, adopté en 1958, interdisait la publication de documents en langue kurde, et l'enseignement dans cette même langue dans les écoles publiques et privées était interdit. En conséquence, certains Syriens kurdes ne parlent pas couramment le kurde. (11, 12) Des développements dans les zones kurdes, depuis la mi-2012, ont permis aux Syriens kurdes de réaffirmer leurs droits culturels longtemps étouffés. Des publications en langue kurde, des stations de radio et de télévision ont vu le jour, des villages et des villes ont vu leurs anciens noms kurdes rétablis et les enfants peuvent maintenant étudier le kurde à l'école. (13-15) Un petit nombre de Syriens ont l'arménien et le syriaque/araméen comme langue maternelle. (16, 17)

La religion

Les Syriens sont souvent classés en fonction de leur religion d'affiliation (Sunnite, Alaouite, Chrétienne, etc.), mais cela ne signifie pas nécessairement que l'individu est dévot, ou même qu'il pratique les rituels religieux de manière active. Avant le conflit actuel, environ trois-quarts de la population était d'appartenance religieuse sunnite. D'autres groupes musulmans, y compris les Alaouites, les Ismaéliens et les Chiite Duodécimains, constituaient 13 % de la population. Diverses confessions chrétiennes, environ 10 %, et les Druzes représentaient 3 % de la population. Il y a aussi une petite population yezidi d'environ 80 000 personnes, qui est ethniquement et linguistiquement kurde, et qui pratique une religion distincte. (3, 18-20) La population chrétienne en Syrie peut être arabe ou non-arabe, avec le dernier groupe comprenant les Syriaques/Araméens et les Arméniens. La plupart des Chrétiens syriens sont adeptes des Églises orthodoxes (syriaque orthodoxe, grecque orthodoxe, arménienne orthodoxe et nestorienne) ou d'Églises catholiques (melkite, chaldéenne, maronite et syriaque), qui s'inscrivent dans les traditions de l'Église catholique, mais suivent des rites orientaux de cultes distincts. Il y a aussi des petits groupes de protestants.

Les réfugiés en Syrie

Avant le conflit actuel, la Syrie accueillait un nombre significatif de réfugiés et de demandeurs d'asile. La grande majorité était originaire d'Irak et de la Palestine, mais il y avait également des petits groupes en provenance de l'Afghanistan, du Soudan, de la Somalie et d'autres pays. (21) Traditionnellement, la plupart des réfugiés non-palestiniens résidait à Damas et ses environs ruraux, et, dans une moindre mesure, à Homs, Deir Ez-Zor et Deraa. Depuis le début du conflit, de nombreux réfugiés et demandeurs d'asile ont quitté la Syrie. D'autres ont été déplacés à l'intérieur du territoire syrien ou vers d'autres pays. À la fin de 2014, près de 30 000 réfugiés et

demandeurs d'asile étaient encore enregistrés auprès du HCR en Syrie. En outre, avant le conflit, la Syrie accueillait les réfugiés palestiniens qui arrivaient par vagues successives depuis 1948[2].

En raison du conflit actuel, plus d'un demi-million de réfugiés palestiniens enregistrés auprès de l'UNRWA en Syrie ont été déplacés à l'intérieur même de la Syrie, tandis que 70 000 réfugiés palestiniens ont été dispersés à travers la région et ses alentours. Les réfugiés palestiniens de Syrie ont des options de refuge très limitées, car ils ne peuvent pénétrer la Jordanie voisine ni le Liban, alors que l'Égypte exige un visa et un certificat de sécurité à l'avance. (22-25)

2 Pour plus d'informations sur les réfugiés palestiniens en Syrie ou en provenance de Syrie, consultez le site de l'UNRWA, l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour la Palestine Réfugiés: www.unrwa.org/syria-crisis.

3. LES RÉFUGIÉS DE LA SYRIE ET LES PERSONNES DÉPLACÉES INTERNES EN SYRIE

Le conflit actuel en Syrie a causé la plus grande crise de déplacements de réfugiés de notre temps. Depuis mars 2011, près de la moitié de la population a été déplacée, comprenant près de huit millions de personnes à l'intérieur de la Syrie, et plus de quatre millions de réfugiés enregistrés fuyant vers les pays voisins. (26, 27)[3] Plus de la moitié des personnes déplacées sont des enfants. Les déplacements répétés ont été une des caractéristiques frappantes du conflit en Syrie. Les déplacements répétés sont une caractéristique frappante du conflit syrien, puisque les lignes de front se modifient et que certaines zones autrefois sécuritaires, sont aujourd'hui au cœur du conflit.

La violence et les déplacements dans le conflit syrien

Les réfugiés en provenance de Syrie, ainsi que les PDI en Syrie, ont été confrontés à la violence liée à la guerre, bien que leur situation actuelle en termes de sécurité, de droits humains, d'accès à la protection et l'assistance humanitaire diffère. Il est estimé que plus de 250 000 personnes ont été tuées et 840 000 blessées, aboutissant souvent à des handicaps à long terme. Dans le même ordre d'idée, l'espérance de vie moyenne qui était de 75,9 ans en 2010 a chuté à 55,7 ans à la fin de 2014. (28) Des crimes de guerre et des crimes contre l'humanité ont été commis abondamment tout au long du conflit. Beaucoup de Syriens ont subi de multiples violations et atteintes à leurs droits de la part de différents acteurs, y compris des massacres, des assassinats, des exécutions sans justification, des prises d'otages, de la torture, des disparitions forcées, des viols et de la violence sexuelle, ainsi que du recrutement et de l'exploitation d'enfants dans des situations hostiles. Des bombardements à l'aveugle et d'autres types d'attaques similaires ont créé de nombreuses pertes civiles et répandu la terreur parmi les civils. En outre, les partis au pouvoir ont assiégé les villes, les villages et les quartiers en encerclant les civils et en les privant de nourriture, de soins médicaux et d'autres nécessités. Les partis impliqués dans le conflit ont aussi négligé la protection spéciale accordée aux hôpitaux, au personnel médical et à l'aide humanitaire.

L'augmentation des niveaux de pauvreté[4], la perte des moyens de subsistance, l'augmentation fulgurante du chômage[5] et l'accès limité à la nourriture, à l'eau potable, aux installations

3 Pour les dernières données sur les réfugiés syriens, consultez les informations du Portail Interinstitutionnel, organisé par le HCR au http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php. Les données les plus récentes sur les personnes déplacées au sein de la Syrie sont disponibles sur le site http://www.unocha.org/syria.

4 En 2014, quatre Syriens sur cinq vivaient dans la pauvreté. Les gouvernorats où sévissent d'intenses conflits et ceux présentant des taux de pauvreté les plus élevées de l'histoire, ont souffert le plus. Près des deux tiers de la population (64,7 %) vivaient dans l'extrême pauvreté, soit dans l'incapacité de se procurer des produits alimentaires et non alimentaires de base, nécessaires pour la survie de la famille. Cette pauvreté extrême affectait particulièrement les zones de conflit. De plus, 30 % de la population ont sombré dans la pauvreté abjecte, c'est-à-dire qu'ils sont

sanitaires, aux logements, aux soins de santé et à l'éducation ont tous eu un impact dévastateur sur la population. (29) La situation est particulièrement grave pour les personnes habitant dans des endroits difficiles d'accès (actuellement estimé à 4,8 millions de personnes) et pour celles qui sont prises au piège dans les zones assiégées (environ 440 000 personnes), coupées de fournitures de base et généralement inaccessibles pour les acteurs humanitaires. (29) De nombreux Syriens sont également préoccupés par le sort de leurs proches, en particulier ceux qui ceux portés disparus, et inquiets à propos de la situation actuelle dans le pays, entre autres en ce qui concerne le pillage et/ou la destruction de biens laissés derrière eux. (30)

Les réfugiés de la Syrie

Les pays dans la région ont démontré une grande générosité en accueillant les réfugiés, et plus de 4,1 millions de réfugiés syriens étaient enregistrés en août 2015. Cependant, il y a des préoccupations grandissantes au sujet des personnes en Syrie à propos de leur capacité à atteindre les frontières, d'y être admis, et de pouvoir rester dans les pays hôtes et dans les régions éloignées. (31) Compte tenu de l'ampleur et la propagation de la crise, les pays d'asile, avec le soutien de la communauté internationale, font face à des défis de taille pour répondre adéquatement aux besoins des réfugiés en provenance de Syrie.

Ces réfugiés sont également confrontés à de nombreux autres défis. (32) De plus en plus, ils épuisent leurs avoirs et leurs ressources économiques et font face aux difficultés d'accès à l'emploi, à un logement décent, aux services de santé, à de la documentation et à l'éducation, ce qui les rend plus vulnérables à différentes formes d''exploitation. (32-34) Les réseaux de la protection communautaire et familiale ont été sapés, augmentant la tension au sein des groupes de réfugiés. En réponse à cette tension, les communautés d'accueil ont limité l'intégration des réfugiés dans les communautés locales, ainsi que leur accès aux services de base. (32, 35-43) Parallèlement, les réfugiés de Syrie apportent un capital humain et social positif considérable qui pourrait bénéficier aux communautés d'accueil et contribuer à la croissance économique, mais cet apport peut être négligé ou sous-utilisé, compte tenu du fait que les gouvernements et les communautés hôtes se sentent souvent dépassés par la pression exercée par l'afflux massif de réfugiés sur leur économie, leurs infrastructures publiques et leurs ressources. (44, 45) Certains Syriens déplacés sont particulièrement à risque, tels que les femmes dans les ménages dirigés par des femmes, les adolescents, les personnes âgées, les personnes sans papier, les personnes en situation de handicap ou présentant des troubles de santé mentale, les survivants de diverses formes de violence et ceux vivant dans l'extrême pauvreté.

---

incapables de répondre aux besoins alimentaires de base de leurs ménages. Voir : Centre Syrien pour la Recherche Politique (CSRP), *Syrie - L'aliénation et la violence : Impact de la crise en Syrie Rapport 2014*

5 Le taux de chômage de la Syrie a augmenté de 14,9% en 2011 et est estimé à 57,7% d'ici la fin de 2014. Près de trois millions de personnes ont perdu leur emploi pendant le conflit. Voir Centre Syrien pour la Recherche Politique (CSRP), *Syrie - L'aliénation et la violence: Impact de la Syrie le rapport de la Crise 2014*.

4. LA SANTÉ MENTALE ET LE BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL DES SYRIENS AFFECTÉS PAR LA CRISE : UN BREF APERÇU POUR LES PROFESSIONNELS EN SANTÉ MENTALE ET EN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Les effets psychosociaux envahissants du conflit et des déplacements

Les effets du conflit sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des Syriens sont profonds. Les expériences de violence liée au conflit et les préoccupations au sujet de la situation en Syrie sont aggravées par le stress généré par les déplacements, la pauvreté, la négligence des besoins fondamentaux et des services, les risques permanents de violence et d'exploitation, l'isolement et la discrimination, la perte des membres de la famille et du soutien de la communauté ainsi que l'incertitude quant à l'avenir.

Une question centrale dans les situations de conflits armés est la perte et le deuil, que ce soit pour un défunt membre de la famille ou pour toute autre perte émotionnelle, relationnelle et matérielle. (46) Les préoccupations constantes au sujet de la sécurité des membres de la famille sont rapportées comme étant une source de stress importante. (37) Les personnes déplacées sont souvent à la recherche de nouvelles de leurs proches, mais obtiennent des informations contradictoires ou trompeuses, menant à plus de confusion et d'insécurité. (37) Pour les proches de personnes victimes de disparition forcée, l'incertitude quant à leur sort et l'incapacité de faire un deuil du disparu ajoutent un niveau de détresse supplémentaire et complexifient le processus de deuil. (47) Dans les situations de déplacement, le tissu social est souvent gravement perturbé par le conflit, et de nombreuses familles syriennes peuvent être isolées d'importantes structures de soutien. (48) Le sentiment d'aliénation, la nostalgie reliée à la perte de la patrie, et la perte de l'identité, sont omniprésents au fil de la lutte des Syriens déplacés pour s'adapter à la vie dans une communauté étrangère ou dans des camps. (49, 50) Dans certains pays, la discrimination contre les réfugiés et les tensions sociales contribuent également au stress supplémentaire et à l'isolement. Beaucoup de femmes et filles réfugiées se sentent particulièrement isolées et quittent rarement leur maison, souvent en raison de préoccupations concernant leur sécurité ou le manque de ressources. (51, 52) Un même sentiment d'isolement peut affecter les garçons, et certains quittent rarement leur maison. (53)

Les défis quotidiens de satisfaction des besoins de base et l'augmentation de la pauvreté sont rapportés comme des stresseurs importants, et constituent une source de tension croissante et de violence au sein de la famille. (37, 52) Puisque de plus en plus de Syriens épuisent leurs propres ressources financières, ils doivent se tourner vers des stratégies de survie qui peuvent porter atteinte à leur bien-être. Par exemple, ils peuvent recourir à des logements illégaux, à des emplois illégaux et/ou contracter des dettes, qui, à leur tour, augmentent les risques d'exploitation et d'abus. Les femmes et les enfants peuvent être particulièrement vulnérables au mariage forcé ou au mariage de mineurs, à la prostitution de survie et au travail d'enfants. (54) De plus, quand les gens n'ont pas accès à un environnement sécuritaire et favorable, ils peuvent adopter des comportements rigides dans le but de rétablir les rôles antérieurs affectés par le déplacement. (55)

À l'égard de la crise prolongée actuelle, sans résolution en vue, un fort sentiment de désespoir s'installe chez de nombreux Syriens. (51, 52)

Les troubles de santé mentale et la détresse psychosociale chez les Syriens touchés par le conflit

La détresse psychologique et sociale des réfugiés de Syrie et des personnes déplacées en Syrie se manifeste sous un large éventail de réactions émotionnelles, de difficultés cognitives, physiques, comportementales et sociales. (37, 54-63) Les difficultés émotionnelles comprennent : la tristesse, la douleur, la peur, la frustration, l'anxiété, la colère et le désespoir. Les problèmes d'ordre cognitif, tels que la perte de contrôle, l'impuissance, l'inquiétude, la rumination, l'ennui et le désespoir, sont tous abondamment rapportés, tout comme les symptômes physiques tels que la fatigue, les troubles du sommeil, la perte d'appétit et les douleurs physiques inexpliqués. Les problèmes sociaux et comportementaux, tels que le retrait, l'agression et les difficultés interpersonnelles, sont tout également fréquents. La plupart de ces symptômes chez les réfugiés syriens, et pour la plupart des gens, sont le résultat de la violence courante, des déplacements et des circonstances difficiles actuelles et ne signifient pas nécessairement la présence de troubles de santé mentale. Les circonstances difficiles de la vie mènent souvent à la démoralisation et au désespoir, et sont peut-être liées aux préoccupations persistantes, profondes et existentielles liées à la sécurité, la confiance, la cohérence d'identité, les rôles sociaux et la société. Les symptômes liés aux expériences passées ont également été considérablement documentés, tels que les cauchemars, les souvenirs envahissants, les flashbacks, les comportements d'évitement et l'hyperexcitation. (60, 64) Tous ces phénomènes peuvent se produire chez les personnes qui se sentent affligées, sans pour autant représenter un trouble de santé mentale. Cependant, quand la détresse a des répercussions importantes sur le fonctionnement quotidien, ou qu'elle comprend une multitude de symptômes spécifiques et caractéristiques, la personne peut alors présenter un trouble de santé mental. Les taux de trouble de santé mentale chez les Syriens ont probablement augmenté, mais il n'y a pas d'estimation de leur prévalence. À des fins de planification, de nombreux organismes utilisent les projections estimées par l'Organisation Mondiale de la Santé (voir encadré 1).

Il est important de réaliser que les Syriens affectés par le conflit peuvent connaître une gamme variée de troubles de santé mentale qui pourraient être : 1) des manifestations ou des exacerbations de troubles de santé mentale préexistants, 2) déclenchés par les conflits, la violence qui y est reliée et les déplacements, 3) liés au contexte de post-urgence, par exemple aux conditions de vie dans les pays de refuge. La finalité de ce document n'est pas pour de présenter un aperçu exhaustif des troubles de santé mentale chez les Syriens, mais ceux-ci seront brièvement discutés selon certains aspects saillants.

Troubles émotionnels

Généralement, tout comme chez d'autres populations touchées par la violence collective et les déplacements, les problèmes cliniques les plus importants et les plus répandus chez les Syriens sont des troubles émotionnels, tels que : la dépression, le deuil pathologique, le trouble de stress post-traumatique et plusieurs formes de troubles anxieux. (61-63)

La présence de symptômes ne signifie pas nécessairement que la personne présente un diagnostic de trouble de santé mental. (66, 67) Les preuves de détérioration du fonctionnement social et/ou d'un niveau élevé de souffrance causé par des symptômes spécifiques sont des éléments essentiels à considérer dans le diagnostic des troubles mentaux cliniques. Certains de ces troubles peuvent être considérés comme graves s'ils sont accompagnés d'un haut niveau de souffrance et d'une altération du fonctionnement, mais la plupart des troubles d'ordre émotionnel entrent dans la catégorie des troubles de santé mentale légers à modérés. Les professionnels de la santé mentale devraient être prudents afin de ne pas poser de diagnostiques cliniques de manière abusive à l'égard des Syriens, particulièrement chez les individus vivant un haut niveau d'insécurité et de stresseurs quotidiens. Les circonstances difficiles de la vie peuvent entraîner des troubles de santé mentale ou les aggraver, mais aussi contribuer à des phénomènes non-cliniques, comme par exemple la démoralisation et le désespoir, et cela peut être lié aux préoccupations existentielles profondes et persistantes liées à la sécurité, la confiance, la cohérence d'identité, les rôles sociaux et la société. (54, 62, 67-69) Par ailleurs, les interventions non-cliniques visant l'amélioration des conditions de vie des réfugiés et des PDI peuvent contribuer de manière significative à l'amélioration de la santé mentale, et ce, plus que toute autre intervention psychologique ou psychiatrique et dans de nombreux cas.

Psychose et autres troubles de santé mentale graves

Il y a peu de données de recherche sur les Syriens atteints de psychose et d'autres troubles de santé mentale graves. Le nombre de Syriens atteints de troubles psychotiques aura probablement augmenté étant donné l'accroissement des facteurs de risque liés à ces troubles, tels que les événements potentiellement traumatiques et la migration forcée. En outre, les personnes déjà vulnérables qui, dans des circonstances normales, n'auraient pas développé de psychose, peuvent devenir symptomatiques dû à l'effondrement de l'aide sociale. L'hôpital psychiatrique le plus grand au Liban a vu une augmentation des admissions de Syriens au cours des dernières années, avec des cas psychopathologiques et des tendances suicidaires plus sévères. (68) L'*International Medical Corps* (IMC), une organisation humanitaire médicale fournissant des soins ambulatoires aux Syriens dans cinq pays de la région, a traité plus de six mille personnes dans ses centres, dont près de 700 présentaient des troubles psychotiques. (69)

Alcool et drogues

Il existe peu de données sur la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives dans les populations déplacées de Syrie. La consommation d'alcool en Syrie était traditionnellement faible. (70) La consommation d'alcool peut avoir augmentée : une étude auprès des réfugiés syriens en Irak a démontré qu'environ la moitié des répondants consommait plus de cinq boissons alcoolisées par semaine. (71) Les chiffres concernant l'utilisation illégale de médicaments ou de drogues illicites ne sont pas disponibles, mais ils ont probablement augmenté en raison de la prolifération du commerce de drogues illicites à la suite de la crise. (72) Une tendance inquiétante est l'utilisation de stimulants synthétiques tels que la fénéthylline ('Captagon'), un produit dopant populaire au Moyen-Orient et qui est produit en Syrie et dans les pays voisins. (73) L'utilisation de la fénéthylline serait répandue parmi les combattants en raison de son effet qui améliorerait l'endurance. (74)

Mises en garde quant aux études épidémiologiques

Il convient de noter que les résultats des études psychiatriques épidémiologiques (les motifs, les causes et les effets sur la santé) à propos des Syriens affectés par les conflits doivent être interprétés avec prudence. Habituellement, les instruments classiques ne permettent pas d'évaluer les symptômes et les idiomes de détresse propres à la culture locale et sont rarement validés pour une utilisation en contexte d'urgence humanitaire syrienne. (75) Mettre l'accent sur les effets des événements en Syrie, sans prudente considération de l'impact des circonstances de vie des réfugiés, pourrait créer un amalgame entre les troubles de santé mentale tels que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou la dépression d'une part et la détresse engendrée par les facteurs de stress liés au contexte actuel d'autre part. (80-83) Les études portant sur la détresse des populations touchées par la crise dans la région du Moyen-Orient mettent en lumière l'impact du cadre de vie des circonstances actuelles sur la santé mentale. (84, 85) Certaines validations ont été effectuées auprès des réfugiés dans la région du Moyen-Orient, par exemple avec des réfugiés irakiens, (76) des réfugiés palestiniens (77) et des Syriens avant la crise. (78) En outre, la plupart des outils de dépistage ont tendance à se concentrer davantage sur les symptômes de la pathologie, portant peu ou aucune attention à la résilience et/ou à l'adaptation. Des nouveaux instruments évaluant l'adaptation sont en cours de validation pour utilisation auprès des populations affectées par les conflits au Moyen-Orient. (79)

Adaptation à la détresse psychosociale

En général, lorsque leur sécurité est assurée et qu'un soutien externe leur est fourni, de nombreuses familles sont en mesure de s'adapter et de s'ajuster aux changements exigés par une situation nouvelle. (57-59) Pour la plupart des Syriens, la source de soutien principale est le réseau familial et des pairs. Les déplacements et les dynamiques issues du conflit peuvent perturber ces structures de soutien social. Les réfugiés et les PDI, vivant avec les effets des conditions de vie difficiles et/ou de l'exposition à la violence et à l'adversité, ont

systématiquement rapporté des niveaux élevés de détresse. Les efforts que les individus investissent pour réduire ou surmonter la détresse et résoudre leurs problèmes (inter)personnels sont souvent appelés *l'adaptation*. Les Syriens déplacés utilisent différentes manières de s'adapter pour affronter la détresse psychosociale. Celles-ci peuvent inclure des stratégies individuelles qui visent à réduire les tensions et le stress telles que la prière, le retrait, écouter de la musique, regarder la télévision ou dessiner, ainsi que des activités sociales comme rechercher de la compagnie, en famille et entre amis, s'engager dans des activités sociales, participer à des activités communautaires ou scolaires, ou parler avec une personne de confiance.

Bon nombre de stratégies d'adaptation des Syriens réfugiés semblent être positives. Cependant, des stratégies d'adaptation négatives sont aussi communes. De plus en plus, les réfugiés perdent espoir et ont recours à des stratégies d'adaptation moins efficaces ou qui occasionne davantage de stress, telles que : fumer, regarder les nouvelles de manière obsessionnelle, s'inquiéter pour d'autres personnes qui sont encore en Syrie et le retrait comportemental ou « ne rien faire », ce qui peut provoquer de la rumination de pensées négatives. (37, 59, 61, 67, 68) Les Syriens adultes déplacés peuvent recourir à de telles stratégies car ils sentent qu'ils n'ont pas d'autres alternatives et qu'ils ont peu de contrôle sur leurs circonstances de vie. (56, 86)

Les femmes syriennes utilisent aussi communément la prière et la discussion avec leur famille et leurs amis comme stratégies d'adaptation. Pour les femmes syriennes, l'utilisation des réseaux sociaux est une stratégie d'adaptation importante, tout comme l'organisation de groupes de charité et de soutien, les bazars et le fait de quitter la maison pour aller travailler ensemble. (56, 87) Les distractions quotidiennes qui les tiennent occupées (p. ex. le nettoyage de la maison) sont souvent décrites comme une autre façon de faire face aux difficultés. Cependant, certaines femmes syriennes rapportent qu'elles utilisent de plus en plus de stratégies d'adaptation passives, telles que : dormir, pleurer, fumer des cigarettes et passer du temps seules. Certaines femmes essaient également de s'isoler ou nient que les facteurs de stress actuels sont réels. Ces mécanismes d'adaptation passifs sont particulièrement utilisés lorsque la situation des réfugiés, comme dans le cadre des camps, rend difficile le maintien de la routine régulière quotidienne pré-déplacement, tel qu'exécuter des tâches ménagères, travailler, sortir ou regarder la télévision. (88) Renforcer les réseaux sociaux des femmes et leurs opportunités d'utiliser des stratégies d'adaptation actives est, par conséquent, d'une grande importance pour leur bien-être.

Pour les hommes syriens, prier et passer du temps seul, travailler, visiter famille et amis ainsi que marcher étaient des moyens d'adaptation communs, mais beaucoup d'hommes, en particulier ceux vivant dans les camps, sentent que leurs opportunités de s'engager dans ces activités sont limitées. Par conséquent, les hommes font face aux difficultés en dormant, en pleurant, en fumant des cigarettes et en « se mettant en colère ». (88) Il est possible que beaucoup d'hommes ne se sentent pas à l'aise d'avoir recours à d'autres manières de gérer leur détresse parce qu'ils se sentent impuissants, ou en raison des normes culturelles à propos de la masculinité et des attentes culturelles selon lesquelles ils ne peuvent pas reconnaître leurs faiblesses. (50, 89) De ce fait, les

mécanismes d'adaptation des hommes syriens réfugiés semblent être principalement individuels et ont des répercussions négatives. Ainsi, la proposition d'activités collectives adaptées pour les hommes semble être une intervention adéquate dans ce contexte.

Les études menées entre 2013 et 2014 rapportent que les adolescents syriens en Jordanie utilisent couramment le « retrait », mais aussi la stratégie de parler aux parents et aux amis comme mécanismes d'adaptation courants. (37, 56) D'autres méthodes communes incluent penser aux bons moments passés en Syrie, lire le Coran, écouter de la musique, pleurer, trouver des choses à faire comme regarder la télévision, aller à l'école ou dans des centres communautaires, dormir, joindre un groupe de soutien, jouer avec des amis, manger, dessiner, et se distraire. Un petit nombre de jeunes adolescents syriens mentionnent fumer, voler et battre les autres comme méthodes d'adaptation supplémentaires. (90) La *famille* peut fournir des moyens pour faire face à l'adversité, en particulier pour les jeunes qui ont vécu les déplacements et la violence liée à la guerre. Les adultes peuvent agir comme tampon face aux conséquences émotionnelles potentiellement négatives de la guerre. Cependant, quand les adultes ont eux-mêmes de la difficulté à faire face à la détresse émotionnelle, ils peuvent se sentir submergés par leurs responsabilités face aux jeunes et doivent alors chercher d'autres moyens de soutien. (37) En effet, les adolescents syriens, étant témoins du stress et de la souffrance de leurs parents, évitent d'exprimer leurs problèmes émotionnels à leurs parents de peur de les surcharger. (37) En raison du stress extrême occasionné par les tourmentes sociales, financières et professionnelles accompagnant la guerre, certains parents syriens rapportent l'utilisation croissante de stratégies mal adaptées, telles que battre leurs enfants ou les surprotéger. (37, 91)

La santé mentale et la détresse psychosociale : diversité et vulnérabilité

Tel que mentionné précédemment, l'âge, le sexe, la langue, la religion et la diversité ethnoculturelle ont un impact sur l'expérience de déplacement des réfugiés. Des groupes spécifiques peuvent être particulièrement vulnérables et à risque, tels que les ménages dirigés par des femmes, les adolescents, les personnes âgées, les personnes sans papier, les personnes en situation de handicap ou ayant des problèmes de santé physique ou mentale préexistants, les survivants de diverses formes de violence, et ceux vivant dans l'extrême pauvreté. (92) Ces facteurs peuvent affecter les enjeux de SMSP auxquels les réfugiés font face, influencer leurs stratégies d'adaptation et potentiellement augmenter les risques de problèmes psychosociaux et de troubles de santé mentale. Cette section offre un aperçu de la santé mentale et des enjeux psychosociaux auxquels font face les hommes et les femmes, les survivants de violence sexuelle et sexiste (VSS), les enfants ayant vécu de la violence, des abus et de l'exploitation, les survivants de torture et les Syriens lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres ou intersexuées (LGBTI). Chaque section présente un bref aperçu des problématiques, suivi d'une explication des conséquences sur la santé mentale et le soutien psychosocial. Le chapitre six du présent rapport contient des informations essentielles quant à la manière de s'assurer que les

services pour la santé mentale et le soutien psychosocial soient accessibles et culturellement sensibles pour les réfugiés syriens, incluant les groupes plus vulnérables.

Les rôles de genre pour la SMSP

La violence et les déplacements peuvent altérer les réseaux et les rôles sociaux, ce qui peut compromettre les stratégies d'adaptation et mener à de la tension au sein de la famille, à des crises d'identité et de la détresse psychologique. Dans le contexte des réfugiés, les rôles familiaux et les rôles de genre peuvent changer de façon dramatique. Beaucoup de femmes syriennes sont devenues les pourvoyeuses du ménage pour prendre soin de leur famille, leur mari étant absent, blessé ou handicapé, ou décédé. (93, 94) Ces responsabilités supplémentaires, mariées à un sentiment d'insécurité, créent souvent un niveau élevé de stress pour les femmes. (93) Les conceptions traditionnelles des rôles de genre ou les stéréotypes à propos des réfugiés en provenance de Syrie peuvent aussi mettre une grande pression sur les réfugiés des deux sexes.

Selon une étude effectuée au Liban, de nombreuses femmes réfugiées se sentaient mal à l'aise lorsqu'elles devaient entreprendre des tâches auparavant considérées comme inappropriées pour les femmes de leur communauté, comme faire les courses et se livrer à un travail rémunéré, en plus de leur rôle en tant que dispensatrices de soins. Cependant, d'autres femmes ont déclaré que cette nouvelle situation leur avait procuré un sentiment d'autonomie et qu'elle leur avait fourni de nouvelles opportunités qui ne leur auraient pas été offertes autrement. (55)

Les hommes qui considèrent souvent que le rôle de pourvoyeur constitue une facette importante de leur identité, peuvent éprouver de la détresse psychologique lorsque que leur capacité à fournir de la nourriture ou de l'argent à leur ménage est perturbée. En outre, les préoccupations pour la protection et la sécurité de leur famille, le chômage, l'exploitation et le travail illégal peuvent également entraîner de graves inquiétudes pour les hommes. Des hommes réfugiés en milieu urbain en Jordanie ont mentionné fréquemment se sentir déprimés et honteux face à leur incapacité de poursuivre leurs études et d'être forcés, par les circonstances, à travailler dans des emplois très faiblement rémunérés et/ou dans des conditions précaires. (50) En outre, des hommes, des femmes et des enfants ont rapporté que ces facteurs de stress supplémentaires exacerbent les tensions et accroissent la violence familiale. (52, 95)

Les survivants de la violence sexuelle et sexiste

La violence sexuelle et sexiste (VSS) a considérablement augmenté en raison du conflit. (96) De nombreuses femmes et jeunes filles, et, dans une moindre mesure, certains garçons et hommes, sont exposés à la VSS résultant des violences liées au conflit ; au démantèlement des lois et à l'ordre social interne en Syrie, à l'augmentation de la pauvreté, à la négligence des besoins de base et des services de sécurité, à la séparation des familles et à la perturbation des réseaux sociaux traditionnels et des mécanismes de protection. (52, 97-99) Les réfugiés qui ont fui vers

d'autres pays peuvent être à l'abri de la VSS liée aux conflits, mais peuvent faire face à d'autres formes de violence sexuelle et sexiste, y compris : la violence familiale, (25, 98, 100-103) la violence sexuelle, le mariage forcé, le harcèlement et l'isolement, l'exploitation et la prostitution de survie. (52, 102, 104-107) En effet, les réfugiés ont identifié, à plusieurs reprises, le viol et la peur du viol, comme des facteurs décisionnels importants les poussant à quitter le pays. (108, 109)

Les impacts psychologiques et sociaux de la VSS, en particulier la violence sexuelle, y compris le viol, peuvent être dévastateurs pour les survivants, (110, 111) et les effets peuvent se sentir au sein de toute la famille, et plus largement, de toute la communauté. (99) La crainte de se faire kidnapper, violer et de subir d'autres violences sexuelles restreignent les femmes et les filles quant à leur liberté de mouvement. En plus de l'épreuve réelle du fait de subir la violence sexuelle, les femmes et les filles qui en sont victimes, peuvent vivre ou avoir peur de vivre de l'ostracisme social et d'autres répercussions engendrées par celle-ci, y compris : le rejet, le divorce, l'abus, et, pour de rares cas, des « crimes d'honneur » commis par les membres de la famille. (112-114)

Les femmes qui se font arrêter ou enlever sont, en conséquence, souvent stigmatisées par autrui après leur libération en raison des suppositions d'abus sexuels. (96) Les garçons et les hommes ayant vécu de la violence sexuelle sont également confrontés à certaines conséquences sociales négatives. Tous ces facteurs augmentent les risques que la violence sexuelle mène à de multiples difficultés psychologiques comme la dépression, l'anxiété et les sentiments d'injustice, de culpabilité et de l'auto-condamnation.

La violence familiale est signalée comme étant la forme de VSS la plus commune. La nature de la violence familiale envers les femmes et les enfants a été signalée comme étant plus agressive et plus fréquente, en raison du conflit. Le stress chez les hommes est identifié comme une cause majeure de l'augmentation de cette forme de violence, et, considérant ceci, les intervenants en SMSP devraient offrir aux hommes des services basés sur les données probantes (qui ont été validées dans d'autres contextes) pour réduire la violence familiale, y compris des programmes de gestion de colère et d'éducation parentale. Dans le cadre des services psychosociaux fournis aux survivants, les hommes devraient être accompagnés pour identifier les membres aidants de leur réseau social. De plus, les facteurs de risque liés à la stigmatisation sociale et à l'apparition de nouvelles formes d'abus devraient être soigneusement examinés et considérés. (109)

La prévalence et les risques associés aux mariages d'enfants ont tous les deux augmentés en raison de la pauvreté, de l'insécurité et de l'incertitude causée par les déplacements. (100, 115, 116) Tant à l'intérieur de la Syrie que chez les réfugiés syriens des pays voisins, le mariage précoce des filles est devenu une stratégie d'adaptation et peut être perçu comme un moyen de protéger les filles et de mieux assurer leur avenir face à l'insécurité générale, à la pauvreté, à l'absence de figures masculines au sein de la famille et à l'incertitude. (116-119) Cependant, le mariage précoce peut être une importante source de détresse pour les filles et est souvent associé

à l'interruption de leur éducation, à des risques pour leur santé et à un risque accru de violence conjugale. (118) Le sentiment d'abandon, la perte de soutien parental et le manque d'accès aux ressources pour répondre aux exigences conjugales et maternelles peuvent créer un stress supplémentaire chez les filles mariées.

Les survivants de la torture

Beaucoup de Syriens doivent vivre avec les effets liés à la torture qu'ils ont subie. (120) Les données de recherche portant sur la santé mentale et les problèmes psychosociaux spécifiques aux survivants syriens de torture sont limitées. Toutefois, en général, celles-ci indiquent que les survivants de la torture sont vulnérables au développement de problèmes psychologiques, en particulier la dépression, les réactions de stress post-traumatique, la douleur chronique et les symptômes somatiques inexpliqués médicalement. (121, 122) Le soutien émotionnel et social peut atténuer la gravité du trouble de stress post-traumatique et de la dépression, tandis que l'insécurité permanente, les difficultés économiques et l'isolement social peuvent aggraver les symptômes. (123, 124) Les praticiens travaillant avec les survivants de la torture de la Syrie rapportent que beaucoup de leurs clients ont de multiples problèmes, y compris psychologiques, sociaux, économiques et juridiques[6]. Les classifications diagnostiques classiques sont souvent insuffisantes pour de nombreux clients, puisque ceux-ci présentent des symptômes de diverses problématiques liées à la torture, y compris les symptômes dépressifs, post-traumatiques, de panique, des symptômes somatiques chroniques et parfois des comportements suicidaires. Poser des diagnostiques de comorbidité est sans doute peu aidant, mais travailler à la réduction des symptômes dans une sphère peut avoir des effets bénéfiques sur d'autres problèmes liés au stress.

Syriens LGBTI

Les défis particuliers des Syriens lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres et intersexués (LGBTI) sont souvent négligés. Les actes sexuels consentis entre des personnes de mêmes sexes sont illégaux en Syrie. (125) La discrimination sociale basée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre est pratiquée ouvertement dans la société syrienne. Afin de ne pas entacher l'honneur de la famille, les hommes gais et les lesbiennes vivent souvent une forte pression de la part de leur famille pour se marier afin de dissimuler leur orientation sexuelle. Les risques pour les personnes LGBTI, particulièrement les hommes homosexuels, ont augmenté depuis le conflit, résultant en des niveaux élevés de stress et de vulnérabilité face à l'exploitation et aux abus. (126, 127) Les risques spécifiques menaçant la protection des LGBTI et des PDI, mariés à des difficultés d'accès à des services sécuritaires et aidants, à la stigmatisation extrême, ainsi qu'à la discrimination,

6

Information obtenue du personnel travaillant pour le Centre des victimes de la torture en Jordanie (dd 2. juin 2015)

créent des difficultés psychosociales spécifiques pour les personnes LGBTI syriennes à l'égard de leurs relations sociales, leur intégration et leur identité.

Les réfugiés âgés et les réfugiés ayant des besoins particuliers

Les réfugiés âgés, particulièrement ceux qui ont des problèmes de santé et un réseau de soutien social limité, sont vulnérables aux problèmes psychosociaux. (92) Une étude menée au Liban auprès de cette population a constaté que 65 % des réfugiés âgés présentaient des signes de détresse psychologique, ce qui est environ trois fois plus élevé que chez les réfugiés issus des autres groupes d'âge. (128) Dans un sondage mené au Liban, les réfugiés syriens âgés ont rapporté des niveaux élevés de sentiments d'anxiété (41 %), de dépression (25 %), d'insécurité (24 %) ou de solitude (23 %) (129). De nombreux réfugiés âgés se sentaient impuissants et avaient le désir de retourner en Syrie, même s'ils réalisaient que cela était désormais impossible. Près d'un tiers des réfugiés âgés a déclaré que ces émotions négatives portaient une atteinte sérieuse à leur capacité d'effectuer leurs activités quotidiennes. Les personnes en mauvaise santé physique étaient significativement plus touchées. (129)

Les réfugiés ayant des besoins spécifiques en raison de blessures, d'invalidité ou de maladies chroniques constituent un autre groupe dont le niveau de stress psychologique est élevé. Une étude réalisée par *Handicap Help Age International* auprès de Syriens réfugiés en Jordanie et au Liban rapporte que ces gens sont deux fois plus susceptibles de présenter de la détresse psychologique. (128)

Comme chez les autres réfugiés syriens, la détresse vécue par les personnes âgées ou par ceux ayant des besoins spécifiques, est souvent reliée à des craintes ou à de la colère au sujet de leur propre situation, aggravée par des inquiétudes concernant la situation en Syrie et toutes les pertes qu'ils ont subies. Pour les personnes ayant des besoins spécifiques et pour les réfugiés plus âgés, une détresse supplémentaire est liée à divers facteurs tels que des niveaux élevés d'isolement social et la discrimination généralisée, qui sont tous deux aggravés par les déplacements et la pauvreté. Beaucoup ont aussi peur d'être séparés de leur famille ou de leur proche aidant ou encore d'être laissé seuls pendant que les autres se déplacent vers d'autres emplacements. De plus, beaucoup ont perdu leur environnement social et physique, autrefois soutenant et facilitant qui s'était développé en Syrie au fil des ans, y compris des logements accessibles et des espaces sociaux pour les personnes à mobilité réduite. Plusieurs ont aussi indiqué se sentir impuissant et pensaient qu'ils seraient perçus comme des fardeaux pour leurs proches aidants (128).

La santé mentale et le bien-être psychosocial des enfants syriens

Plus de 50 % des Syriens déplacés internes ou réfugiés sont des enfants, et de ceux-ci, près de 75 % ont moins de 12 ans. (119) Certains ont été blessés et beaucoup ont été témoins du conflit de près ou ont assisté à la destruction de leurs maisons et de leurs communautés, en survivant aux déplacements forcés, à la séparation familiale et aux violences récurrentes. À l'intérieur de la Syrie, les enfants continuent de faire face aux violations de leur sécurité et de leur protection, y compris l'exposition à de la violence physique et sexuelle, au recrutement par des groupes armés et au manque d'accès aux services de base. (130, 131)

Ces formes de violence et de privation amènent des niveaux élevés de détresse psychosociale. Bien que les enfants réfugiés, en arrivant dans les pays d'accueil, puissent être à l'abri du conflit et des persécutions, ceux-ci et leur famille, ont souvent besoin de soutien afin de faire face aux effets négatifs des conflits. (132) En outre, le déplacement, la séparation des amis, de la famille et des voisins, ainsi que le manque de services de base, augmente la probabilité que les enfants soient exposés à de la violence à la maison, à l'école et au sein de leur communauté. Plusieurs parties participant au conflit sont impliquées dans le recrutement d'enfants à des fins de soutien et de combat, les exposant à de grands risques de décès, de blessures, de détresse psychologique ou de torture. (133, 134) Environ la moitié des enfants syriens déplacés, en particulier les enfants plus âgés, ne sont pas en mesure de poursuivre leurs études. (135-137) De nombreux incidents de violence sexuelle envers les enfants ont été rapportés en Syrie, ainsi que, dans une moindre mesure, dans les pays d'accueil des réfugiés, en particulier contre les filles. (50, 138-140), (114, 140, 141)

Généralement, les études ont démontré que les enfants réfugiés syriens présentaient un large éventail de problèmes psychosociaux, résultant à la fois de leur expérience de la guerre et de leur situation de vie courante. Ces problèmes comprennent : des peurs, des troubles du sommeil, de la tristesse, le deuil et la dépression (y compris le comportement de retrait face à leurs amis et leur famille), l'agression ou des crises de colère (crier, pleurer et lancer ou briser des choses), de la nervosité, de l'hyperactivité et de la tension, des problèmes de locution ou du mutisme et des symptômes somatiques. Les jeux violents liés à la guerre, la régression et des problèmes de comportement sont également rapportés chez ces enfants. (37, 131, 132, 142)

Les recherches effectuées chez les enfants réfugiés syriens en Turquie ont rapporté des niveaux élevés de problèmes émotionnels et comportementaux; près de la moitié des enfants avait des niveaux cliniquement significatifs d'anxiété ou de détachement émotionnel, et près de deux tiers des enfants étaient craintifs. (143) Dans une étude qualitative menée auprès d'adolescents syriens au Liban et en Jordanie, les filles ont exprimé qu'elles faisaient face à un isolement physique et social, ainsi qu'à de la discrimination et du harcèlement généralisés. (144) Les garçons adolescents syriens sont également confrontés à la discrimination et sont couramment l'objet d'intimidation et d'autres formes de violence physique. Ils ont rapporté un sentiment profond d'humiliation causé par l'exploitation qu'ils ont vécue en tant que jeunes travailleurs dans des

conditions dangereuses et faiblement rémunérés, en plus de la montée des tensions sociales entre les réfugiés syriens et les communautés d'accueil. (144) Une étude récente menée en Jordanie a permis de constater que les adolescentes sont confrontées à plus de problèmes, dans l'ensemble, que les garçons, et sont plus susceptibles de se sentir tristes, déprimées et craintives, même si elles ont plus tendance à se sentir appuyées par leurs parents et leurs amis que les garçons. (37)

Les principales sources de stress pour les enfants comprennent : la discrimination par des membres de la communauté d'accueil, les craintes liées à la guerre (y compris les inquiétudes en lien avec la famille laissée en Syrie), ainsi que leurs propres expériences traumatisantes et leurs préoccupations académiques. La violence familiale et le stress parental, la pression économique et le confinement à la maison sont également signalés comme des facteurs contribuant à la détresse des enfants. (145) Les filles ont plus fréquemment rapporté le confinement et le harcèlement comme les principaux facteurs de stress, tandis que les garçons sont plus susceptibles de signaler les abus physiques et l'intimidation. Certaines preuves indiquent qu'au fil du temps, grâce à un bon soutien de la part de la famille, de la communauté environnante et des fournisseurs de services, de nombreux aspects de la détresse vécue par les enfants réfugiés seront significativement réduits. Par exemple, les adolescents dans le camp de Za'aatari en Jordanie se sont avérés être moins déprimés et craintifs que ceux qui habitaient hors des camps, et ils se sentaient également plus soutenus par leurs parents, leurs frères, leurs sœurs et leurs amis à la mi-2014, par rapport à la mi-2013. (37) Les changements de rôles pour les enfants peuvent constituer un facteur de stress important, puisqu'ils prennent souvent sur leurs épaules des responsabilités et des préoccupations qui sont bien au-delà de leur compétence. Or, pour certains enfants, soutenir et prendre soin de leur famille peut également être une source de fierté et d'accomplissement. (119).

ENCADRÉ 1 : PROJECTIONS DE L'OMS QUANT AUX TROUBLES DE SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS ADULTES AFFECTÉES PAR DES SITUATIONS D'URGENCE (65)

	Avant l'urgence 12-mois de prévalence *a*	Après l'urgence 12-mois de prévalence *b*
Troubles graves (par exemple, psychose, dépression sévère ou certaines formes gravement invalidantes de troubles anxieux)	2 % à 3 %	3 % à 4 % *c*
Troubles de santé mentale légers ou modérés (par exemple certaines formes légères et modérées de dépression et de troubles anxieux, y compris des formes légères et modérées de stress posttraumatique)	10 %	15 % à 20 % *d*
Détresse normale / autres réactions psychologiques (sans trouble de santé mentale)	Pas d'estimation	Pourcentage élevé

a Les taux de base représentés sont des taux moyens entre les pays, tels qu'observés dans les Enquêtes Mondiales sur la Santé Mentale.

b Les valeurs sont des taux moyens entre les pays. Les taux observés varient en fonction de la méthode d'évaluation (p. ex. le choix de l'instrument d'évaluation) et des autres variables (p. ex. le temps écoulé depuis l'urgence, les facteurs socioculturels auxquels ils doivent faire face, le soutien social de la communauté et l'exposition actuelle et antérieure à l'adversité).

c Ceci est une meilleure estimation fondée sur l'hypothèse que les événements traumatiques et les pertes peuvent contribuer à une rechute quant aux troubles de santé mentale auparavant stables, et peuvent causer des troubles de l'humeur et des troubles anxieux gravement invalidants.

d Il est établi que les événements traumatiques et les pertes augmentent les risques de dépression et d'anxiété, y compris le trouble de stress posttraumatique.

5. LES CADRES CULTURELS DE LA SANTE MENTALE ET DU BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE

Les symptômes de troubles mentaux/psychologiques et les idiomes de détresse spécifiques à une culture

En psychiatrie culturelle, les *idiomes culturels de détresse* réfèrent à des modes d'expression de la détresse partagés par les membres d'une même culture ou d'une même communauté. Ces modes d'expression de la détresse peuvent être utilisés pour exprimer une multitude de problématiques, de situations et de préoccupations. Les *modèles explicatifs* font quant à eux référence à l'explication et au sens donnés par les membres d'une même communauté aux différents symptômes et maladies. Ces modèles offrent une explication des causes perçues, des conséquences possibles de la problématique, notamment les effets de celle-ci sur la personne touchée et sur son environnement social, ainsi que des traitements jugés appropriés. (146)

La compréhension des modèles explicatifs et des idiomes de détresse locaux facilite la communication entre les intervenants et leurs clients. De plus, cette connaissance peut être utilisée dans le cadre de l'intervention dans le but de mobiliser les forces individuelles et collectives ainsi que la résilience des personnes concernées. De façon générale, les intervenants en SMSP devraient éviter de recourir aux diagnostics psychiatriques qui peuvent être particulièrement stigmatisants et aliénants pour les personnes ayant survécu à la violence et à l'injustice. Pour les cliniciens en santé mentale, le fait de bâtir une alliance thérapeutique auprès de leurs clients permet, tant au praticien qu'au client, de naviguer plus aisément au travers d'une variété de modèles explicatifs et de ressources d'aide qui peuvent inclure tant les méthodes de traitement formelles que les ressources informelles d'aide, qu'elles soient médicales, religieuses ou communautaires.

En Syrie, où les concepts d'« état psychologique[7] », de « bien-être psychologique[8] » et de « santé mentale[9] » ne sont pas couramment employés et tendent à avoir une connotation négative, la souffrance est plutôt perçue comme faisant partie intégrante de la vie; le recours à l'aide médicale ou psychiatrique n'est donc nécessaire que dans les cas extrêmes et débilitants. Ainsi, lorsque questionnées à ce sujet dans les milieux cliniques, les personnes présentant une détresse peuvent utiliser des expressions indirectes telles que *ana ta'ban* (أنا تعبان , « je suis fatigué ») ou *nafsiyti ta'banah* (نفسيتي تعبانه , « mon âme est fatiguée »). Ces expressions réfèrent à un état général de mal-être et peuvent être employées pour illustrer une multitude de symptômes émotifs et de difficultés

[7] État psychologique : *al hala al nafsiah* (الحالة النفسية), *al wad' al nafsy* (الوضع النفسي) ou *al rafah el nafsi* (الرفاه النفسي)
[8] Bien-être psychologique : *al saha al nafsiah* (الصحة النف)
[9] Santé mentale : *al saha al 'akliah* (الصحة العقلي)

relationnelles. C'est pourquoi ces expressions doivent être évaluées de manière plus approfondie afin de mieux saisir ce qu'elles représentent pour l'individu dans ce contexte particulier.

Les patients souffrant d'une problématique psychologique ou mentale se présentent souvent aux services médicaux en se plaignant de symptômes physiques avant d'aborder les dimensions psychologiques, relationnelles ou spirituelles de leurs maux. (147) La majorité des idiomes de détresse arabes et syriens ne dissocient pas l'expérience somatique des symptômes psychologiques, puisque le corps et l'âme sont considérés comme étant inter-reliés dans les modèles explicatifs de la maladie. Les personnes peuvent alors recourir à des images, à des métaphores ou encore à des proverbes qui présument de l'interrelation entre le physique et le psychologique. Quelques-uns des principaux idiomes de détresse locaux, dont la compréhension est importante pour la communication auprès des réfugiés Syriens, sont décrits dans la section suivante. Les expressions locales peuvent être utilisées pour signifier l'empathie ainsi que pour expliquer et appuyer l'intervention. (148) Ces expressions communes permettent de manifester diverses formes de détresse, incluant celle associée aux troubles mentaux/psychologiques. Il n'y a donc pas nécessairement de correspondance directe entre les idiomes de détresse ou les modèles explicatifs et un trouble mental ou une difficulté sociale en particulier.

Dans les milieux cliniques, l'utilisation d'expressions communes et de proverbes ou de métaphores pour exprimer la détresse peut être mésinterprétée comme étant la manifestation d'une résistance vis-à-vis une communication plus directe, voire même comme relevant de symptômes psychotiques. (149, 150) À titre d'exemple, certains Syriens associent la rumination excessive à la tentation satanique, utilisant le mot *wisswas* (وسْ واسْ) qui réfère au diable et aux pensées déplaisantes récurrentes. (150) L'exploration systématique et prudente des significations personnelles et culturelles de ces expressions est donc toujours requise.

Expressions et idiomes de détresse spécifiques au contexte syrien

Certains concepts-clés de l'expression de la détresse sont décrits ci-dessous. Ils ont été identifiés dans la littérature académique et les évaluations de SMSP comme étant utilisés par les Syriens, tant avant que suite à leur déplacement. Bien que ces concepts puissent être regroupés différemment dans les diverses études, ceux présentés ici sont les plus communément observés dans la littérature.

Détresse générale

Une lourdeur dans le cœur, des crampes intestinales et une douleur à l'estomac ou à la tête peuvent toutes être des expressions de la fatigue. Le sentiment d'oppression, un serrement à la poitrine, une douleur au cœur, des fourmillements ou l'engourdissement de

membres du corps sont quant à elles des expressions communes employées pour symboliser l'idée que les organes du corps ne parviennent plus à contenir la détresse vécue.

Peur et anxiété anticipée

Habat qalbi (هبط قلبي) et *houbout el qalb* (هبوط القلب), littéralement « chute ou effritement du cœur », correspondent à la réaction physique de la peur subite. *Khouf* (خوف , « peur ») et *ana khayfan* (أناخيفان , « j'ai peur ») sont des expressions directes de la peur. *Kamatni kalbi* (قمطني قلبي , « mon cœur se serre ») et *atlan ham* (هم عتلان , « je porte l'inquiétude ») réfèrent généralement à l'anxiété anticipée et à l'inquiétude.

Sentiment de nervosité ou de tension

Les Syriens ont plusieurs mots pour désigner une personne anxieuse ou nerveuse. *Asabi* (عصبي , « nerveux ») est utilisé pour décrire l'anxiété comme trait de personnalité. Le mot *maasseb* (مْعَصِّبْ) décrit une personne qui est actuellement anxieuse, dans le sens d'un état temporaire. Le terme *mitwatter* (مِتْوتِّرْ , « je me sens tendu ») réfère à la tension amenée par une situation spécifique, comme attendre les résultats d'un examen ou exprimer une opinion ou une position contraire à une autre personne. Or, il existe d'importantes variations dans l'utilisation de ces termes : par exemple, les adolescents syriens en Jordanie emploient *asabi* lorsqu'ils se sentent facilement irritables, fâchés ou tendus, ce qu'ils associent avec le fait d'« être dérangé par de petites choses ». (37)

Tristesse et difficulté d'adaptation à un stresseur aigu

La *hozon* (حزن , « tristesse ») et la difficulté à s'ajuster à un stresseur aigu ou soudain peuvent faire référence à *al-hayat sawda* (الحياة السودا , « une vie noire ») ou *iswadat al dounia fi ouyouni* (اسودّت الدنيا في عيوني , « la vie s'est noircie à mes yeux »). Les plaintes somatiques peuvent inclure le sentiment d'un fardeau ou d'un poids dans la poitrine, donnant lieu à une douleur dans la région thoracique, à une incapacité à respirer ou au sentiment de manquer d'air. Elles incluent également la perte d'appétit, la douleur à l'abdomen et à la poitrine, ainsi que les difficultés de sommeil. Le concept d'*hozon* peut aussi être utilisé pour décrire un état de deuil. En effet, les adolescents syriens en Jordanie ont employé ce terme lorsqu'ils décrivaient la façon dont leurs amis en Syrie leur manquaient, pensant fréquemment à la perte de ceux-ci et se retirant de la vie sociale. (37)

Dépression

Alors qu'*hozon* renvoie à une certaine forme de dépression, les cliniciens en santé mentale de même que les non-initiés s'entendent sur l'expression *halat ikti'ab* (حالة اكتئاب , « condition de *ikti'ab* ») pour désigner plus directement cet état. *Ikti'ab* renferme des

concepts complexes tels que l'assombrissement de l'humeur qui devient plus trouble, plus soucieuse, ainsi que des douleurs et une vision morose des choses. Le tout peut également être accompagné d'une variété de symptômes somatiques médicalement non expliqués, de fatigue et d'indices d'isolement social (absence d'amis, parle peu). (37)

Manque de ressources et impuissance

Le manque de ressources et la précarité financière sont souvent signifiés par *al ayn bassira wal yadd kassira* (قصيره العين بصيره و الإيد, « les yeux voient, mais la main est courte ou ne peut l'atteindre »). Les expressions souvent employées par les Syriens pour parler du sentiment d'impuissance sont : *mafi natija* (في ما نتيجه, « cela ne sert à rien »), *hasis hali mashlol* (حاسس حالي مشلول , « je me sens paralysé ») ou *inshalit, ma a'd fini a'mel shi* (انشلّيت، ما عاد فيني أعمل شي, « j'ai perdu espoir » et « je ne peux plus rien faire »), *mou tali ' bi'idi shi* (مو طالع بإيدي شي , « rien ne ressort de mes mains » qui fait référence à l'incapacité d'agir pour remédier à une situation désagréable). Un autre idiome de détresse commun au sein des communautés syriennes et arabes, employé en lien avec le sentiment d'impuissance, est *ihbat* (إحباط), qui renvoie à un mélange de sentiments dépressifs, de défaite, de déception, de frustration et de désespoir.

Symptômes cognitifs

Certains peuvent également présenter des symptômes en lien avec la perte de concentration et de mémoire, exprimés à l'aide de termes tels que *mou aader rakkezz* (ركّز مو قادر , « je ne peux me concentrer »).

Colère et comportements agressifs

Certains hommes syriens peuvent trouver difficile d'admettre des sentiments tels que la tristesse et l'anxiété. La colère peut alors être l'émotion faisant surface le plus facilement, s'exprimant par des comportements agressifs, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la famille. Les hommes syriens peuvent s'identifier à des représentations véhiculant l'idée selon laquelle les hommes ne pleurent pas, n'ont pas peur et ne sont pas tristes, ce qui serait perçu comme une faiblesse. (89) Dans les entrevues de groupe menées auprès d'adolescents syriens en Jordanie, l'expression *mashkalji* (مِشْكَلْجي, « fauteur de trouble ») était utilisée pour désigner les enfants et les adolescents qui se retrouvent fréquemment en situation à problème avec leurs voisins ou leurs amis qui se plaignent de leur comportement. (37)

Folie

En arabe familier, les personnes atteintes de troubles sévères de santé mentale et de handicaps sont souvent décrites comme des *majnoon* (مجنون) qui veut dire « fou ». *Majnoon*, qui désigne divers troubles mentaux, englobe la catégorie psychiatrique des

troubles psychotiques, notamment la schizophrénie, mais n'inclut pas celle des « troubles mentaux communs », tels que la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique. Bien que ce terme dérive historiquement de la notion de possession par les *jinn*, *majnoon* est la plupart du temps employé sans référence à une possession ou à un acte malveillant des *jinn*. (152) Le mot *majnoon* est d'ailleurs employé dans le langage courant pour désigner ceux qui se comportent étrangement, de façon aberrante ou inattendue, sans nécessairement renvoyer à un trouble mental. *Ainsi, majnoon* a une forte connotation négative.

Suicide

Dans les cultures arabophones, de façon générale, le suicide ou les tentatives de suicide sont des sources de stigmatisation, de honte et d'isolement social. De surcroit, certains aspects de la loi de la shari'a (islamique) sont codifiés dans le système législatif national de la Syrie, faisant de la tentative de suicide un acte criminel. (153) Dans certains pays voisins, les intervenants en santé mentale sont tenus par la loi de rapporter les tentatives de suicide aux autorités, ce qui amène d'importants défis, autant pour les gens qui souhaitent parler de leurs idées suicidaires ou de leurs tentatives, que pour les intervenants confrontés à ce genre de situation. Les Syriens peuvent recourir à des formes détournées d'expression, comme le souhait de s'endormir et ne plus se réveiller (*itmana nam ma fik*, اتمنى نام ما فيق). Les gens sont plus susceptibles de dévoiler la présence d'idées suicidaires lorsqu'une relation de confiance s'est établie. Les intervenants en santé mentale apprennent généralement à aborder le sujet du suicide de façon graduelle, en explorant tout d'abord d'autres aspects de la détresse de la personne, puis en posant des questions facilitant une réponse honnête de la part du client : « avez-vous déjà pensé que la mort était mieux que la vie? », « vous arrive-t-il de souhaiter que Dieu vous accorde la mort? » ou encore « dans ce cas, certains individus envisageraient de mettre fin à leur vie, y avez-vous pensé? ». Cependant, dans le contexte syrien, il est possible que des individus mentionnent souhaiter que Dieu vienne les chercher alors qu'ils n'ont pas pour autant l'intention de s'enlever la vie.

La Table 1 (version en arabe syrien) et la Table 2 (version kurde kurmanji), en Annexe A offre un aperçu des expressions et idiomes de détresse couramment employés chez les Syriens qui présentent des problématiques sociales, de santé mentale ou de bien-être psychologique ainsi que les symptômes physiques pouvant y être associés.

Concepts syriens de la personne

Les dynamiques historiques, religieuses, ethniques et sociales ont toutes une influence sur la perception de la personne et de son rapport au monde. Les concepts culturels de la personne influencent la façon dont les gens vivent et expriment la souffrance, leur manière d'expliquer et de comprendre la maladie et le malheur, et leur approche pour

rechercher de l'aide. (154) En Syrie, l'héritage culturel et religieux contribue au développement identitaire des individus et à la perception de leur place au sein de la communauté et au-delà de celle-ci également. Les normes sociales et religieuses sont fortement inter-reliées en Syrie et dans le monde arabe en général.

Il est à noter que, malgré les modèles généraux présentés ci-dessous, il y a une grande variabilité à l'intérieur de la communauté syrienne, ce qui est vrai pour tout groupe culturel.

Concepts islamiques de la personne

Les concepts syriens de la personne peuvent être qualifiés de « sociocentriques » et de « cosmocentriques », ce qui signifie que chaque individu est perçu comme étant lié à toutes les autres créatures créées par Dieu, incluant également le monde des anges et des esprits. (155) Ce lien est symbolisé par la double dimension de chaque individu : une dimension universelle gouvernée par la volonté de Dieu et une dimension sociale gouvernée par les règles sociales de conduite et de cohabitation. La notion de *qadar* (القَ, « sort ou destinée ») y est donc centrale. L'acceptation de son sort ou de sa destinée n'équivaut pas pour autant au fatalisme, mais doit plutôt être entendue dans une perspective d'abandon de soi qui se reflète dans la vertu de la patience face à l'adversité et à l'impuissance causées par la maladie et la perte. La vie peut être perçue comme une phase de transition de l'existence, un lieu d'essai en regard de la vie éternelle qui viendra après la mort. (155) La perception de la mort comme constituant une transition entre deux vies peut d'ailleurs appuyer de façon constructive le processus de deuil. Actuellement, en Syrie, le mot *al that* (ذات) fait référence au noyau de la personnalité d'un individu et est employé à titre de synonyme du « soi ». Le terme *nafs* (نَفْسْ) renvoie au système interne (psychologique). (156) Dans les anciens écrits arabes et parmi les érudits syriens, les textes portant sur le *nafs* comme décrivant la personnalité d'un individu y incluent le *qalb* (قلب , « cœur »), le *ruh* (روح , « l'âme »), le *aql* (عقل , « intellect ») et la *irada* (إراده « volonté »). (154)

Dans les cultures musulmanes, une vision prédominante est celle selon laquelle la personne est créée faible. Cette « faiblesse fondamentale » est liée à la notion de *taslim* (تسليم), la soumission volontaire et en confiance à Dieu tout-puissant (comme dans la phrase *Allahu akbar*, « Dieu est le plus grand »). (154) De plus, *taslim* et d'autres expressions qui renvoient à l'idée de l'humain comme étant un individu faible, en comparaison à la force et à la puissance de Dieu, sont inséparables de la notion de *taklif* (تكليف , « engagement ») qui peut conférer au Musulman une force intérieure considérable. Ainsi, la notion de soumission peut aider les Syriens à mieux accepter les épreuves ainsi perçues comme relevant de la volonté de Dieu, alors que la notion de *taklif* peut les aider à trouver la motivation à faire face à ces difficultés. (154) Une vision répandue chez les Syriens musulmans, comme bien d'autres, est que les catastrophes et la maladie sont

considérées comme des opportunités de croissance et des occasions de renforcer la foi d'un individu, et ne sont donc pas nécessairement punitives (p. ex. Dieu punit les humains pour leurs mauvaises actions). (155, 157, 158)

Diversité

D'autres traditions religieuses en Syrie peuvent partager cette vision islamique de l'individu, mais également avoir des conceptualisations différentes de l'humain, telles que le rôle central de la transmigration des esprits (la croyance que l'âme d'une personne passe d'un corps à un autre) chez les Druzes, une minorité religieuse et sociale qui a sa propre théologie monothéiste.

Bien évidemment, la plupart des gens ne référeront pas explicitement à ces différentes philosophies. Par contre, ces valeurs et ces idées centrales sont inter-reliées avec une multitude d'aspects de la vie quotidienne et font partie de l'héritage culturel et des expressions populaires qui sont simplement prises pour acquises.

Modèles explicatifs des troubles mentaux/psychologiques et des problèmes psychosociaux

Les systèmes culturels de connaissances, de croyance et d'actions fournissent des modèles explicatifs de la maladie qui incluent des idées à propos des causes, de l'évolution, des traitements appropriés et du pronostic pour une condition mentale ou psychologique donnée. Ces explications peuvent être issues de conceptions de la personne et du monde ou encore de théories à propos de la maladie et de la guérison. Les modèles explicatifs peuvent avoir des implications importantes en termes de stratégies d'adaptation, de recherche d'aide, d'attentes vis-à-vis du traitement, de stigmatisation et d'inquiétudes à propos des conséquences à long terme de la maladie.

Depuis quelques décennies, les concepts populaires en Syrie à propos de la santé mentale ont graduellement évolué. La conscientisation à propos des soins en santé mentale est plus grande, particulièrement dans les contextes urbains. Les clients qui reçoivent des services en santé mentale expriment souvent leur détresse à l'aide de termes liés à leur corps sans faire mention d'explications surnaturelles ou spirituelles. Plusieurs Syriens sont susceptibles d'associer les causes de leur souffrance ou de leurs problématiques de santé mentale à la violence ainsi qu'aux pertes et aux pressions sociales et économiques quotidiennes. L'influence de ces stresseurs sur la santé mentale et le bien-être psychosocial a été largement rapportée et est cohérente avec les effets de la guerre et des conflits sur la population. (122, 159-161) De nombreuses autres explications culturelles et/ou religieuses de la détresse et de la maladie, davantage liées à des contextes

spécifiques, sont également observées. Souvent, les individus ont recours à différentes explications pour rendre compte des diverses facettes de leur problématique.

Les concepts religieux et culturels spécifiques communément employés en Syrie pour expliquer la maladie et la détresse sont décrits ci-dessous. Le but de cette discussion est de complémenter la littérature actuelle sur les effets de la violence et des stresseurs quotidiens sur la santé mentale et le bien-être des populations affectées par le conflit en général, et plus particulièrement les Syriens. De nombreux modèles explicatifs des symptômes et de la souffrance peuvent coexister. Les intervenants en santé mentale doivent être sensibles au fait que leur propre modèle professionnel/théorique des problématiques en santé mentale peut ne pas être partagé par leurs clients et que d'imposer leur modèle risque d'aliéner le client, voire d'endommager la relation. Il est également important d'être conscient que les individus sont susceptibles d'avoir recours à différents modèles explicatifs pour rendre compte de divers aspects de leur souffrance et à différents moments, dépendamment du contexte, de la question ou de la raison. De surcroit, bien que les modèles explicatifs soient importants, ils ne devraient pas être utilisés de façon réductrice ou généralisante (p. ex. « les femmes syriennes croient X au sujet de X »), puisque les modèles explicatifs varient d'un individu à un autre et dans le temps. Les intervenants doivent tenter de comprendre et respecter les modèles explicatifs auxquels adhèrent leurs clients afin de s'engager efficacement dans la relation et dans le processus de soutien.

De nombreux intervenants en santé mentale qui travaillent auprès de réfugiés de la Syrie et de PDI ont observé que les modèles explicatifs des troubles mentaux et les attitudes vis-à-vis des services de SMSP ont rapidement évolué, en raison de l'expérience partagée de la violence, des pertes et du déplacement, ce qui tend à assouplir la stigmatisation qui entoure les problématiques de santé mentale. (57, 162)

Les modèles explicatifs religieux

Les systèmes religieux jouent un rôle significatif dans la perception et la compréhension des problématiques psychologiques et des traitements perçus comme appropriés. Dans la croyance islamique, l'âme n'est pas séparée du corps; les deux sont plutôt perçus comme intimement inter-reliés. La détresse émotive est perçue comme localisée dans le cœur et non dans la tête, et le cœur est considéré comme étant la source vitale de la santé psychosomatique de l'homme. Ainsi, un déséquilibre du cœur peut mener à des problèmes de santé mentale. (158, 163, 164)

Chez les Druzes, pour qui la réincarnation et la transmigration de l'âme sont une croyance centrale, les individus peuvent comprendre la souffrance et les troubles mentaux comme un châtiment pour les mauvais actes commis dans une vie passée ou comme une conséquence de sa mort violente dans une vie précédente. (165-167) Les Chrétiens en

Syrie expriment des concepts et des attitudes en regard des troubles mentaux similaires au cadre islamique. Néanmoins, ils ont également des façons distinctes de comprendre et de composer avec la maladie mentale. Ils peuvent avoir tendance à réprimer l'expression des émotions au profit d'un partage sélectif des conflits stressants et des situations difficiles, ce qui peut être lié à la tradition chrétienne de la confession. (79)

Chez les Chrétiens et les Musulmans syriens, une façon commune de composer avec la détresse est par la prière, notamment la lecture du Coran ou de la Bible, assister aux cérémonies religieuses ou formuler des vœux sacrés (*nizer*, نِذر ou *nidher*, نِدر). En effet, les adolescents au camp de réfugiés Zaatari en Jordanie ont relaté lire le Coran à titre de stratégie d'adaptation (après parler à leurs parents/amis, se retirer et repenser aux bons moments en Syrie). (37) Certains Chrétiens, par exemple, peuvent formuler un vœu par lequel une femme de la famille portera une robe particulière (*taub el adra*, توب العدرا) pendant un certain temps si Dieu accepte de les aider à traverser leurs épreuves. Les Chrétiens en Syrie utilisent également les églises et l'appui de la communauté pour la guérison spirituelle et la gestion du stress. Il est commun chez les familles chrétiennes de consulter un prêtre pour conseiller un membre de la famille en détresse.

Modèles explicatifs surnaturels

Certains Syriens expliquent la source de leur malheur et de leur maladie par des « forces surnaturelles ». Ce type d'explication, préexistante à l'Islam, est enraciné dans les traditions populaires de plusieurs sociétés arabes. (154, 168-173) Les individus de différents milieux socio-économiques, ethniques et religieux en Syrie peuvent évoquer l'existence des « esprits maléfiques » (*jinn*, جِن), de la « magie » (*sihr*, سِحر) ou du « mauvais œil » (*ayn al-asūd*, عين الحسود) pour expliquer les symptômes de la « folie ». Les *jinn* sont décrits dans le Coran et constituent une partie intégrante de la vision du monde de certaines personnes Syriennes. Ainsi, le fait de croire aux *jinn* peut être compris comme une marque d'expression de la foi. (154) Certaines maladies mentales sont attribuées aux *jinn*, et ce, tout particulièrement dans les contextes ruraux. Un manque de compréhension de la part des intervenants en santé mentale d'un client qui relate être possédé, avoir été attaqué ou frappé par un *jinn*, pose un risque de discrimination à l'égard de ce client. Un intervenant culturellement compétent devrait tenir compte de la notion de *jinn* comme un mode d'explication et un idiome de détresse possible.

Les situations où l'individu a recours à des explications surnaturelles (possession, esprits malins, magie, mauvais œil) sans présenter de condition psychiatrique doivent être distinguées des cas où ces explications coexistent avec des symptômes psychotiques, tels que le contrôle de la pensée, l'insertion de pensées ou le délire. (174) La connaissance des idiomes de détresse, des modèles explicatifs et des modes d'expression peut aider à

départager ces symptômes, mais la présence d'autres symptômes de psychose et de dysfonctionnement demeure essentielle pour poser un diagnostic de psychose. Tel que mentionné précédemment, les gens ont souvent recours, de façon flexible et pragmatique, à différents modèles explicatifs pour faire sens de leur état et de leur situation difficile.

Les pratiques de guérison spécifiques à une culture et à une religion

Bien que plusieurs Syriens présentant des troubles mentaux/psychologiques demandent l'aide de professionnels de la santé en s'attendant à recevoir un traitement médical ou psychosocial, certains ont tout de même recours aux méthodes de guérison religieuses ou surnaturelles, en parallèle ou successivement. Les mécanismes d'adaptation identifiés chez les Syriens affectés par le conflit sont décrits plus loin, dans la section « Composer avec le détresse psychologique ». Cette section offre des informations précieuses sur les méthodes de soins religieuses et spirituelles en Syrie.

La guérison religieuse des troubles physiques et mentaux est souvent recherchée au travers de la médiation des Saints et de la visite de lieux sacrés associés à ceux-ci (p. ex. le sanctuaire où le Saint est enterré) ou d'autres sites sacrés. Certains groupes, particulièrement les Alawites et les Soufis, de même que les Chrétiens, peuvent utiliser des lieux de dévotion ou des icônes religieuses sacrées (associés aux Saints) pour demander de l'aide dans les cas de maladies. Au sein des familles chiites, visiter un lieu sacré comme la mosquée de Sayyida Zeinab à Damas était utilisé par le passé dans le cadre d'un important rituel de guérison. Toutefois, l'accès à ces sites n'est plus possible aujourd'hui. Le *hajj* (« pèlerinage ») religieux peut encore constituer une alternative chez certains, mais le manque de ressources financières ou l'incapacité de voyager la rend impossible pour plusieurs.

Les types répandus de traitements religieux, traditionnels et spirituels en Syrie et dans d'autres pays de cette région, incluent le *rukyah* (رُقيه) et le *hijab* (حِجاب). Le *rukyah* implique la lecture de versets ou de prières, suivie par *al nafth* (النفث , « souffler une bouffée d'air ») sur la plaie ou la partie du corps malade. (175, 176) Un chef religieux effectue habituellement ce genre de traitement, mais un membre de la famille peut aussi le faire. Les *hijabs* sont des amulettes contenant des versets du Coran et des prières écrites, souvent produites par un *katib* (كاتب , un homme guérisseur), portées sur le corps afin de repousser les esprits malins. (171) Dans le cas des deux traitements, un *sheikh* (شيخ , chef religieux ou spirituel) choisit les versets ou les prières qu'il juge appropriés en fonction de la maladie. Les guérisseurs traditionnels sont généralement eux aussi qualifiés de *sheikh*.

Malgré le fait que l'Islam prohibe l'utilisation de la magie, son existence est largement reconnue et ses effets positifs et négatifs potentiels sur la santé peuvent être lus, par

exemple, dans la *Surat al Baqara* dans le Coran. Pour composer avec la maladie, certains voient la magie comme une approche alternative qui coexiste souvent avec d'autres formes de traitements, incluant les soins biomédicaux. Les explications référant à la magie peuvent attribuer la maladie à l'utilisation d'esprits malins ou maléfiques (*jinn*) par des personnes souhaitant leur causer du tort. (177)

D'autres guérisseurs traditionnels et spirituels moins communs en Syrie incluent les *al-fataha* (الفتاحه , femmes liseuses de bonne aventure), les *dervis* ou *darwish* (درويش , guérisseurs hommes ou femmes qui traitent la maladie mentale à l'aide d'une variété de rituels religieux et spirituels) ainsi que les *moalj bel-koran* (معالج با لقرآن , hommes guérisseurs coraniques qui utilisent l'écriture islamique pour repousser les esprits malins). (178) Des procédures spéciales sont employées pour les traitements de possession par les *jinn*. Plusieurs personnes associent le succès du traitement à l'observation de signes physiques, par exemple, saigner du petit orteil lorsque l'esprit quitte le corps. Cette « délivrance de l'esprit » mène habituellement à un rétablissement soudain et spontané. D'autres individus ayant des pouvoirs ou des connexions particulières aux *jinn* sont les *mkhawi* (مخاو , « dérangeurs de *jinn* ») qui ne sont pas nécessairement consultés pour le traitement, mais plutôt pour en apprendre davantage à propos des esprits en agissant à titre de médium (p. ex. leur corps peut servir d'accès aux *jinn* pour leur donner une voix). Les Chrétiens peuvent également faire l'expérience de la possession par les esprits, mais la perçoivent généralement comme une possession démoniaque et ont recours à un prêtre pour le traitement.

Quand la détresse est comprise comme relevant d'un acte de Dieu ou causée par une force surnaturelle, les individus sont moins susceptibles de croire que celle-ci nécessite une intervention biomédicale ou psychologique. (179) De telles maladies ou souffrances tendent à être normalisées et perçues comme une épreuve à endurer. L'évaluation du niveau de détresse peut être complexifiée quand la personne utilise fréquemment le recours aux proverbes, invoque la religion ou exprime de la gratitude envers Dieu. Le recours aux services de soins professionnels peut être entravé par l'idée que, ultimement, Dieu est le seul guérisseur et que la pratique assidue des valeurs religieuses est suffisante au traitement, voire même que l'utilisation d'un « raccourci » vers la santé pourrait être nuisible. (179) Dans ce contexte, le fait d'explorer la façon dont les gens ont recours à la religion comme stratégie d'adaptation est important. La collaboration avec les guérisseurs traditionnels peut être judicieuse pour surmonter les barrières aux interventions biomédicales et psychologiques jugées nécessaires. (180)

Religion et quête de sens

Bien que, avant la guerre, la Syrie était considérée comme une des sociétés les plus séculières du Moyen-Orient, pour certains Syriens, les croyances et pratiques religieuses continuent d'être une part importante de leur quotidien. De plus, le rôle de la religion dans la vie des gens évolue conséquemment au conflit, considérant que de vastes parties du pays sont maintenant sous le contrôle de groupes armés aux idéologies ou actions radicales violentes. Ainsi, il y a une importante distinction entre la politisation de la religion comme faisant partie des dynamiques conflictuelles d'une part et les croyances et pratiques religieuses quotidiennes des Syriens déplacés d'autre part. De fait, plusieurs des personnes qui s'identifient comme appartenant à un groupe religieux ne sont pas nécessairement pratiquantes, engagées, ou dévouées de façon égale, d'autant plus que le contexte social et politique influence les croyances et pratiques des individus et la façon dont ils les expriment. La violence massive et les injustices causées par le présent conflit risquent d'affecter profondément le rôle de la religion dans le quotidien des gens, menant certains à se tourner plus fortement vers celle-ci en tant que source d'espoir et de sens, et d'autres à douter et à réévaluer leurs croyances religieuses. (181, 182) La politisation de la religion dans le conflit actuel est également susceptible de modifier la façon dont les gens perçoivent la religion et les pratiques religieuses. Bien entendu, en plus de fournir un sens à la souffrance, la religion au Moyen-Orient joue également un rôle à titre de force majeure dans l'organisation sociale des gens : le fait d'appartenir à un groupe religieux particulier peut avoir d'importantes conséquences au niveau de la sécurité politique et du soutien social. (183)

Les intervenants en santé mentale travaillant auprès de réfugiés syriens rapportent que certains de leurs clients sont aux prises avec des questions existentielles, telles que : « comment Dieu peut-il accepter ce qui accable ma famille? » ou « pourquoi Dieu accepte-t-il que des enfants et des personnes âgées soient ainsi tués? ». Il est important dans ce cas d'évaluer ce que l'identité religieuse et les pratiques d'un individu signifient pour la personne. La plupart des individus Syriens se situent à un endroit précis sur un continuum, qui va de l'identification religieuse comme noyau identitaire et source d'explication de la souffrance jusqu'à la laïcité complète et le rejet de la religion. Bien que les croyances et pratiques religieuses et spirituelles favorisent l'ajustement et la résilience, avant d'encourager le recours à des ressources ou à des formes de soutien religieux, il est essentiel de bien saisir l'attitude du client vis-à-vis de la religion et de la spiritualité, ainsi que les implications de l'appartenance et de la pratique dans le contexte actuel.

6. LES IMPLICATIONS DE LA CONCEPTION DE SERVICES EN SANTE MENTALE ET EN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL APPROPRIES AU CONTEXTE

Cette section est particulièrement pertinente pour les intervenants en SMSP directement impliqués dans les services et les soins en santé mentale offerts aux clients syriens. Elle présente un aperçu des normes internationales en santé mentale et en soutien psychosocial ainsi que de l'information spécifique à propos des enjeux importants à considérer dans le développement de services de SMSP pour les Syriens, soit la langue, les comportements de demande d'aide et la stigmatisation entourant la détresse psychologique et la maladie mentale. Ce chapitre explore également des possibilités afin d'assurer l'accès aux soins pour certains groupes spécifiques et introduit des concepts comme la sécurité culturelle et la compétence culturelle.

Un cadre conceptuel pour renforcer la santé mentale et le soutien psychosocial

Depuis la publication en 2007 des *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (1) et de son endossement par de grandes organisations impliquées dans les opérations humanitaires, un consensus clair a émergé quant à la façon dont les services de SMSP doivent être développés. (184-187) Grosso modo, les programmations de SMSP ont délaissé l'accent mis sur la vulnérabilité, au profit d'approches axées sur le rétablissement et la résilience, reconnaissant ainsi les réfugiés et les PDI comme des agents actifs ayant la capacité de faire face à l'adversité. (187-188) Une conséquence importante de l'utilisation d'un concept plus large et plus inclusif de que représente la SMSP est que ces aspects ne relèvent plus exclusivement de certains spécialistes mais, au contraire, sont pertinents à toutes personnes impliquées dans le soutien donné aux réfugiés et aux autres individus affectés par un conflit. Le HCR, dans *Santé mentale et soutien psychosocial – Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés*, emploie les termes « approches de SMSP » et « interventions en SMSP ». (2)

- Appliquer une approche de SMSP intégrée implique de fournir de l'assistance humanitaire de façon à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial des réfugiés, ce qui est pertinent pour tous les acteurs humanitaires lorsqu'ils mettent en œuvre leur programme.

- Mettre en œuvre des interventions en SMSP signifie mettre l'accent sur les activités dont le but premier est d'améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des réfugiés. Ces interventions sont généralement établies par les secteurs de la santé, de la protection des communautés et de l'éducation. (2)

Le travail des intervenants en santé mentale peut, à court terme, cibler le soutien initial et la gestion de crise, mais ceci ne doit pas être fait au détriment du travail sur les risques de conséquences suscitées à long terme par les pertes profondes et les stresseurs présents au quotidien, que vivent plusieurs individus déplacés ou réfugiés. Certains des plus importants facteurs de risque pour la morbidité psychologique des réfugiés peuvent être atténués par des programmes planifiés de réhabilitation intégrée et une attention portée au support social et à l'unité familiale. (114)

Il y a également consensus concernant les interventions en SMSP, en ce sens que celles-ci devraient être constituées en un système à niveaux multiples de services et de soutien. Les implications sont importantes, tant pour ceux qui travaillent dans les services de santé (incluant les cliniciens ayant une formation avancée en santé mentale) que ceux qui œuvrent dans les activités psychosociales de la communauté (qui souvent n'ont pas de formation clinique et travaillent plutôt dans le milieu social/communautaire). Afin d'appuyer efficacement la santé mentale et le bien-être psychosocial des personnes affectées par la crise en Syrie, il est essentiel que les activités de SMSP soient formulées de façon large et inclusive et que les divers services et formes de soutien soient fonctionnellement reliés à l'intérieur d'un système cohérent doté de mécanismes de référence bien établis. (1, 2) Des documents clés pouvant être consultés lors du développement de programmes de SMSP sont énumérés dans l'Annexe A. Bien que la présentation détaillée de la façon de procéder dépasse le mandat du présent rapport, l'Encadré 2 et la figure 1, Annexe B, donne un aperçu de certains principes-guides de cette approche systémique à niveaux multiples.

Services en santé mentale et soutien psychosocial dans le contexte du conflit en Syrie

Les services de SMSP en Syrie

Bien que la qualité et la quantité d'installations en santé mentale étaient faibles la société syrienne d'avant le conflit avait tout de même développé de façon convenable ses infrastructures médicales. (189, 190) Depuis le conflit, les services de SMSP en Syrie ont été perturbés, voire détruits, et souffrent d'une pénurie critique de personnel qualifié. (191) Bien que les services en santé mentale en Syrie aient été largement institutionnalisés, (190, 192) de nombreux projets pilotes, portant sur les réfugiés irakiens en Syrie quelques années plus tôt, ont réussi à joindre les gens présentant des problématiques de santé mentale et à leur donner accès aux soins. Ceci a été fait par le biais d'activités psychosociales communautaires, de sensibilisation dans la communauté et d'intégration des soins de santé mentale dans les services de santé primaires. (193-196) De surcroit, faisant partie de la réponse humanitaire à la crise des réfugiés irakiens et au conflit syrien, les agences humanitaires ont soutenu les services psychosociaux dans certaines régions et, à plus petite échelle, les services en santé mentale. (197-199)

Les services de SMSP pour les réfugiés syriens

Les services de SMSP nationaux dans les terres d'asile avoisinantes sont sous grande pression en ce qui a trait à leur capacité, étant donné la demande croissante et les limites préexistantes de la portée et de la qualité de ces services; en retour, cette pression crée davantage de barrières à l'accès aux services pour les réfugiés. (200) Comme réponse partielle à la situation des réfugiés, plusieurs organisations nationales et internationales ont offert des services en santé mentale et de soutien psychosocial. (169, 200-205) Ainsi, plusieurs organisations sont actuellement impliquées dans l'offre d'interventions en SMSP. Un exercice de cartographie en Jordanie a recensé les activités de 47 organisations différentes impliquées dans les services de SMSP et un exercice similaire au Liban en a identifié 36. (200, 203) Dans plusieurs pays, des investissements significatifs ont été faits dans le but de mettre en place des services de SMSP de capacité nationale. À titre d'exemple, en Jordanie, plusieurs espaces pour les enfants ont été implantés par des ONG internationales en partenariat avec des ONG locales et des organisations communautaires. Au Liban et en Jordanie, le gouvernement et des agences de l'ONU ont coopéré pour intégrer les services de santé mentale dans le système général de soins de santé. (69, 201, 206)

Les attentes des clients envers des services SMSPS

Plusieurs Syriens déplacés et familles réfugiées vivent dans des circonstances très difficiles. Dans ce contexte, il peut être attendu de la part des intervenants en SMSP qu'ils aident les clients à surmonter des problématiques dépassant leur champ de travail habituel. Les programmes de SMSP devraient ainsi répondre à l'éventail complet des besoins et des priorités de leurs clients en identifiant leurs besoins non psychologiques et sociaux et en les référant aux services appropriés de la région.

Les gens qui perçoivent l'origine de leur détresse psychologique comme somatique s'attendent généralement à recevoir un traitement de type médical. Par conséquent, plusieurs Syriens peuvent être réticents à parler en détail de leurs souvenirs et de leurs expériences étant donné qu'ils ne perçoivent pas la pertinence de telles informations vis-à-vis leur diagnostic actuel. Les gens souffrant de troubles mentaux qui ont consulté auprès des services de santé pourraient s'attendre à recevoir un médicament prescrit. Ceci peut exposer les médecins à une pression sociale considérable à en prescrire, même lorsque la situation ne le requiert pas. Les clients qui attribuent leur souffrance à des causes physiques ou sociales peuvent également s'attendre à recevoir des interventions les aidant à retrouver leur équilibre personnel et social ainsi que le contrôle de sur leur vie. S'ils ressentent qu'ils sont « sur le point de sombrer dans la folie » ou s'ils ne comprennent pas les réactions de leur entourage, ils peuvent espérer recevoir une validation quant à la normalité de leurs propres réactions et de celles des autres. Pour certains clients souffrant de troubles sévères de santé mentale, il se peut que le souhait

d’être traité (incluant possiblement l’hospitalisation) ne vienne pas de leur propre initiative, mais plutôt davantage de la famille ou d’autres membres de la communauté.

Certaines personnes peuvent espérer un espace où elles peuvent partager leurs expériences avec autrui, faire sens de ce qu’elles vivent et trouver des façons de composer avec leurs expériences passées et leur réalité actuelle, ainsi que restaurer une forme d’ordre moral. Ceci ne requiert généralement pas de services cliniques en santé mentale, mais plutôt des interventions de soutien psychosocial et communautaire qui facilitent le rétablissement des réseaux sociaux de soutien, l’engagement dans des activités significatives du quotidien, le partage des problèmes et l’identification de solutions et de stratégies d’adaptation positives.

En contexte de vie précaire où les événements quotidiens peuvent être imprévisibles, plusieurs personnes s’attendent à des interventions brèves, directives et efficaces. Cela peut contribuer à expliquer la non-adhérence ou le désistement vis-à-vis des approches à plus long terme.

Les défis des services de SMSP pertinents au contexte

Même lorsque des services de SMSP sont disponibles, les Syriens déplacés et les réfugiés syriens peuvent tout de même être dans l’incapacité d'accéder à ceux-ci. Une des raisons principales peut être le manque de ressources financières pour défrayer les coûts directs ou indirects, tels que le transport ou la médication. (207-209) l’accès aux services pour les personnes déplacées ou réfugiés peut également être affecté par les facteurs discutés ci-dessous.

Langue

La plupart des réfugiés syriens ont fui au Liban et en Jordanie, où les dialectes arabes parlés sont similaires à l’arabe syrien. Bien que les Syriens comprennent l’arabe irakien, les accents et les expressions locales peuvent différer de façon significative. Les Kurdes en Syrie ont été obligés d’apprendre l’arabe, mais peuvent tout de même préférer utiliser les dialectes kurdes pour exprimer leurs expériences et leurs besoins. Le dialecte kurmanji parlés par les kurdes syriens est considérablement différent du dialecte sorani parlé par plusieurs Kurdes irakiens. Les réfugiés syriens hébergés dans des pays limitrophes non arabes, comme la Turquie, ou encore en Europe ou ailleurs peuvent faire face à d’importantes barrières linguistiques. Cependant, les Syriens du nord du pays, plus près de la frontière turque, sont habituellement bilingues (parlant l’arabe et le turque), ce qui peut faciliter leur accès aux services. (210)Dans ce contexte, les intervenants en SMSP devraient éviter d’utiliser un langage ou un jargon scientifique qui peut être aliénant ou intimidant pour les clients. En interagissant avec ces derniers, il est judicieux d’utiliser un langage clair et simple et de s’assurer de la compréhension du client et de la famille. Des problèmes reliés à la langue peuvent également survenir lorsque les

médecins ou autre formateurs, qui ne connaissent pas bien les termes arabes locaux, supervisent et forment le personnel en SMSP en arabe.

Lorsque des barrières de langue sont présentes, la collaboration avec des collègues arabophones ou le recours à des interprètes professionnels et bien formés qui connaissent la terminologie en santé mentale peut être essentielle pour mener une évaluation précise et une intervention adéquate. Le recours des interprètes informels ou *ad hoc* de la communauté (ou de la famille) peut devenir inévitable dû aux contraintes pratiques, mais pose un défi éthique et pratique en termes de sécurité, de confidentialité et de qualité de la communication, compte tenu de leur implication personnelle dans le réseau social du client, des expériences traumatiques et/ou du manque de compréhension de termes clés et du processus d'évaluation et d'intervention clinique. (211) Les intervenants en SMSP doivent donc s'assurer que les interprètes soient suffisamment compétents pour les assister, en plus d'être conscients du stress associé pour ces interprètes et de s'assurer de leur bien-être par le biais d'une rencontre bilan suite à l'intervention et d'un suivi, si indiqué. (212, 213)

Recherche d'aide selon le genre

Plusieurs groupes de la société syrienne ont des normes de genre bien définies qui peuvent influencer différents aspects de la santé mentale et du soutien psychosocial, incluant les sources de stress, l'expression de la détresse (voir la section « Stigma entourant la détresse psychologique et les troubles mentaux »), les stratégies d'adaptation et les comportements de recherche d'aide. Dans les sociétés musulmanes traditionnelles, les femmes ont moins d'interactions dans les lieux publics, ce qui peut limiter leur capacité à avoir accès aux services psychosociaux et de santé mentale. (214, 215) Toutefois, dans le contexte actuel de conflit et de déplacement, les femmes, et leurs enfants dans bien des cas, sont en effet davantage susceptibles que par le passé de rechercher une aide psychosociale ou en santé mentale. Ceci est particulièrement vrai si les services sont présentés avec (davantage) de termes neutres ou non stigmatisants tels que « services de conseils », s'ils sont intégrés à des programmes généraux pour les femmes et s'ils sont offerts dans des espaces sécuritaires pour les femmes et les enfants. (52) Pour les hommes, d'autres approches peuvent être nécessaires, telles que fournir de l'information lors d'un enregistrement de routine ou à d'autres points de services dans les institutions religieuses ou de santé. Les hommes et les femmes peuvent être contactés ou impliqués avec succès par le biais de services répondants aux besoins de bases (nourriture, vêtements, examens médicaux routiniers, etc. (144)

Les enjeux de fierté et d'honneur reliés au genre peuvent compliquer le dévoilement d'événements qui peuvent constituer des sources de stigma ou de honte (p. ex. les abus sexuels – voir sections suivantes). Les hommes et les femmes peuvent éviter de dévoiler des expériences intimes et stigmatisantes à un intervenant masculin en raison de la honte

et de la peur d'être jugé. Il est donc important que les clients puissent bénéficier de la présence d'une intervenante femme lorsque le besoin se présente, même si de manière ponctuelle, particulièrement pour le dévoilement de sujets délicats comme la violence sexuelle.

Enjeux de pouvoir et neutralité

Dans le contexte du conflit actuel, les intervenants en SMSP peuvent être perçus comme étant partisans, que ce soit à cause de leur dénomination religieuse, de leur affiliation ethnique ou encore, de leur orientation politique présumée. Plusieurs Syriens peuvent être déçus vis-à-vis de la communauté internationale qui ne leur vient pas en aide, ce qui peut également influencer leurs interactions avec le personnel humanitaire. De plus, les différentes appartenances sociales, économiques et culturelles peuvent jouer sur les interactions entre les réfugiés et les intervenants en SMSP. L'expérience du conflit et les tensions sociales entre les réfugiés et les communautés hôtes peuvent également avoir un impact sur les relations entre intervenants et réfugiés. Les interventions en SMSP avec les réfugiés et les personnes déplacées soulèvent par ailleurs des enjeux en lien avec les dynamiques de pouvoir qui doivent être considérés avec précaution afin d'éviter des situations où les gens pourraient se sentir subordonnés et dépendants des ressources et de l'expertise des intervenants. Ce déséquilibre du pouvoir véhicule le malheureux message que les gens ne sont pas en possession des moyens pour s'aider ou se guérir eux-mêmes. Une approche de soutien psychosocial centrée sur la personne et sur le dialogue clinique, où l'on recherche la collaboration et un partenariat sincère, peut contribuer à la promotion de la santé mentale et au sentiment du pouvoir d'agir sur sa vie pour les réfugiés.

Un des buts de plusieurs interventions en SMSP est de ré-normaliser le vécu des réfugiés, leur redonner le sentiment d'agentivité et d'efficacité personnelle. En conséquence, plusieurs clients peuvent ressentir la position d'expert de l'aidant comme brimant et invalidant leur pouvoir et leurs capacités. Les Syriens déplacés ou réfugiés se sont fait déposséder de leur pouvoir et de leur contrôle sur de nombreuses sphères de leur vie et ils ne sont susceptibles de regagner un sentiment de contrôle que s'ils sont activement impliqués dans la prise de décision pour le plan d'intervention. Les intervenants en SMSP doivent éviter d'être trop directifs ou de porter des jugements; ils doivent être particulièrement à l'écoute des souhaits et des visions de la personne recherchant de l'aide et l'encourager à prendre ses propres décisions. De plus, les intervenants en SMSP doivent être sensibles au fait que leurs propres expériences, leurs valeurs et leurs croyances peuvent influencer leurs interactions avec leurs clients et s'assurer qu'ils traitent tous les réfugiés avec respect et dignité.

Stigma entourant la détresse psychologique et les troubles mentaux

En Syrie et dans les pays avoisinants, l'expression franche et intense des émotions est tout à fait acceptable, bien que les hommes partagent souvent l'idée que pleurer et exprimer ses émotions est réservé aux femmes et aux filles, qui sont plus susceptibles de discuter d'enjeux émotionnels et relationnels avec leur famille et leurs amies. Les hommes sont socialisés à réprimer l'expression franche de leurs émotions, car elle est associée à la faiblesse, à l'exception, peut-être, de pleurer la perte de son enfant ou de membres de sa famille (55, 216). La souffrance émotionnelle est généralement perçue comme inhérente à la vie. Ainsi, c'est l'appellation explicite de la détresse comme étant « psychologique » ou « psychiatrique » qui constitue la source de la honte, de l'embarras et la peur du scandale, compte tenu du risque d'être considéré comme « fou ». La « folie » jette la honte sur les patients et leur famille et affecte le recours aux services. Ceci complexifie le processus de recherche d'aide professionnelle et l'adhérence au traitement. (179) Les intervenants qui évitent d'utiliser un jargon psychologique ou des appellations psychiatriques sont susceptibles de générer moins de stigma et d'être mieux compris. Intégrer les soins de santé mentale et de soutien psychosocial à des lieux de soins non stigmatisants, comme les cliniques de santé générale, les centres pour la famille et les enfants et les centres communautaires, peut faciliter un meilleur accès et une meilleure utilisation des services de SMSP. (180)

Par le passé, plusieurs Syriens étaient sceptiques en regard de la psychologie, de la psychiatrie et des ressources en santé mentale en général. Cette appréhension peut refléter la perception négative de la maladie mentale de même que la peur du stigma et du scandale et, dans certains cas, les enjeux liés à la qualité et au type de services offerts (p. ex. le manque de services psychosociaux et de santé mentale dans la communauté). Les professionnels qui travaillent auprès de Syriens rapportent que certains réfugiés syriens, particulièrement ceux ayant vécu des expériences de torture, sont devenus méfiants envers tous les professionnels. Plusieurs personnes sont également incapables de distinguer clairement les différents intervenants en santé mentale, soient les psychiatres, les médecins, les psychologues, les psychothérapeutes et les conseillers psychosociaux. À titre d'exemple, les Syriens peuvent demander un *tabib al asaab* (طبيب الاعصا , « neurologue ») alors qu'ils veulent consulter un *tabib nafsi* (طبيب نفسي , « psychiatre »).

Néanmoins, plusieurs réfugiés de la Syrie sont de plus en plus ouverts à rechercher de l'aide auprès des services psychosociaux et de santé mentale. (58) Dans l'évaluation des besoins, les réfugiés syriens notent souvent les services de SMSP comme étant très importants. Par exemple, parmi les réfugiés syriens au gouvernorat Dohuk en Irak, la majorité a nommé les services en santé mentale comme les plus nécessaires dans leur contexte. (71)

Assurer la sécurité culturelle et la compétence culturelle dans les programmes de SMSP

La confiance et la collaboration peuvent être maximisées en s'assurant que les utilisateurs des services sentent que leurs modèles explicatifs de la maladie sont reconnus par les intervenants et sont intégrés dans leur évaluation et leur plan de soins. L'atteinte de cet objectif demande un environnement sécuritaire au niveau culturel, respectueux de la diversité, basé sur le respect mutuel et au sein duquel les perspectives des clients et de leurs familles peuvent être soigneusement explorées.

L'importance du cadre

Le contexte entourant l'offre de services est souvent un facteur important dans l'acceptation des services de SMSP. Les programmes psychosociaux sont fréquemment offerts dans des environnements non médicaux, comme les centres communautaires, les programmes pour les femmes, les lieux destinés aux enfants, les écoles ou d'autres endroits. Les interventions psychosociales peuvent contribuer à élargir les réseaux sociaux de soutien. Les environnements sécuritaires permettent aux participants de construire un capital social et de discuter de sujets intimes reliés aux changements de vie et aux émotions, incluant des thèmes plus délicats comme la violence conjugale, ce qui est particulièrement vrai pour les femmes et les filles qui font face à l'isolement physique et social. (144)

De plus, il y a une reconnaissance accrue de la nécessité d'impliquer des hommes dans les programmes psychosociaux pour une réponse plus adaptée au niveau de la culture et du genre, et ce, avec le souci d'offrir des activités significatives pour les hommes dans des cadres et des moments qui sont appropriés pour eux, telles que des activités de sports ou des activités en soirée au centre communautaire, à la mosquée ou dans d'autres espaces sociaux.

Les traitements psychiatriques peuvent être offerts dans des contextes spécialisés, comme les départements externes de santé mentale, mais il subsiste tout de même une crainte de la stigmatisation. Par exemple, un essai de traitement psychologique pour le trouble de stress post-traumatique a été mené en Turquie dans un local à l'intérieur d'un bâtiment où se trouvait une maternelle; plusieurs clients ont prétendu aux autres réfugiés qu'ils allaient simplement y porter leurs enfants. (194) Plusieurs Syriens peuvent donc être plus enclins à visiter des établissements de soins de santé générale pour leurs difficultés psychologiques, étant donné le moins grand stigma entourant le fait de consulter un médecin, mais également compte tenu de la perception de l'interrelation entre la détresse physique et psychologique. Ceci souligne le besoin d'infrastructure, de formation et de soutien de la part des fournisseurs de soins de santé primaires, afin que les problèmes en santé mentale et la détresse psychosociale puissent être gérés à même les établissements

de soins de santé générale. La présentation de symptômes physiques donne l'occasion d'évaluer le bien-être psychosocial et les problématiques potentielles en santé mentale des clients par le biais de ces souffrances physiques, telles que les maux de tête, les problèmes gastriques, les nausées et l'insomnie qui peuvent être causés ou exacerbés par des stress sociaux et psychologiques.

Il est important que les programmes de SMSP interagissent avec les réfugiés syriens éduqués et qualifiés travaillant déjà durement à l'amélioration de la santé mentale de la communauté et du bien-être psychosocial à l'aide de réseaux issus de la base. Ces personnes peuvent fournir des liens privilégiés avec la communauté et agir à titre d'intermédiaires ou médiateurs culturels, au sein des centres de services cliniques et sociaux en expliquant les présomptions culturelles, de façon à améliorer la compréhension mutuelle entre l'aidant et le client.

Les services en santé mentale pour les survivants de VSS

En raison de la honte, la peur de la stigmatisation sociale et des représailles, de même que les préoccupations autour du manque de confidentialité, les femmes et les filles (ainsi que les hommes et les garçons) sont souvent réticentes à rapporter les événements de violence sexuelle ou de harcèlement et à rechercher un traitement. (118, 217-219) Même lorsque les survivants de violence sexuelle décident de rechercher de l'aide, l'accès à un soutien médical, psychologique ou légal sécuritaire et confidentiel est très limité en Syrie en termes de portée et d'impact, et l'accès y est souvent difficile. (98) Dans les pays d'asile, les services aux survivants de VSS peuvent être plus accessibles, bien que l'accès et la qualité de ceux-ci varient. Dans les services de santé, de telles expériences de violence sexuelle peuvent être exprimées par les survivants au travers de plaintes somatiques ou physiques. (220) Les services aux survivants de VSS peuvent donc être plus facilement acceptés s'ils sont fournis à l'intérieur d'environnements non stigmatisants, tels que les centres de santé générale ou les centres pour les femmes, sans que la problématique liée à la violence subie soit explicitement formulée au départ. Les services de soutien sécuritaires et non stigmatisants, offerts par du personnel spécialisé et entrainé pour recevoir et répondre aux révélations de VSS de façon appropriée et confidentielle, augmentent les chances que les survivants se sentent à l'aise de se dévoiler et recourir à de tels services. Les survivants de viol et d'autres formes de violence sexuelle courent un risque élevé de développer des troubles mentaux. C'est pourquoi leur offrir des services en santé mentale faisant partie de services multisectoriels fournis aux survivants de ces genres de violence devrait être une priorité. (110)

Assurer l'accès aux victimes de torture

Les Syriens qui ont subi de la torture ont souvent des besoins psychosociaux et de santé mentale spécifiques. Plusieurs d'entre eux présentent un éventail de symptômes

psychologiques, sociaux et somatiques. La honte et la culpabilité, en lien avec les expériences souvent humiliantes et dégradantes, empêchent certaines personnes de rechercher de l'aide auprès des services généraux ou de santé mentale. La présentation des plaintes est souvent d'ordre somatique, tels que des maux de tête, des douleurs au corps, des engourdissements, des sensations de chatouillement, des douleurs à l'estomac ou des problèmes respiratoires. De plus, il y a parfois un mélange de problématiques, soit de réelles lésions organiques liées à la torture qui se combinent à de la somatisation, une forme d'expression par le corps de la détresse émotionnelle. La division entre les « soins de santé somatique » et les « soins de santé mentale » est particulièrement déplorable pour les survivants de torture, puisque l'étiquette de « somatisation » (qui suppose que le « vrai » problème est psychologique) est habituellement non-aidante. Cela dit, les diagnostics physiques sans traitement approprié (p. ex. « dommages à la colonne » ou « neuropathie liée à la torture ») peuvent déclencher un processus de fixation somatique ou l'adoption de stratégies d'ajustement mal-adaptées pouvant entraver le rétablissement d'une capacité à fonctionner et plutôt mener à une aggravation des symptômes. Ceci peut arriver, par exemple, lorsque des étiquettes diagnostiques laissent les gens réticents à faire certains mouvements par peur de se causer davantage de torts. Certains centres spécialisés dans le traitement des victimes de torture dans la région évitent donc les étiquettes diagnostiques et travaillent plutôt avec chaque individu dans la gestion de leurs symptômes et l'amélioration de leur fonctionnement physique, psychologique et social.

Les survivants de torture font souvent face à un éventail d'enjeux sociaux, notamment des difficultés à maintenir leurs relations avec leur famille et leurs amis, se sentant incompris ou peu accueillis par les membres de la communauté. Les survivants, ainsi que leur famille et amis, peuvent éprouver des émotions fortes à l'égard de la torture, mais avoir de la difficulté à en parler. Ceci peut favoriser l'isolement des survivants par rapport à leur expérience, alors que la famille et les amis sont également aux prises avec des sentiments qu'ils taisent, comme la culpabilité de ne pas avoir été en mesure de protéger le survivant de la torture. L'expérience de la violence sexuelle durant la torture (ou même la supposition qu'un survivant de la torture a vécu de la violence sexuelle) peut mener au stigma social et à davantage d'isolement. Fournir des services en santé mentale avec du personnel spécialisé et formé, et ce, dans des services appropriés pour les survivants de torture, devrait ainsi être une priorité, particulièrement dans les régions où la concentration de réfugiés syriens est élevée.

Assurer l'accès aux réfugiés LGBTI

Au Moyen-Orient, les intervenants en santé mentale sont fréquemment abordés par les familles, et parfois par les hommes homosexuels eux-mêmes, qui demandent à faire « soigner » leur homosexualité, d'autant plus que certains intervenants en santé mentale affirment offrir de tels services. (128) Les réfugiés LGBTI ont rapporté des niveaux faibles de confiance envers les services psychosociaux et de santé mentale générale,

compte tenu d'attitudes discriminatoires et du manque de confidentialité. Il est donc d'une grande importance de s'assurer que les services de SMSP soient respectueux et sensibles aux enjeux auxquels sont confrontés les Syriens LGBTI déplacés et que des services de soutien et de conseils confidentiels soient disponibles compte tenu des stresseurs très spécifiques et des enjeux émotionnels et sociaux auxquels cette population peut faire face.

Évaluations pertinentes au contexte et culturellement sensibles Pour les professionnels en santé mentale tels que les psychiatres et les psychologues cliniciens, il est crucial d'être sensible au fait que la compréhension et la manifestation de la maladie mentale et du bien(mal)-être psychosocial chez leurs clients sont enracinées dans les contextes sociaux, culturels et religieux. Par conséquent, les évaluations cliniques sont plus précises et appropriées lorsqu'elles intègrent des questions sur les modes locaux d'expression de la détresse et de la compréhension des symptômes. (221, 222) Le *Guide de formulation culturelle du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) de l'*Association américaine de psychiatrie* fournit une approche simple pour appuyer les intervenants en santé mentale dans leur évaluation. (223, 224) De plus, l'évaluation clinique ne devrait pas s'attarder uniquement aux symptômes, mais également explorer les dysfonctions sociales de la personne, de même que ses forces et ses habiletés d'adaptation.

7. CONCLUSION

Les réfugiés syriens et les gens déplacés à l'intérieur du pays constituent une population très diversifiée en termes d'appartenances religieuse, ethnique, linguistique et socio-économique. L'accumulation d'épreuves et la violence associée au conflit ont des effets insidieux sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des adultes et des enfants syriens. Les expériences liées au conflit se combinent aux stresseurs quotidiens du déplacement, incluant la pauvreté, le manque de ressources et de services pour répondre aux besoins de base, les risques de violence et d'exploitation, la discrimination et l'isolement social. Plusieurs réfugiés et PDI ont subi de la violence reliée au conflit et les femmes et les filles sont particulièrement à risque d'avoir été exposées à la VSS (p. ex. la violence conjugale, la violence sexuelle, les mariages forcés, le harcèlement et l'isolement ainsi que l'exploitation sexuelle et de survie), tant en Syrie que dans les pays d'asile. Les enjeux centraux de plusieurs Syriens relèvent de la perte et du deuil, que ce soit lié à des membres de la famille décédés ou à des pertes émotionnelles, relationnelles ou matérielles.

Pour la plupart des Syriens, la première source de soutien est le cercle familial et amical. Or, le déplacement, la violence et les dynamiques du conflit peuvent avoir troublé les structures de soutien social et altéré les réseaux sociaux et les rôles liés au genre, ce qui peut contribuer à miner la capacité d'ajustement des individus et augmenter les niveaux

de violence familiale et de détresse psychologique. Dans le conflit prolongé actuel, sans perspective d'une éventuelle fin, le manque de moyens de subsistance, l'augmentation des niveaux de pauvreté, les obstacles grandissants aux droits des réfugiés- à rechercher une protection internationale ou un accès aux services dans les pays avoisinants- génèrent chez plusieurs Syriens un sentiment envahissant de désespoir. Ceci peut mener à l'adoption de stratégies d'adaptation négatives afin de composer avec le stress et la lutte quotidienne menée pour subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leur famille. De plus, la dépendance envers l'aide extérieure et l'incapacité à pouvoir soi-même à ses besoins affectent souvent négativement la dignité et le sentiment de contrôle des gens.

Les niveaux de stress psychologique sont élevés chez les femmes, les files, les garçons et les hommes. Les personnes ayant des troubles mentaux préexistants sont plus vulnérables et un nombre significatif de Syriens présentent des niveaux plus élevés de troubles émotionnels, tels que la dépression, le trouble du deuil persistant et le trouble de stress post-traumatique.

Les systèmes de valeurs culturels et religieux jouent un rôle important dans la perception et la compréhension des problèmes sociaux et psychologiques et des méthodes de traitement. Pour les intervenants, nationaux ou internationaux, impliqués dans les programmes de SMSP, il est important de comprendre et d'explorer les *idiomes culturels de détresse* du client (les modes communs d'expression de la détresse d'une culture ou d'une communauté) et les *modèles explicatifs* (les façons dont les gens expliquent et font sens de leurs symptômes et de leurs maladies), car ils influencent leurs attentes et leurs stratégies d'adaptation. Les concepts culturels de l'individu influencent également la façon dont les gens vivent et expriment la souffrance, expliquent leur maladie ou leur malheur et recherchent de l'aide. Pour aider les Syriens, les intervenants en SMSP doivent développer leur connaissance de la culture et du contexte. La compréhension des modèles locaux de la maladie et des idiomes de détresse, de même que les sources de soutien et d'adaptation, et la manière dont ceux-ci changent à cause du conflit et du déplacement, permet une meilleure communication. Cette connaissance peut être utilisée pour développer des interventions qui mobilisent les forces individuelles et collectives ainsi que la résilience. De plus, les influences spécifiques du genre, de l'âge, des dysfonctions, de l'orientation sexuelle et des expériences de violence sur les difficultés psychosociales et de santé mentale et les stratégies d'ajustement des réfugiés syriens doivent être comprises et intégrées dans la pratique et les programmes de promotion de la santé.

Il est essentiel pour tous les acteurs de l'aide humanitaire d'utiliser une approche en SMSP et d'être conscients des effets de leurs actions et de leurs attitudes sur le bien-être des réfugiés et des personnes déplacées. Les professionnels de SMSP doivent éviter de surdiagnostiquer des troubles mentaux chez les Syriens déplacés, particulièrement parmi ceux qui font face à l'insécurité soulevée par des stresseurs quotidiens continus. En

général, les intervenants en SMSP devraient se garder de donner des étiquettes diagnostiques puisque celles-ci peuvent être particulièrement aliénantes et stigmatisantes pour les survivants d'injustice et de violence. Pour les cliniciens en santé mentale, bâtir une alliance thérapeutique solide avec leurs clients permet à tous deux, intervenant et client, de naviguer à travers différents modèles explicatifs et sources d'aide qui peuvent inclure les systèmes médicaux formels et informels ainsi que les ressources individuelles, familiales, religieuses et communautaires. Les interventions cliniques doivent être offertes conjointement à des interventions pour atténuer les conditions de vie difficiles et renforcer les mécanismes de protection de la communauté, dans le but d'aider les individus à regagner une forme de normalité dans leur quotidien. Les interventions visant à améliorer les conditions de vie et les moyens de subsistance peuvent contribuer considérablement à améliorer la santé mentale des réfugiés et des PDI, et ce, peut-être même davantage que ne le feraient des interventions psychologiques ou psychiatriques.

Un consensus existe au sein des diverses institutions à savoir que les services de SMSP doivent aller au-delà des services cliniques, afin d'inclure des interventions qui favorisent la résilience familiale et communautaire et qui renforcent les stratégies d'adaptation positives. Les interventions en SMSP doivent ainsi inclure des activités qui favorisent la cohésion sociale chez les populations déplacées et qui fournissent un soutien pratique et émotionnel. Il est essentiel que toutes les interventions en SMSP soient basées sur le respect mutuel et le dialogue et que les perspectives des réfugiés soient prises au sérieux. Enfin, en temps de violence extrême, les gens se tournent souvent vers les systèmes collectifs culturels de savoir, de valeurs et de stratégies d'ajustement pour faire sens de leur réalité devant l'adversité. Dans ce contexte, fournir des environnements culturellement sécuritaires favorisant un dialogue respectueux et un travail de collaboration est crucial pour aider les PDI et les réfugiés syriens dans leur construction de sens autour de leur souffrance et dans l'adoption de stratégies adaptatives pour composer avec leur situation.

Annexe A : Table 1 d'expressions et idiomes de détresse en arabe syrien et Table 2 d'expressions et idiomes de détresse en kurmanji Kurde.

Table 1 : expressions et idiomes de détresse communs en arabe syrien			
Termes ou phrases en arabe	**Transcription**	**Traduction littérale**	**Émotions, pensées et symptômes physiques pouvant être véhiculés par l'expression**
متضايق كتير هالفترة حاسس حالي متضايق ضايج نفسي مخنوقة	- Meddayyek ketir hal fatra - Haassess haalii meddayyek - Dayej - Nafsi makhnouka	- Je suis très énervé ces jours-ci - Je me sens énervé - À l'étroit - Mon âme suffoque	- Ruminations, fatigue, douleurs physiques, serrement à la poitrine, soupirs répétés - Sensations déplaisantes dans la poitrine, désespoir, ennui
حاسس روحي عم تطلع	- Hassess rouhi 'am tetla'	- Je sens mon âme me quitter	- Humeur dysphorique, tristesse - Incapacité à s'ajuster, ne plus supporter - Inquiétudes, pessimisme
قلبي مقبوض انعمى على قلبي	- Qalb maqboud - In'ama 'ala kalbi	- Le cœur serré - L'aveuglement a atteint mon coeur	-Dysphorie - Tristesse - Inquiétudes, pessimisme
-تعبان نفسياً -حاسس حالي تعبان -حالتي تعبانة تعبانةنفسيتي	- Taeban nafseyan - Hassess halii ta3ban - Halti taebaneh - Nafs ta'bana	- L'esprit/l'âme fatigué(e)	- Anxiété indifférenciée et symptômes dépressifs - Fatigue
-ما قادر اتحمل الضغط علي كتير- -مو قادر ركز من الضغط	- Ma ader athammel - El daght 'alayy ketiir - Mou kaader rakkezz men el doghoutaat	- Ne le supporte plus - La pression sur moi est trop forte - Ne peut me concentré à cause de la pression	- Sentiment d'être sous une pression ou un stress extrême - Sentiment d'impuissance

فرطت	- Faratit	- Je suis en morceaux	- État général de stress, tristesse, fatigue extrême, incapacité à s'ouvrir et à se contrôler ou se contenir
و الله مو شايف قدامي	- Wallah mou shayef oddaamii	- Dieu, je ne peux voir devant moi	- État général de stress, sentiment de perte de choix, incapacité à se projeter dans le futur - Confusion, désespoir
-حاسس الدنيا مسكرة بوشي - ما في شي عم يزبط معي	- Hases eddenia msakkra bwishi - Ma fi shi 'am yizbat ma'i	- Je sens le monde se refermer devant moi - Rien ne fonctionne comme je l'avais prévu	- Désespoir, impuissance, découragement
شو بدي احكي, الشكوة لغير الله مذلة...	- Sho baddi 'ehki… el shakwa le gher allah mazalleh -Al hamdullillah	- Que dois-je dire… c'est humiliant de se plaindre à quiconque autre que Dieu - Que Dieu soit loué	- Référence à la honte de demander de l'aide - Découragement, abandon
ما باعرف شو بدي أعمل بحالي	- Maa ba'ref shou beddi a'mel be halii	- Je ne sais pas ce que je vais faire de moi	- État général de détresse - Sentiment d'être irrité, énervé, découragé - Désespoir, perte d'options
متوتر	- Mitwatter	- Je me sens tendu	- Nervosité, tension
خيفان حاسس بالخوف مرعوب	- Khayfan - Hases bil khof Mar'oub	- J'ai peur - Je me sens apeuré - Terrifié, horrifié	- Peur, anxiété - Inquiétudes - Peur extrême
هبوط القلب	- Houbout el qalb	- chute du coeur	- réaction physiologique de peur soudaine
- نشلّيتا - ما في نتيجه	- Inshalit - mafi natija	- je suis paralysé - ce que je fais ne	- expression d'impuissance

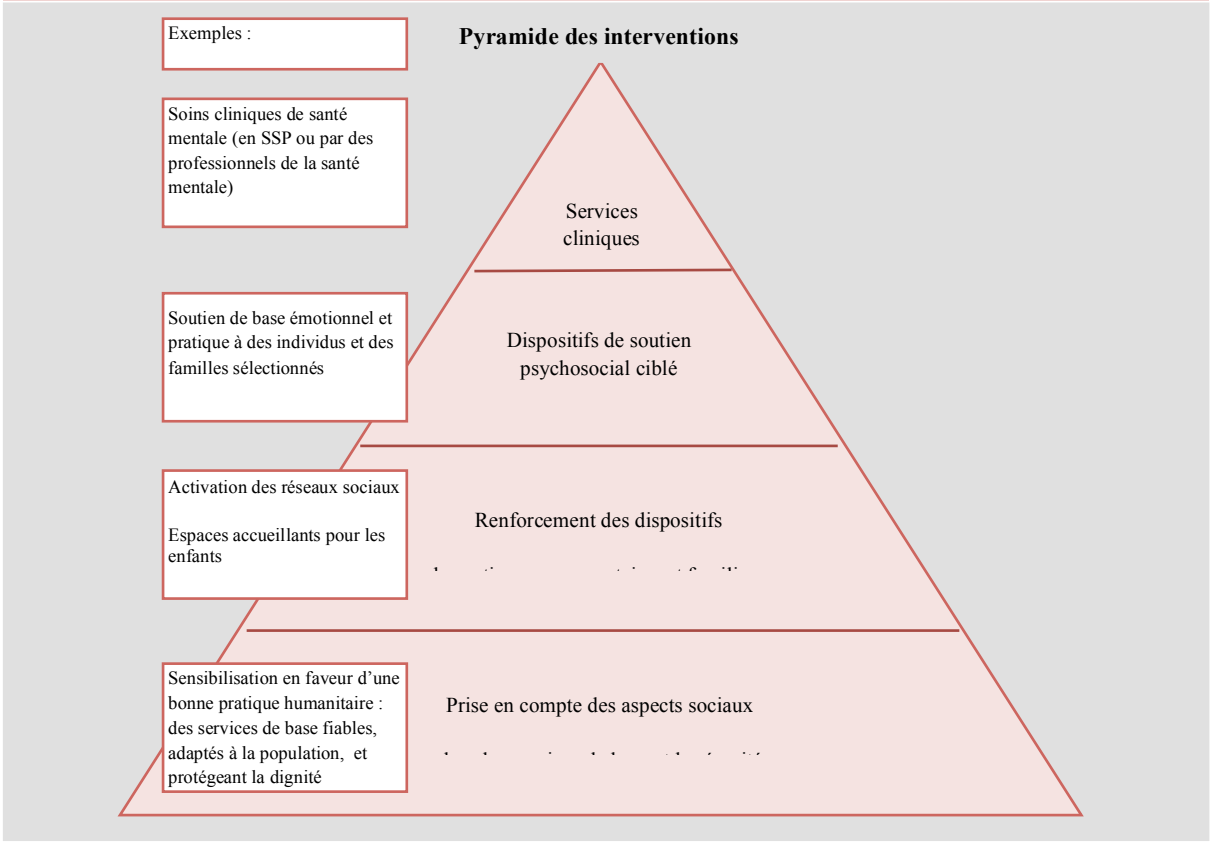
		donne pas de résultats, est sans issu	
العين بصيره و الإيد قصيره	- Al ayn bassira wal yadd kassira	- les yeux peuvent voir mais les mains ne peuvent pas toucher	- manque de ressources - difficultés économiques/pauvreté
مو قادر ركّز	- Mou aader rakkezz	- je n'arrive pas me concentrer	- symptômes cognitifs, incapacité à se concentrer
Sources : cette table est basée sur les suggestions d'intervenants en santé mentale arabophones, incluant Alaa Bairoutieh, Tayseer Hassoon, Ghayda Hassan, Maysaa Hassan, Hussam Jefee-Bahloul, and Mohamed el Shazli.			

Table 2 : expressions en kurde (dialecte kurmanji)		
Termes ou expressions kurdes	**Traductions littérales**	**Émotions, pensées et symptômes physiques pouvant être véhiculés par l'expression**
Bena mn tanga Nafasa mn tanga	- J'ai le souffle court	- Humeur basse
Chi béjim/ chi bikim vala ye	- Qu'est-ce que je suis sensé dire/faire sans résultat	- Découragement - Désespoir - Perte d'options
Dunia lber mn tari buya Dunya li ber chavé min resh búye	- Le monde s'est assombri devant moi - Le monde se referme devant moi	- Désespoir - Découragement - Impuissance - Dépression
Ez dihisim gu ezé bifetisim Béna min dichiki	- J'ai l'impression que je vais suffoquer	- Agitation - Perte d'options - Sentiment d'être coincé
Dil shikestime, Dilé min déshe	- Mon cœur est brisé - Mon cœur souffre	- Serrement à la poitrine - Douleur à la poitrine - Stress - Anxiété - Tristesse
Az taabima Nefsí/ westyame Pir westyame	- Je suis fatigué - Avoir l'esprit fatigué - Avoir l'âme fatiguée	- Découragement - Désespoir - Fatigue
Az nkarm bshughlm	- Je ne peux remplir mes tâches ni responsabilités	- Incapacité ou perte d'intérêt/motivation à accomplir des activités
Az galak dfkrm	- Je pense beaucoup	- Pensées ou inquiétudes

		excessives - Peuvent être associées à anxiété ou dépression
Lashe mn grana	- Mon corps est lourd	- Fatigue
Kharna mn tunaya	- Je n'ai plus d'appétit	- Perte d'appétit qui peut être associée au deuil, à l'anxiété, à l'inquiétude ou à la dépression
Az ghaidm Az qahrima Az ejzm	- Je suis triste - Je suis chagriné - Je me sens incapable ou incompétent	- Humeur basse - Tristesse - Incompétence - Sentiment d'injustice ou de défaite par des événements de vie injustes
Jisme mn sist dbit	- Mon corps se tend	- Spasmes dans le corps qui peuvent survenir dans le cas de crises épileptiques ou non
Tahamula mn kem buya Tahamula mn tunaya Nema tahmúl dikim Ez feritime	- Je sens que ma capacité à supporter les choses est réduite	- Stress excessif - Tendance à perdre facilement le contrôle de ses émotions - Difficulté à s'ajuster, à s'adapter au stress et à la pression
Ez nizanim chi bi seré xwe bikim	- Je ne sais pas ce que je vais faire de moi	- Détresse générale - État de confusion, perte d'options et déception
Source : cette table a été développée avec l'aide d'intervenants en santé mentale experts en langue kurde, soit Rawisht Rasheed, Aram Hasan and Naz Baban.		

Annexe B : La pyramide du CPI (IASC)

FIGURE .1 LA PYRAMIDE DU CPI (ADAPTEE AVEC AUTORISATION)



Annexe C: Documents de référence pour la programmation SMSP

- IASC-RG MHPSS, *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Camp Coordination and Camp Management Actors Know?* 2012, iASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support. Geneva.

- IASC-RG MHPSS, *Who is Where, When, doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes* (field test-version). 2012, iASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Geneva.

- *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. 2007, inter-Agency Standing Committee: Geneva.

- UNHCR, *A community-based approach in UNHCR operations* 2008, Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.

- UNHCR, *Age, Gender and Diversity Policy: Working with people and communities for equality and protection*. 2011, United Nations High Commissioner for Refugees: Geneva.

- UNHCR, *Operational Guidance for Mental Health and Psychosocial Support Programming in Refugee Operations*. 2013, Geneva: UNHCR.

- UNHCR, *Understanding Community-based Protection*. Protection Policy Paper. 2014, UNHCR, Division of international Protection: Geneva.

- UNICEF, *Inter-Agency Guide to the Evaluation of Psychosocial Programming in Emergencies*. 2011, New York: UNICEF.

- WHO & UNHCR, *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings*. 2012, Geneva: World Health Organization.

- WHO, Mental Health and Psychosocial Support for Conflict-related Sexual Violence*: principles and interventions* 2012, World Health Organization: Geneva.

- WHO & UNHCR, *mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies*. 2015, Geneva: World Health Organization.

- WHO, World Vision international & War Trauma Foundation, Psychological First Aid; Guide for field workers, 2011. Geneva, World Health Organisation.

Références

1. Inter-Agency Standing Committee. Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: IASC; 2007.
2. United Nations High Commissioner for Refugees. Operational guidance: mental health and psychosocial Support programming in refugee operations. Geneva: UNHCR; 2013.
3. United Nations High Commissioner for Refugees. Age, gender and diversity policy. Geneva: UNHCR; 2011.
4. Rousseau E. The construction of ethnoreligious identity groups in Syria: loyalties and tensions in the Syrian civil war; 2014. http://vc.bridgew.edu/ honors_proj/66
5. Chatty D. Dispossession and displacement in the modern Middle East. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
6. Bochi G. The production of difference: sociality, work and mobility in a community of Syrian Dom between Lebanon and Syria. London: London School of Economics and Political Science; 2007.
7. Greenshields TH. The settlement of Armenian refugees in Syria and Lebanon, 1915-39. In: Clarke IJ, Bowen-Jones H, eds. Change and Development in the Middle East. Abingdon: Routledge; 1981: 233-41.
8. Chatty D. The persistence of Bedouin identity and increasing political self-representation in Lebanon and Syria. Nomadic Peoples 2014; 18 (2): 16-33.
9. Dukhan H. Tribes and tribalism in the Syrian uprising. Syria Studies 2014; 6 (2): 1-28.
10. Heras NA, O'Leary CA. The tribal factor in Syria's rebellion: A survey of armed tribal groups in Syria. Terrorism Monitor 2013; 11 (13): 10-2.
11. Zurutuza K. Syrian Kurds find the language of freedom; 2012.
12. Blau J, Suleiman Y. Language and identity in Kurdistan: an historical overview. In: Suleiman Y, ed. Language and identity in the Middle East and North Africa. Abingdon: Routledge; 2013: 153-64.
13. The Syrian Observer, Damascus Bureau. Kurds learn their mother language in Qamishli. 14 March 2014. http://sobsrvr.com/HQIr1vUG.
14. van Wilgenburg W. New Syrian Kurdish media find their voices. Al-Monitor. 20 December 2013. http://almon.co/1xcr.
15. Doornbos H, Moussa J. The civil war within Syria's civil war. Foreign Policy. 28 August 2013, http://atfp.co/1lUd96K; .
16. Brock SP. An introduction to Syriac studies. Piscataway: Gorgias Press; 2006.
17. Migliorino N. (Re) constructing Armenia in Lebanon and Syria: Ethno-cultural diversity and the state in the aftermath of a refugee crisis. Oxford: Berghahn; 2008.
18. United Nations Human Rights Council. Report of the independent international commission of inquiry on the Syrian Arab Republic. November 2011. http://www.refworld.org/docid/4edde9d02. html;
19. Arab Reform Initiative. The impossible partition of Syria, October 2013. http://bit.ly/U9rVyz;
20. World Population Review, Syria population 2014, 19 October 2014, http://worldpopulationreview. com/countries/syria-population/;
21. Quosh C, Eloul L, Ajlani R. Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review. Intervention 2013; 11 (3): 276-94.
22. United Nations Relief and Work Agency for Palestinian Refugees in the Near East. Syria regional crisis response: January – December 2014. Amman, Jordan: UNRWA,

2014.
23. 3RP. Update Issue 1- 7 October 2014: United Nations Development Programme & United Nations High Commissioner for Refugees; 2014.
24. Duffett C. Fleeing Syria, Palestinians find little support from their brethren in Lebanon. The
Christian Science Monitor; 2013.
25. UN Women. 'We just keep silent' - Gender-based violence amongst Syrian refugees in the Kurdistan Region of Iraq; April 2014, http://shar.es/SJZje
26. United Nations High Commissioner for Refugees. Syrian refugees inter-agency regional update March 19th; 2015.
27. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. 2015 Syria response plan summary; 2014.
28. United Nations High Commissioner for Refugees. International protection considerations with regard to people fleeing the Syrian Arab Republic, Update III; October 2014.
29. Syrian Centre for Policy Research (SCPR). Syria: Alienation and violence; 2015. http://www.unrwa. org/sites/default/files/alienation_and_violence_ impact_of_the_syria_crisis_in_2014_eng.pdf.
30. Almoshmosh N. Psychiatric needs of Syrian refugees in Jordan. e-newsletter of the Royal College of Psychiatrists ; February 2013
31. IRIN. A timeline of Syria's closing borders. 8 January 2015. Retrieved from : http://newirin. irinnews.org/syrian-refigees-restructions-timeline.
32. United Nations High Commissioner for Refugees. Syria regional response plan (RRP6) annual report; 2014.
33. Norwegian Refugee Council. The consequences of limited legal status for Syrian refugees in Lebanon. NRC Lebanon field assessment part two: North, Bekaa and South: NRC; 2014.
34. United Nations High Commissioner for Refugees & REACH. Comparative analysis of Syrian refugees staying in and outside camps. Kurdistan region of Iraq; 2014. data.unhcr.org/ syrianrefugees/download.php?id=7039,
35. El Jazairi L. Overtaken by need: The world's failure to meet Syria's escalating humanitarian crisis: Oxfam International; 2013.
36. Becker D. The past, present and future of transnational conflict in Jordan: A study of Syrian refugees in the Hashemite Kingdom. Capstone Projects – Politics and Government; 2013.
37. International Medical Corps, UNICEF. Mental health / psychosocial and child protection for Syrian adolescent refugees in Jordan. Amman, Jordan: IMC & UNICEF; 2014.
38. Refaat M, Mohanna K. Syrian refugees in Lebanon: facts and solutions The Lancet 2013; 382 (763-764).
39. Mercy Corps. Mapping of host community – refugee tensions in Mafraq, Ramthha of North Jordan. Amman, Jordan: Mercy Corps; 2013.
40. Mercy Corps. Mapping of host communityrefugee tensions in Irbid, North Jordan. Amman, Jordan, Amman, Jordan: Mercy Corps; 2014.
41. Aoun M. A description and discussion of a possible adaptation of the peace deal workshop. Beirut: Thesis for executive Master in Psychosocial Support & Dialogue. IOM

and Lebanese University; 2014.
42. Development Management International. Rapid assessment of the impact of Syrian crisis on socio-economic situation in North and Bekaa. Beirut: DMI; 2012. data.unhcr.org/syrianrefugees/ download.php?id=957
43. Harb C, Saab R. Social Cohesion and Intergroup Relations: Syrian Refugees and Lebanese Nationals in the Bekaa and Akkar Beirut: Save the Children; 2014.
44. Harvard Field Study Group. Non-paper on the international response to the Syrian refugee crisis; 2014.
45. Sood A, Seferis L. Syrians contributing to Kurdish economic growth. Forced Migration Review 2014; 47 (14-16).
46. Boss P. Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief. Cambridge: Harvard University Press; 2000.
47. United Nations Human Rights Council. Without a trace: enforced disappearances in Syria, 19 December 2013. http://www.refworld.org/ docid/52b44c234.html.
48. Thorleifsson C. Coping strategies among selfsettled Syrians in Lebanon. Forced Migration Review 2014; 47 : 23.
49. Moussa I. Identity crisis in the Syrian society during the crisis. Beirut: Thesis for executive master in Psychosocial Support & Dialogue. IOM and Lebanese University; 2014.
50. Care Jordan. Syrian refugees in urban Jordan. Baseline assessment of community-identified vulnerabilities among Syrian refugees living in Irbid, Madaba, Mufraq, and Zarqa. Amman: Care Jordan; 2013.
51. Al Akash R, Boswall K. Listening to the voices of Syrian women refugees in Jordan: Ethnographies of displacement and emplacement. Refugee Voices Conference. Oxford University Refugee Studies Centre; 2014.
52. International Rescue Committee. Are we listening? Acting on our commitments to women and girls affected by the Syrian conflict. New York: IRC; 2014.
53. UN Women. Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage; 2013.
54. International Rescue Committee. Cross-sectoral assessment of Syrian refugees in urban areas of south and central Jordan. Amman: IRC;
2013. data.unhcr.org/syrianrefugees/download. php?id=2960.
55. El Masri R, Harvey C, Garwoo R. Changing gender roles among refugees in Lebanon. Beirut, Lebanon: ABAAD-Resource Center for Gender Equality and OXFAM; 2013.
56. International Medical Corps, Jordan Health Aid Society. Displaced Syrians in Jordan: A mental health and psychosocial information gathering exercise. Analysis and interpretations of findings. Amman, IMC and JHA; 2013.
57. Wells R, Steel Z, Abo-Hilal M, Hassan AH, Lawsin C. Psychosocial concerns reported by Syrian refugees living in Jordan: A systematic review of unpublished needs assessments. Sydney University Australia; 2014.
58. Wells R, Steel Z, Abo-Hilal M, Lawsin C. Community readiness to address the mental health outcomes of war and displacement among Syrian refugees living in Jordan. In preparation. Sydney University Australia. In preparation; 2014.
59. Pérez-Sales P. Assessment of trauma experiences, mental health and individual and community coping resources of refugee Syrian population displaced in North Bekaa

(Lebanon). France/ Spain; 2012.
60. Vukcevic M, Dobric J, Puric D. Psychological characteristics of asylumseekers from Syria. Survey of the mental health of asylumseekers in Serbia. Belgrade: UNHCR Serbia; 2014: 73-85.
61. de Jong JT, Komproe IH, van Ommeren M. Common mental disorders in postconflict settings. Lancet 2003; 361 (9375): 2128-30.
62. Mollica RF, Cardozo BL, Osofsky HJ, Raphael B, Ager A, Salama P. Mental health in complex emergencies. Lancet 2004; 364 (9450): 2058-67.
63. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Complicated grief in Bosnian refugees: Associations with posttraumatic stress disorder and depression. Comprehensive Psychiatry 2004; 45 (6): 475-82.
64. Acarturk C, Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T., EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial. European Journal of Psychotraumatology 2015; 6 : 27414.
65. World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for major humanitarian settings. Geneva: WHO; 2012.
66. Almoshmosh N. Highlighting the mental health needs of Syrian refugees. Intervention 2015; 13 (2): 178-81.
67. Bou Khalil R. Where all and nothing is about mental health: Beyond posttraumatic stress disorder for Displaced Syrians. American Journal of Psychiatry 2013; 170 (12): 1396-7.
68. Lama S, François K, Marwan Z, Sami R. Impact of the Syrian crisis on the hospitalization of Syrians in a psychiatric setting. Community Mental Health Journal 2015; E-published ahead of print.
69. Hijazi Z, Weissbecker I. Syria Crisis: Addressing regional mental health needs and gaps in the context of the Syria crisis. Washington: International Medical Corps; 2015.
70. World Health Organization. Syrian Arab Republic. Global status report on alcohol and health – 2014 edition. Geneva: WHO; 2014.
71. Berns J. Syrian refugee access to care study: medical service need among post-emergency Syrian refugees in Dohuk Governorate, Kurdistan Region, Iraq. Erbil: World Health Organization and Ministry of Health, Kurdistan Regional Government, Iraq; 2014.
72. Arslan MM, Zeren C, Celikel A, Ortanca I, Demirkiran S. Increased drug seizures in Hatay, Turkey related to civil war in Syria. International Journal of Drug Policy 2015; 26 (1): 116-8.
73. Rahim B-eE, Yagoub U, Mahfouz M, Solan YM, Alsanosi R. Abuse of selected psychoactive stimulants: overview and future research trends. Life Science Journal 2012; 9 (4): 2295-308.
74. Kalin S. War turns Syria into major amphetamines producer, consumer. Reuters; 13 Jan 2014, http:// ukreuterscom/article/2014/01/13/uk-syria-crisisdrugs-idUKBREA0B04K20140113.
75. Wells R, Wells, D., & Lawsin, C. Understanding psychological responses to trauma among refugees: The importance of measurement validity in cross-cultural settings. Journal and Proceedings of the Royal Society of New South Wales 2015; 148 (455/456).
76. Shoeb M, Weinstein H, Mollica R. The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a

cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. International Journal of Social Psychiatry 2007;53 (5): 447-63.
77. Makhoul J, Nakkash RT, El Hajj T, et al. Development and validation of the Arab youth mental health scale. Community Mental Health Journal 2011; 47 (3): 331-40.
78. Alsheikh M. Methods of coping with posttraumatic stress and their relationship with other variables: A comparative field study of children (ages 9 to 12) who were exposed to car accidents in the province of Damascus. Damascus University Journal 2011; 27 (3/4): 847-87.
79. Davey C, Heard R, Lennings C. Development of the Arabic versions of the Impact of Events Scale- Revised and the Posttraumatic Growth Inventory to assess trauma and growth in Middle Eastern refugees in Australia. Clinical Psychologist 2014; NA: doi:10.1111/cp.12043.
80. Patel V. Rethinking mental health care: bridging the credibility gap. Intervention 2014; 12 (S1), 15-20.
81. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and postconflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. Social Science & Medicine 2010; 70 (1): 7-16.
82. Miller KE, Rasmussen A. War experiences, daily stressors, and mental health five years on: Elaborations and future directions. Intervention 2014; 12 (S1): 33-42.
83. Rodin D, van Ommeren M. Commentary: Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. International journal of epidemiology 2009; 38 (4): 1045-8.
84. Jordans MJ, Semrau M, Thornicroft G, van Ommeren M. Role of current perceived needs in
explaining the association between past trauma exposure and distress in humanitarian settings in Jordan and Nepal. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2012; 201 (4): 276-81.
85. Budosan B. Mental Health and Psychosocial Report for Syrian Refugees in Kilis, Turkey. Unpublished report: Malteser International & International Blue Crescent; 2014.
86. International Medical Corps. Psychosocial assessment of displaced Syrians at the Lebanese- Syrian northern border Beirut: IMC; 2011.
87. Al Akash R, Boswall K. Listening to the voices of Syrian women refugees in Jordan: Ethnographies of Displacement and Emplacement. Intervention 2015; 13 : in press.
88. International Medical Corps, UNICEF. Displaced Syrians in Za'atari camp: Rapid mental health and psychosocial support assessment analysis and Interpretations of findings. Amman; 2012.
89. International Organization for Migration. Selfhelp booklet for men in crisis. Beirut, Lebanon: International Organization for Migration; 2015.
90. International Medical Corps. Mental health/ psychosocial and child protection assessment for Syrian refugee adolescents in Za'atari refugee camp. IMC Jordan; 2013.
91. UNICEF Lebanon, Save the Children. Education rapid needs assessment for displaced Syrian children in schools, communities and safe spaces; 2012.
92. Skinner M. The impact of displacement on disabled, injured and older Syrian refugees. Forced Migration Review 2014; 47 (23): 39-40.
93. United Nations High Commissioner for Refugees. Woman alone: The fight for survival by Syria's refugee women; 2014.

94. Salmeh S. Wives of missing husbands and the consequences of the traumatic event due to the Syrian crisis. Beirut: Thesis for executive master in Psychosocial Support & Dialogue. IOM and Lebanese University; 2014.
95. Seferis L. DRC experiences of cash assistance to non-camp refugees in Turkey and Lebanon. Field Exchange 2014; 48 : 141-4
data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7586.
96. MADRE, The International Women's Human Rights (IWHR) Clinic at the City University of New York (CUNY) School of Law, The Women's International League for Peace and Freedom
(WILPF). Seeking accountability and demanding change: A report on women's human rights violations in Syria before and during the conflict; 2014.
97. Sexual and Gender Based Violence Sub-Working Group Jordan. Syrian refugees in Jordan; 2014.
98. Global Protection Cluster. The hidden cost of war in Syria: Gender based violence; 2013.
99. United Nations High Commissioner for Refugees. Gender based violence. Echoes From Syria (Protection Sector) 2014; (3).
100. United Nations High Commissioner for Refugees. Syria. A year in review – 2013. http://www.unhcr.org/52eb7a7a9.pdf.
101. Middle East Monitor. Amidst Syrian refugees, domestic violence grows, 9 October 2013. http://shar.es/QAuqr.
102. International Rescue Committee. Syrian women & girls: Fleeing death, facing ongoing threats and humiliation. A gender based violence rapid assessment. Syria refugee populations. Beirut: IRC; 2012.
103. Masterson AR, Usta J, Gupta J, & Ettinger AS. Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. BMC Women's Health 2014; 14 (1): 25.
104. Human Rights Watch. Syria: Sexual assault in detention, 2012.
105. United Nations Human Rights Council. Report of the independent international commission of inquiry on the Syrian Arab Republic, A/ HRC/25/65 (12 February 2014), 2014.
106. United Nations General Assembly. Protection of and assistance to internally displaced persons: situation of internally displaced persons in the Syrian Arab Republic, 15 July 2013, A/67/931, para 61, http://www.refworld.org/docid/522f06964.html.
107. Parker S. Hidden crisis: violence against Syrian female refugees. Lancet 2015; 385 (9985): 2341-2.
108. United Nations Secretary General. Sexual violence in conflict: report of the Secretary-General, 14 March 2013, A/67/792 - S/2013/149,
http://www.refworld.org/docid/5167bd0f4.html.
109. United States Department of State. Syria country report on human rights practices for 2013. 7 February 2014, p. 35, http://www.state.gov/
documents/organization/220588.pdf.
110. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet 2008; 371 : 1165-72.

111. Usta J, Masterson AR. Women and health in refugee settings: The case of displaced Syrian women in Lebanon. In: Djamba YK, Kimuna SR, eds. Gender-based violence: Springer; 2015: 119- 43.
112. War Child Holland. Syria child rights situation analysis. Amsterdam; 2014, http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Syria ChildRIghts Situation Analysis.pdf.
113. Global Protection Cluster. Child protection priority issues and responses inside Syria, 1 February 2013, p. 13, http://mhpss.net/?get=152/1374219013-Desk-Review_summary-of-CP-needs-and-responses-in-Syria-FINAL.pdf.
114. United Nations Human Rights Council. Oral update of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic, 26 June 2012, A/HRC/20/CRP.1, para 83 and 88, http://www.refworld.org/docid/4febf9ae2.html.
115. Child Protection Working Group. Child protection assessment 2013, 19 September 2013, p. 15, http:// www.crin.org/docs/SCPA-FULL_Report-LIGHT.pdf, 2013.
116. Save the Children. Childhood under fire: The impact of two years of conflict in Syria, March 2013, http://www.refworld.org/docid/51403b572.html., 2013.
117. World Vision International. Our uncertain future, March 2014, http://www.wvi.org/syria-crisis/publication/our-uncertain-future.
118. Ouyang H. Syrian refugees and sexual violence. Lancet 2013; 381 (9884): 2165-6.
119. United Nations High Commissioner for Refugees. The future of Syria: Refugee Children in Crisis. Geneva: UNHCR; 2014.
120. Leigh K. Syria's Mental health crisis; 2014 http:// kristofblogsnytimescom/2014/08/01/syriasmentalhealth-crisis/?_r=0;
121. Shrestha NM, Sharma B, Van Ommeren M, et al. Impact of torture on refugees displaced within the developing world: symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. JAMA 1998; 280 : 443-8.
122. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2009; 302 (5): 537-49.
123. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. British Journal of Psychiatry 1998; 172 : 90-4.
124. El Sarraj E, Punamäki, R. L., Salmi, S., & Summerfield, D. . Experiences of torture and ill-treatment and posttraumatic stress disorder symptoms among Palestinian political prisoners. Journal of Traumatic Stress 1996; 9 : 595-606.
125. Syrian Arab Republic. Law No. 148 on the Syrian Penal Code, 1949 http://www.wipo.int/wipolex/en/text.jsp?file_id=243237.
126. Bobseine H. Out and down in Syria's civil war: Caught between the regime and Islamists, Syria's gay community just struggles to stay alive. Foreign Policy, December 4 ; 2013.
127. Smith HL. How jihadists are blackmailing, torturing, and killing gay Syrians. VICE, 12 November 2013, http://bitly/17snuEQ.
128. HelpAge, Handicap International. Hidden victims of the Syrian crisis: disabled, injured and older refugees. London/ Lyon: HelpAge International and Handicap

International; 2014.
129. Strong J, Varady C, Chahda N, Doocy S, Burnham G. Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon. Conflict & Health 2015; 9 : 12.
130. UNICEF, Syria 2014 Annual report. UNICEF New York; 2015.
131. International Medical Corps. Rapid gender and protection assessment report. Kobane Refugee Population, Suruç, Turkey; 2014. https://data. unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7318
132. James L, Sovcik A, Garoff F, Abassi R. The mental health of Syrian refugee children and adolescents. Forced Migration Review 2014; 47 : 42-4.
133. UNICEF. Recruitment and use of children – the need for response in Jordan. Presentation for Child Protection Sub-Working Group. 24 Nov 2014. data.unhcr.org/syrianrefugees/download. php?id=7547.
134. UNICEF. Syria Crisis: monthly humanitarian situation report. 12 June 2014. http://data.unhcr.org/syrianrefugees/partner.php?OrgId=50.
135. United Nations Security Council. Report of the Secretary-General on the implementation of Security Council resolution 2139. 22 May 2014, S/2014/365, Annex, p. 12, http://www.refworld.org/docid/53ac00ee4.html.
136. UNICEF. Infographic: Syria's children undersiege, May 2014. http://www.unicefusa.org/syriainfographic- under-siege.
137. United Nations High Commissioner for Refugees. Syria Crisis: Education interrupted, 2013. http:// www.refworld.org/docid/52aebbc04.html.
138. International Rescue Committee. The impact ofthe Syrian conflict on women and girls. Amman, Jordan: IRC, 2014.
139. Assessment Working Group for Northern Syria. Joint rapid assessment of northern Syria II (J-RANSII). Final Report; 2013.
140. Research Centre at La Sagesse University, ABAAD. Assessment of the impact GBV on male youth and boys among Syrian and Palestine refugees from Syria in Lebanon. Beirut: ABAAD Resource Center for Gender Equality; 2013.
141. Refugees International. Syrian Women & Girls: No safe refuge, 16 November 2012, http://www. refugeesinternational.org/policy/field-report/ syrian-women-girls-no-safe-refuge.
142. Jafaar M, Al-Ashtar MJA, Al-Ras W, Khayat R. The prevalence of psychological disorders among a sample of Syrian children refugees in Turkey. Unpublished research report; 2014.
143. Cartwright K, El-Khani, A., Subryan, A., & Calam, R. Establishing the feasibility of assessing the mental health of children displaced by the Syrian conflict Global Mental Health 2015; 2 : e8.
144. Mercy Corps. Advancing adolescence: Getting Syrian refugee and host-community adolescents back on track; 2014. https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=5366.
145. UN Women. Inter-agency assessment on genderbased violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage; 2013. data.unhcr.org/syrianrefugees/download. php?id=4351.

146. Kirmayer LJ, Bhugra D. Culture and mental illness: social context and explanatory models. In: Salloum IM, Mezzich JE, eds. Psychiatric diagnosis: patterns and prospects. New York: John Wiley & Sons; 2009: 29-37.
147. Al-Krenawi A, & Graham, J. R. . Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. Health & Social Work 2000; 25 (1): 9-22.
148. Kirmayer LJ. Psychotherapy and the cultural concept of the person. Transcultural Psychiatry
2007; 44 (2): 232-57.
149. Lim A, Hoek HW, Blom JD. The attribution of
psychotic symptoms to jinn in Islamic patients.
Transcultural Psychiatry 2015; 52, 18-32.
150. El-Islam F. The sociocultural boundaries of mental health. World Cultural Psychiatric Research Review 2006; 1 : 143-6.
151. Pridmore S, Pasha MI. Religion and spirituality: Psychiatry and Islam. Australasian Psychiatry 2004; 12 (4): 381-5.
152. Dols MW. Majnun: the madman in medieval Islamic society. London: Clarendon Press; 1992.
153. Izutsu T. God and man in the Qur'an. New York: Books for Libraries; 1980.
154. Mekki-Berrada A. L'Islam en anthropologie de la santé mentale: Théorie, ethnographie et clinique d'un regard alternatif. Münster-Hamburg-London- Wien: Lit Verlag, Études d'anthropologie sociale; 2010.
155. Sadr SM. Islam, humanity and human values. Al- Islam Journal 2011; 11 (4).
156. Hasoon T. Personal communication through email, Jan 2015.
157. Deuraseh N, Abu Talib M. Mental health in Islamic medical tradition International Medical Journal 2005; 4 : 76-9.
158. Ben Driss K. Le coeur comme subtilité divine: coeur malade et guérison spirituelle chez Abû
Hamid el Ghazâli. In: Mekki-Berrada A, ed. L'Islam en anthropologie de la santé mentale: Théorie, ethnographie et clinique d'un regard alternatif. Münster: Lit Verlag; 2010: 71-100.
159. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. Journal of Nervous and Mental Disease 1999; 187 (4): 200-7.
160. Miller KE, Omidian P, Rasmussen A, Yaqubi A, Daudzai H. Daily stressors, war experiences, and mental health in Afghanistan. Transcultural Psychiatry 2008; 45 (4): 611-38.
161. Jones L, Asare J, Elmasri M, Mohanraj A. Mental health in disaster settings. BMJ 2007; 335 (7622): 679-80.
162. Hasoon T. Reducing stigma on mental health in Syria: toward establishing an effective mental health strategy. IOM – Lebanese University; 2014.
163. Ashy MA. Health and illness from an Islamic perspective. Journal of Religion and Health 1999; 38 (3): 241-58.
164. Haque A. Psychology from Islamic perspective: Contributions of early Muslim scholars and challenges to contemporary Muslim psychologists. Journal of Religion and Health 2004; 43 : 357-77.
165. Daie N, Witztum E, Mark M, Rabinowitz S. The belief in the transmigration of

souls: psychotherapy of a Druze patient with severe anxiety reaction. British Journal of Medical Psychology 1992; 65 : 119-30.
166. Hitti PK. The origins of the Druze people and religion. London: Saqi; 2007 [1928].
167. Littlewood R. Social institutions and psychological explanations: Druze reincarnation as a therapeutic resource. British Journal of Medical Psychology 2001; 74 (2): 213-22.
168. El-Islam F, Abu-Dagga S. Lay explanations of symptoms of mental ill health in Kuwait. International Journal of Social Psychiatry 1992; 38 : 150-6.
169. El-Islam MF. Arabic cultural psychiatry.
Transcultural Psychiatry 1982; 19 (1): 5-24.
170. Sanua V. Psychosocial interventions in the Arab world: A review of folk treatment. Transcultural Psychiatric Research Review 1979; 16 : 205-8.
171. Sincich F. Bedouin traditional healers in the Syrian 'Badiya'. Bulletin d'Etudes Orientales 2003; 55 : 287-98.
172. Clarke M. Cough sweets and angels: the ordinary ethics of the extraordinary in Sufi practice in Lebanon Journal of the Royal Anthropological Institute 2014; 20 (3): 407-25.
173. West J. Psychotherapy in the Eastern Province of Saudi Arabia. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 1987; 24 : 105-7.
174. El-Islam F. Arab Culture and Mental Health Care. Transcultural Psychiatry 2008; 45 : 671-82.
175. Dein S, Illaiee AS. Jinn and mental health: looking at jinn possession in modern psychiatric practice. Psychatric Bulletin 2013; 37 (9): 290-3.
176. Abdullah JA. Rukyah and healing, 2011.
https://www.scribd.com/doc/70984995/Ruqyah-and-
Healing.
177. Mekki-Berrada A. Prolégomènes à une anthropologie de la santé mentale en terres d'islam. In: Mekki-Berrada A, ed. L'Islam en anthropologie de la santé mentale : Théorie, ethnographie et clinique d'un regard alternatif. Münster: Lit Verlag; 2010: 13-30.
178. Al-Krenawi A, Graham J. Social work and Koranic mental health healers. International Social Work 1999; 42: 53-65.
179. Ciftci A, Jones N, Corrigan P. Mental health stigma in the Muslim community. Journal of Muslim Mental Health 2013; 7 , 17-32
180. Gearing R, Schwalbe C, MacKenzie M, et al. Adaptation and translation of mental health interventions in Middle Eastern Arab countries: a systematic review of barriers to and strategies for effective treatment implementation. International Journal of Social Psychiatry 2013; 59 : 671-81.
181. DeMarinis V. Existential Meaning-Making and Ritualizing for Understanding Mental Health Function in Cultural Context. In: Westerink H, ed. Constructs of meaning and religious
transformation. Vienna: Vienna University Press; 2013: 207-21.
182. Panter-Brick C, Eggerman M. Understanding culture, resilience, and mental health: The production of hope. In: Ungar M, ed. The social ecology of resilience. New York: Springer; 2012: 369-86.
183. Khamis V. War, Religiosity, Ideology, and PTSD in the Middle East. In: Martin CR, Preedy VR, Patel VB, eds. Comprehensive guide to posttraumatic stress disorder:

Springer; 2015: 1-8.
184. Melville A, Rakotomalala S. After the guidelines: The challenge of implementation. Intervention
2008; 6 : 338-48.
185. Wessells M, van Ommeren M. Developing inter-agency guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Intervention 2008; 6 (3-4): 199-218.
186. IASC Reference Group for Mental health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Review of the implementation of the IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: IASC, 2015.
187. Mental Health and Psychosocial (MHPSS) Working Group Jordan. Guidelines on MHPSS Projects, 2014. data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=6916.
188. Rehberg K. Revisiting therapeutic governance: The politics of mental health and psychosocial programmes in humanitarian settings. Working paper 98. Oxford: Refugee Studies Centre, Oxford Department of International Development, 2014.
189. Kherallah M, Alahfez T, Sahloul Z, Eddin K, Jamil G. Health care in Syria before and during the crisis. Avicenna Journal of Medicine 2012; 2 : 51-3.
190. World Health Organization. Syrian Arab Republic
Country Profile. Mental Health Atlas. Geneva:
WHO; 2011.
191. Abou-Saleh M, Mobayad M. Mental health in Syria. International Psychiatry 2013; 10 (3): 58- 60.
192. Assalman I, Alkhalil M, Curtice M. Mental health in the Syrian Arab Republic. International Psychiatry ; 5 (3): 64-6.
193. Ismael M. Painting glass as a psychosocial intervention: reflections of a psychosocial refugee outreach volunteer in Damascus, Syria. Intervention 2013; 11 (3): 336-9.
194. Hassan M. Personal reflections on a psychosocial community outreach programme and centre in Damascus, Syria. Intervention 2013; 11 (3): 330-5.
195. Quosh C. Mental health, forced displacement and recovery: integrated mental health and
psychosocial support for urban refugees in Syria. Intervention 2013; 11 (3): 259-320.
196. Quosh C. Takamol: multi-professional capacity building in order to strengthen the psychosocial and mental health sector in response to refugee crises in Syria. Intervention 2011; 9 (3): 249-64.
197. Harrison S, Dahman R, Ismail M, et al. 'Against all odds': UNHCR's mental health and psychosocial support programme for Iraqi refugees and internally displaced Syrians. Intervention 2013; 11 : 190-4.
198. UNICEF. UNICEF's psychosocial support programming in Syria. UNICEF 2013. http://mhpss.net/?get=152/1376380182-20130704Annex1UNICEFPSS_syria_v3.2.pdf.
199. United Nations High Commissioner for Refugees. Mental health and psychosocial support. Echos from Syria (Protection Sector inside Syria) 2014; (5).
200. World Health Organization, Ministry of Health, International Medical Corps. Who is doing what, where and when (4Ws) in mental health & psychosocial support in Jordan: Interventions mapping exercise. Amman, Jordan: WHO; 2014
201. El Chammay R, Ammar W. Syrian crisis and mental health system reform in Lebanon. Lancet 2014; 384 (9942): 494.

202. Eloul L, Quosh C, Ajlani R, et al. Inter-agency coordination of mental health and psychosocial support for refugees and people displaced in Syria. Intervention 2013; 11 (3): 340-8. 203. El Chammay R, Kheir W, Alaouie H. Assessment of Mental Health and Psychosocial Services for Syrian refugees in Lebanon. Beirut: UNHCR; 2013.
204. Ventevogel P. Capitalization: Psychosocial services and training institute in Cairo (PSTIC). Unpublished: Terre des hommes, Lausanne; 2013.
205. Akoury-Dirani L, Sahakian TS, Hassan FY, Hajjar RV, Asmar KE. Psychological first aid training for Lebanese field workers in the emergency context of the Syrian refugees in Lebanon. Psychological Trauma ; E-published ahead of print, 2015. http:// dx.doi.org/10.1037/tra0000028
206. van Ommeren M, Hanna F, Weissbecker I, Ventevogel P. Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies. Eastern Mediterranean Health Journal 2015; in press.
207. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Syria: Humanitarian needs overview. Geneva, UNOCHA; 2013.
208. Médecins sans Frontières. Misery beyond the war zone: Life for Syrian refugees and displaced populations in Lebanon. MSF; 2013.
209. Gulland A. Syrian refugees in Lebanon find it hard to access healthcare, says charity. BMJ 2013; 346 : f869-f.
210. Sahlool Z, Sankri-Tarbichi AG, Kherallah M. Evaluation report of health care services at the Syrian refugee camps in Turkey. Avicenna Journal of Medicine 2012; 2 (2): 25-8.
211. Jefee-Bahloul H, Moustafa MK, Shebl FM, Arkil- Oteo A. Pilot assessment and survey of Syrian refugees' psychological stress and openness to referral for telepsychiatry. Telemedicine and e-Health 2014; 20 (10): 977-9.
212. Tribe R, Morrissey J. Good practice issues in working with interpreters in mental health. Intervention 2004; 2 (2): 129-42.
213. Holmgren H, Søndergaard H, Elklit A. Stress and coping in traumatised interpreters: A pilot study of refugee interpreters working for a humanitarian organisation. Intervention 2003; 1 (3): 22-8.
214. Bener A, Ghuloum S. Gender difference on patients' satisfaction and expectation towards mental health care. Nigerian Journal of Clinical Practice 2013; 16 : 285-91.
215. Douki S, Ben Zineb S, Nacef F, Halbreich U. Women's mental health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues. Journal of Affective Disorders 2007; 102 (1): 177-89.
216. Gregg GS. The Middle East: a cultural psychology. Oxford: Oxford University Press; 2005.
217. United Nations Human Rights Council. Report of the independent international commission ofinquiry on the Syrian Arab Republic, 16 August 2012, A/HRC/21/50, Annex IX, paras 2-3, http:// www.refworld.org/docid/503485d02.html.
218. United Nations Security Council. Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General, 13 March 2014, S/2014/181, para 55-57. http:// www.refworld.org/docid/53abe9114.html 2014.
219. International Rescue Committee. Syrian Women & Girls: Fleeing death, facing ongoing threats and humiliation. A gender based violence rapid assessment. IRC; 2012.
220. Al-Krenawi A, Graham JR, Dean YZ, Eltaiba N.

Cross-national study of attitudes towards seeking
professional help. International Journal of Social
Psychiatry 2005; 50 : 102-4.
221. Nasir LS, Abdul-Haq AK, editors. Caring for Arab patients. A biopsychosocial approach. Oxford: Radcliffe; 2008.
222. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. Transcultural Psychiatry 2012; 49 (2): 149-64.
223. Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Bäärnhielm S, et al. Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5. Psychiatry 2014; 77 (2): 130-54.
224. Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L, Hinton DE, L.J. K, editors. DSM-5 Handbook on the cultural formulation interview. Washington: American Psychiatric Association, 2015.