

ÉVALUATION DES BESOINS ET RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Vade-mecum pour les situations humanitaires



Organisation
mondiale de la Santé



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS :

Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : vade-mecum pour les situations humanitaires.

1.Services de santé mentale. 2.Troubles mentaux. 3.Soutien social. 4.Conflit (psychologie). 5.Coopération. 6.Urgences.
I.Organisation mondiale de la Santé. II.UNHCR.

ISBN 978 92 4 254853 2 (classification NLM : WM 30)

© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int).

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en (nom du pays)

Citation proposée : Organisation mondiale de la Santé et Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. *Évaluation des besoins et des ressources en santé mentale et soutien psychosocial : vade-mecum pour les situations humanitaires*. Genève : OMS, 2012.

Veuillez envoyer vos commentaires et questions au département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS (vanommenm@who.int) ou à la section Santé publique et VIH de l'UNHCR (hqphn@unhcr.org).

Photo de couverture : Kenya/UNHCR/B. Bannon/2011.

ÉVALUATION DES BESOINS ET RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Vade-mecum pour les situations humanitaires



**Organisation
mondiale de la Santé**



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Préface

Si les problèmes psychosociaux et de santé mentale sont fréquents dans toutes les communautés du monde, ils le sont beaucoup plus chez les personnes qui ont fait face à l'adversité, notamment chez celles qui ont été exposées à une crise humanitaire. La prise en charge de ces problèmes exige une connaissance exacte des besoins et des ressources. L'OMS et l'UNHCR reçoivent fréquemment des demandes de conseils émanant du terrain pour évaluer les problèmes psychosociaux et de santé mentale dans les situations humanitaires.

L'expression "santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)" sert à décrire un large éventail de mesures prises face à des problèmes sociaux, psychologiques ou psychiatriques qui préexistent ou sont induits par des situations d'urgence. Ces mesures sont appliquées dans des contextes très différents par des organismes et des personnes d'horizons professionnels différents, dans différents secteurs et avec différents types de ressources. Ces différents acteurs – et leurs donateurs – ont besoin d'évaluations pratiques qui déboucheraient sur des recommandations utilisables immédiatement pour améliorer la santé mentale et le bien-être des populations.

Bien qu'il existe toute une gamme d'outils d'évaluation, ce qui fait encore défaut c'est une approche globale précisant quand utiliser quel outil et pourquoi. Ce document propose une approche de l'évaluation qui devrait vous aider à analyser les informations déjà disponibles et à recueillir uniquement de nouvelles données ayant une utilité pratique, selon vos capacités et la phase de la crise humanitaire.

Ce document s'appuie sur les directives de deux documents : la publication *Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : Ce que les acteurs de santé humanitaire doivent savoir ?* du groupe de référence du CPI et le standard sur la santé mentale du manuel Sphère (Projet Sphère, 2011).

Le présent document s'adresse essentiellement aux acteurs de santé publique. Comme les déterminants sociaux des problèmes psychosociaux et de santé mentale s'observent dans tous les secteurs, la moitié des outils du vade-mecum connexe portent sur des questions d'évaluation de la SMSPS qui concernent le secteur de la santé ainsi que d'autres secteurs.

Ce document devrait vous permettre de recueillir les informations nécessaires pour proposer une aide plus efficace aux personnes touchées par des crises humanitaires.

Shekhar Saxena

Directeur
Département Santé Mentale
et abus de substances psychoactives
OMS, Genève

Steve Corliss

Directeur
Division de l'appui et
de la gestion des programmes
UNHCR, Genève

Remerciements

Ce projet conjoint de l'OMS et de l'UNHCR a été coordonné par Mark van Ommeren (département Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS). Les travaux ont été supervisés par Shekhar Saxena (directeur du département Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS) et Marian Schilperoord (chef de la section Santé publique et VIH, UNHCR).

Ce document a été rédigé par Wietse A. Tol (école de santé publique de l'Université Johns Hopkins) et Mark van Ommeren (OMS).

Nous sommes très reconnaissants à l'UNHCR d'avoir réalisé les premiers essais de certains outils de ce document.

Nous remercions les personnes suivantes qui ont procédé à un examen collégial ou à des essais d'un ou plusieurs des nouveaux outils de ce document : Jonathan Abrahams (OMS), Alastair Ager (Colombia University), Heni Anastasia (Christian World Services), Giuseppe Annunziata (OMS), Nancy Baron (Global Psycho-Social Initiative), Anja Baumann (OMS), Theresa Betancourt (Harvard University), Cecile Bizouerne (Action Contre le Faim), Paul Bolton (Johns Hopkins University), Maria Bray (Terre des Hommes), Jorge Castilla (European Community Humanitarian Office), Joseph Coyne (University of Pennsylvania), Nathalie Drew (WHO), Carolina Echeverri (UNHCR consultant), Tonka Elbs (CARE Austria), Rabih El Chammy (consultant), Richard Garfield (Colombia University), Rita Giacaman (Birzeit University), Jane Gilbert (consultant), Andre Griekspoor (WHO), Sarah Harrison (Church of Sweden), Lynne Jones (consultant), Mark Jordans (HealthNet TPO), Devora Kestel (WHO/PAHO), Albert Maramis (WHO), Anita Marini (WHO), Amanda Melville (UNICEF), Ken Miller (consultant), Matthijs Muijen (WHO), Bhava Nath Poudyal (consultant), Ruth O'Connell (UNICEF), Pau Perez-Sales (MdM-Spain), Sabine Rakotomalala (Terre des Hommes), Khalid Saeed (WHO), Benedetto Saraceno (Nova University of Lisbon), Norman Sartorius (Association for the Improvement of Mental Health Programmes), Alison Schafer (World Vision International), Maya Semrau (Institute of Psychiatry King's College London), Derrick Silove (University of New South Wales), Mike Slade (Institute of Psychiatry King's College London), Leslie Snider (War Trauma Foundation), Egbert Sondorp (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Renato Souza (International Committee of the Red Cross), Lindsay Stark (Colombia University), Emmanuel Strel (UNICEF), Marian Tankink (HealthNet TPO), Matthias Themel (European Commission), Graham Thornicroft (Institute of Psychiatry King's College London), Liv Torheim (FAFO), Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Kristian Wahlbeck (OMS), Inka Weissbecker (International Medical Corps), Michael Wessells (Colombia University), and Nana Wiedemann (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies).

Table des matières

Préface	3
Remerciements	4
Tableau d'identification des outils	7
1. Introduction	8
1.1 Comment utiliser ce vade-mecum ?	8
1.2 Qui doit utiliser ce vade-mecum ?	9
1.3 Comment ce vade-mecum a-t-il été développé ?	10
1.4 Culture et santé mentale	10
2. Présentation générale du processus d'évaluation	11
3. Méthodologie d'évaluation	14
3.1 Choisir les outils et les thèmes d'évaluation de ce vade-mecum	14
3.2 Estimer la prévalence des problèmes de santé mentale	17
3.3 Recueillir des données quantitatives et qualitatives	19
4. Transformer l'évaluation en actions	25
4.1 Rédiger un rapport avec des recommandations	25
4.2 Communiquer les recommandations	26
Outils 1 à 12 (pour les numéros de page, voir tableau de la page 7 ou dernière page)	29
Bibliographie	78



پاکستان میں صحت کی سہولتوں کو فروغ دینا

PHC

Tableau d'identification des outils

N° outil	Nom	Méthode	Pourquoi utiliser cet outil	Page
Pour la coordination et le plaidoyer				
1	Qui fait Quoi, Quand et Où (QQOO) dans la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) : résumé du manuel avec codes d'activité	Entretiens avec des administrateurs de programmes d'organisations	Pour la coordination, par le biais de la cartographie des aides psychosociales et de santé mentale disponibles	30
2	Outil OMS-UNHCR pour l'évaluation des symptômes graves dans les situations humanitaires	Enquête auprès d'une partie des ménages d'une communauté (échantillon représentatif)	Pour le plaidoyer, en montrant la prévalence des problèmes de santé mentale dans la communauté	34
3	Échelle des besoins ressentis dans les situations d'urgence humanitaire (HESPER)	Enquête auprès d'une partie des ménages d'une communauté (échantillon représentatif) Ou, exceptionnellement (dans les situations d'urgence majeure, grave), auprès d'un échantillon de commodité	Pour préparer l'action, par le biais de la collecte de données sur la fréquence des besoins psychologiques, sociaux et physiques ressentis dans la communauté	41
Pour la SMSPS via les services de santé				
4	Liste de contrôle pour les visites d'établissements dans les situations humanitaires	Visites d'inspection et entretiens avec le personnel et les patients	Pour la protection et la prise en charge des personnes institutionnalisées qui souffrent de handicaps mentaux ou neurologiques	42
5	Liste de contrôle pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires (SSP) dans les situations humanitaires	Visites d'inspection et entretiens avec des administrateurs de programmes de soins de santé primaires	Pour la planification d'une action de santé mentale dans les SSP	47
6	Composante neuropsychiatrique du système d'information sanitaire (SIS)	Épidémiologie clinique au moyen du SIS	Pour le plaidoyer et pour la planification et le suivi d'une action de santé mentale dans les SSP	53
7	Modèle pour évaluer les ressources formelles du système de santé mentale dans les situations humanitaires	Examen de documents et entretiens avec des responsables de services	Pour la planification d'un relèvement et d'une reconstruction (rapides), par le biais de la connaissance des ressources formelles du système national/régional de santé mentale	55
Pour la SMSPS via différents secteurs, notamment via le soutien communautaire				
8	Liste de contrôle pour obtenir des informations générales (non spécifiques à la SMSPS) des responsables sectoriels	Examen des documents disponibles	Pour résumer les informations générales (non spécifiques à la SMSPS) que l'on connaît déjà concernant l'urgence humanitaire actuelle (pour éviter de collecter des données sur des problèmes déjà connus)	59
9	Modèle pour l'analyse documentaire des informations préexistantes dans la région/le pays concernant la SMSPS	Revue de la littérature	Pour résumer les informations, que l'on connaissait déjà avant l'urgence humanitaire actuelle concernant la SMSPS dans cette région (pour éviter de collecter des données sur des problèmes déjà connus)	60
10	Évaluation participative : perceptions des membres ordinaires de la communauté	Entretiens avec des membres ordinaires de la communauté (liste libre accompagnée de questions complémentaires)	Pour connaître l'opinion locale sur les problèmes et la façon d'y faire face afin de mettre en œuvre une action SMSPS appropriée	63
11	Évaluation participative : perceptions des membres de la communauté ayant une connaissance approfondie de la communauté	Entretiens avec des groupes ou informateurs clés		70
12	Évaluation participative : perceptions des personnes gravement touchées	Entretiens avec des personnes gravement touchées (liste libre accompagnée de questions complémentaires)		74

Remarque : SMSPS signifie santé mentale et soutien psychosocial.

1. Introduction

1.1 COMMENT UTILISER CE VADE-MECUM ?

Ce document propose une approche et un vade-mecum destinés à aider ceux qui conçoivent et réalisent des évaluations des besoins et des ressources en santé mentale et soutien psychosocial dans les grandes crises humanitaires. Il peut s'agir notamment de grandes catastrophes naturelles ou anthropiques, ou d'urgences complexes telles que des conflits armés.

En général, ces évaluations visent à :

- permettre une compréhension générale de la situation humanitaire ;
- analyser les problèmes rencontrés par la population et sa capacité à y faire face ; et
- analyser les ressources disponibles afin de déterminer, en consultation avec les parties prenantes, la nature de l'action à mener.

Ces évaluations permettent également de commencer à engager les parties prenantes, notamment les gouvernements, les parties prenantes communautaires et les organisations nationales et internationales.

Les directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2007) suggèrent des thèmes à traiter dans les évaluations des problèmes psychosociaux et de santé mentale. Cependant, ces directives ne donnent aucune indication sur **la façon** de recueillir les données ou le type d'informations généralement demandées pour chaque intervention du secteur de la santé. Ce document – qui s'adresse essentiellement aux acteurs humanitaires du secteur de la santé - vise à combler ces lacunes.

Ce document s'appuie sur les directives de deux documents : la publication *Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : Ce que les acteurs de santé humanitaire doivent savoir (2010) du groupe de référence du CPI* et le standard sur la santé mentale du manuel Sphère (Projet Sphère, 2011).

À la page 7 (et la dernière page) de ce document, le tableau d'identification des outils montre les liens entre les outils de ce vade-mecum et les principales interventions recommandées au niveau du secteur de la santé dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS).

Au vu de l'étendue des thèmes d'évaluation, les évaluations nécessitent, dans la mesure du possible, des efforts coordonnés. La collaboration entre partenaires facilite grandement les évaluations. Pour des conseils sur les évaluations coordonnées, consultez les travaux du Groupe de travail sur l'évaluation des besoins du CPI (2011).

Il n'existe pas de méthode d'évaluation universelle. Ce document propose non pas des recettes mais un vade-mecum et une approche pour choisir les bons outils. Vous devez choisir des outils et les adapter à chaque projet d'évaluation et à la situation actuelle, suivant ce que vous attendez de l'évaluation.

Les objectifs de l'évaluation dépendent :

- des informations déjà disponibles ;
- de la phase de l'urgence ; et
- des capacités, des ressources et des intérêts de l'équipe d'évaluation.

L'approche proposée dans ce document – dans la lignée des recommandations interorganisations les plus récentes (Groupe de travail sur l'évaluation des besoins du CPI [2011], CPI [2012]) - englobe la collecte des données primaires (nouvelles données) et des données secondaires (données existantes).

1.2 À QUI S'ADRESSE CE VADE-MECUM ?

Si ce document s'adresse essentiellement aux organisations de santé publique, de nombreux outils d'évaluation présentés ici s'avèrent très utiles pour le personnel travaillant dans d'autres secteurs.

Les acteurs de santé peuvent travailler aux niveaux suivants du système de santé :

- au sein même de la communauté (par exemple, au domicile des personnes) ;
- dans les établissements de santé de premier ou de deuxième niveau (par exemple, les cliniques de soins de santé primaires, les polycliniques et les hôpitaux généraux) ; et
- dans les soins tertiaires (par exemple, les hôpitaux psychiatriques).

Comme les conditions sociales qui favorisent le développement des problèmes psychosociaux et de santé mentale s'observent dans tous les secteurs, près de la moitié des outils de ce document portent sur des questions d'évaluation de la SMSPS qui concernent le secteur de la santé ainsi que d'autres secteurs.

Ce document suppose que vous connaissez les concepts définis dans les directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial (2007). Bien que des explications soient données dans le texte, ce document suppose également que vous avez des connaissances de base sur les techniques d'évaluation, par exemple sur comment :

- réaliser, analyser et présenter les entretiens avec des groupes et les entretiens semi-directifs avec des informateurs clés ;
- réaliser, analyser et présenter les enquêtes ; et
- gérer la logistique et le budget d'une évaluation, former les personnes chargées de recueillir les données, etc.

La rigueur et la qualité de l'évaluation dépendent en grande partie des capacités de l'équipe d'évaluation et de son chef. Au minimum, les chefs des équipes d'évaluation doivent déjà avoir une expérience dans la conception, la réalisation, l'analyse et la présentation des méthodes d'évaluation quantitatives et qualitatives dans les situations humanitaires. Les membres des équipes doivent faire état d'une bonne connaissance :

- du contexte socioculturel dans lequel la crise humanitaire est survenue ; et
- des problèmes et programmes de santé mentale dans les situations humanitaires.

1.3. COMMENT CE VADE-MECUM A-T-IL ÉTÉ DÉVELOPPÉ ?

Ce vade-mecum est le résultat d'un processus itératif qui a consisté à consulter des experts, à organiser plusieurs séries d'examens collégiaux et à réaliser des essais pilotes d'outils. Son développement a commencé avec la liste des différents thèmes d'évaluation recommandés dans l'aide-mémoire sur l'évaluation des directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial. Ensuite, pour chacun de ces thèmes, les éventuelles questions (sur les répondants visés et les techniques d'évaluation définies) ont été résumées dans un grand tableau. Dans la mesure du possible, les questions et les outils déjà testés ont été indiqués dans ce tableau. Ensuite, pour chaque thème, les questions ont été regroupées par technique d'évaluation et type de répondant. Les questions inutiles et faisant doublon, ainsi que celles sans rapport apparent avec des interventions du secteur de la santé, ont été retirées. Les questions regroupées ont ensuite été transformées en outils d'évaluation ayant chacun un objectif explicite lié à l'une des interventions clés figurant dans le standard révisé sur la santé mentale du manuel Sphère 2011. Le groupe de référence du CPI pour la SMSPS a examiné différents outils d'évaluation couvrant plusieurs secteurs ([Outils 1, 9, 10, 11](#)), et en a par la suite adopté quatre.

1.4. CULTURE ET SANTÉ MENTALE

Les coordonnateurs des évaluations ont toujours du mal à trouver un équilibre entre :

- obtenir rapidement des informations pratiques (grâce, par exemple, à des évaluations rapides des principaux problèmes afin de commencer à fournir des services) ; et
- connaître la réalité socioculturelle et ses aspects les plus complexes (grâce, par exemple, à des évaluations ethnographiques approfondies).

Malheureusement, il n'y a pas de solution facile à ce problème.

Dans ce vade-mecum, les dimensions culturelles des soins sont traitées de plusieurs manières, avec notamment :

- un modèle adapté au contexte pour des revues de la littérature médicale et sociale pertinentes,
- des outils d'évaluation permettant de recueillir rapidement l'opinion des membres de la communauté locale et des autres parties prenantes quant à la santé mentale et au soutien psychosocial.

Il convient de garder à l'esprit qu'en général les outils de ce vade-mecum apportent des réponses rapides et superficielles à des questions complexes. Il est nécessaire de porter une réflexion critique sur les informations recueillies par le biais de ces outils, et de recueillir d'autres données si la situation évolue.

2. Présentation générale du processus d'évaluation

L'évaluation des besoins est un processus continu. La Figure 2.1 ci-après illustre ce processus et rappelle les différentes étapes de l'évaluation des besoins.

Avant tout, il est essentiel de coordonner les évaluations avec les parties prenantes concernées, notamment, le cas échéant, le gouvernement, les responsables sectoriels, les représentants du groupe cible et les autres acteurs humanitaires.

Les évaluations doivent être coordonnées (par exemple en répartissant les thèmes ou les régions géographiques entre les organisations humanitaires) pour plusieurs raisons, notamment :

- pour utiliser efficacement les ressources ;
- pour avoir une vision plus complète des besoins ;
- pour éviter de poser les mêmes questions aux participants.

Les organisations extérieures, quant à elles, devraient coordonner les évaluations avec les chercheurs locaux et se servir des capacités universitaires et gouvernementales existantes.

Il est fortement recommandé que les organisations qui prévoient de réaliser des évaluations coordonnées de la SMSPS appliquent les conseils opérationnels concernant les évaluations coordonnées des besoins délivrés par le Groupe de travail sur l'évaluation des besoins du CPI (2011).

L'approche de ce vade-mecum sur les besoins et les ressources en matière de santé mentale et de soutien psychosocial implique les quatre types suivants de collecte de données :

- revue de la littérature ([Outil 9](#)).
- collecte des informations existantes auprès des parties prenantes concernées, notamment le gouvernement (par exemple, [Outils 7](#) et [8](#)).
- collecte de nouvelles informations en ajoutant des questions sur les préoccupations psychosociales et de santé mentale aux évaluations concernant la protection, la nutrition, la santé générale et autres évaluations effectuées par des acteurs non spécialisés dans la SMSPS¹ (par exemple, ajout de l' [Outil 2](#) à ces évaluations).
- collecte de nouvelles informations sur les problèmes psychosociaux et de santé mentale par le biais d'évaluations spécifiques de la SMSPS comprenant, par exemple, des entretiens et des visites d'inspection, des enquêtes, et des entretiens avec des informateurs clés et des groupes (par exemple, [Outil 11](#)) afin de combler les lacunes en termes de connaissance.

¹ Dans l'idéal, l'intégration des questions appropriées dans les évaluations se fait lors de la préparation aux situations d'urgence, c'est-à-dire avant qu'elles ne se produisent.

FIGURE 2.1 **DIAGRAMME DE L'ÉVALUATION DES BESOINS**

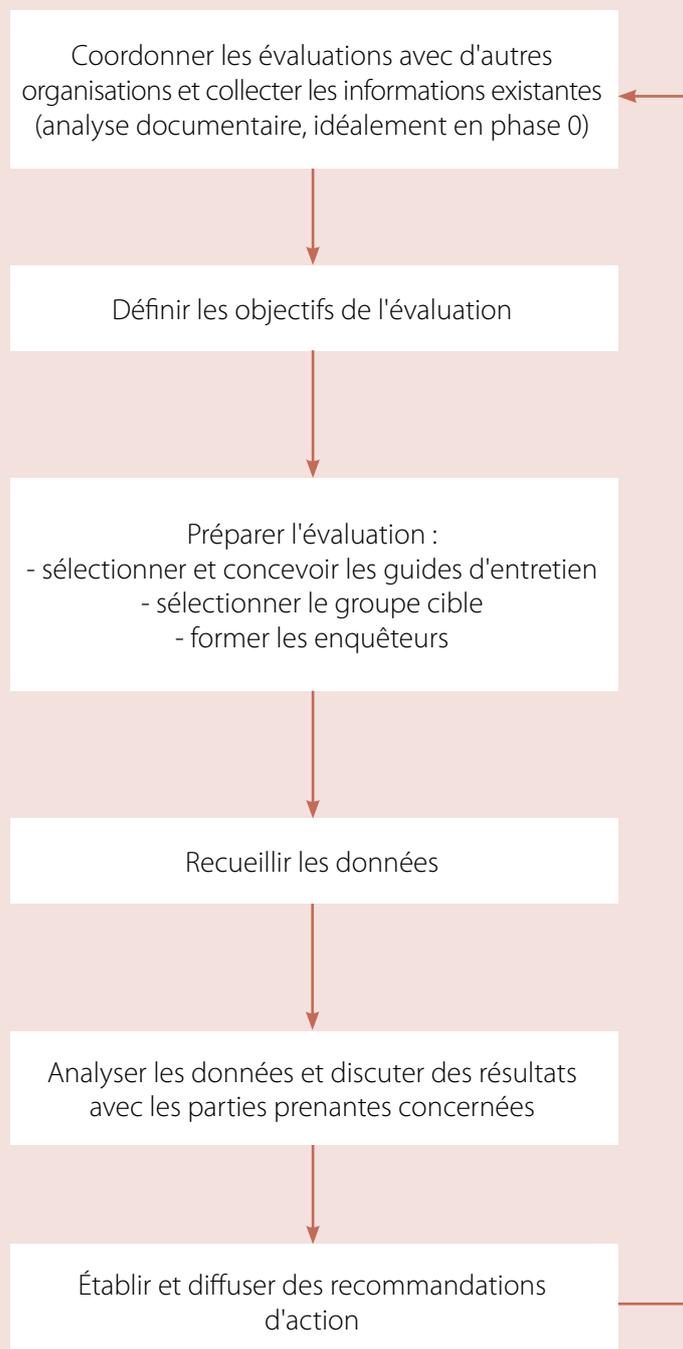


TABLEAU 2.1 PRINCIPES DE BONNE PRATIQUE POUR L'ÉVALUATION

1. Veillez à **coordonner les évaluations avec les parties prenantes concernées** (notamment, le cas échéant, les gouvernements, les ONG, les organisations communautaires et religieuses, les universités locales et les populations touchées) et à faire participer ces dernières à la conception de l'évaluation, à l'interprétation des résultats, et à la transformation de ces résultats en recommandations.
2. **Incluez les différentes catégories** de la population touchée, en prêtant attention aux enfants, aux jeunes, aux femmes, aux hommes, aux personnes âgées et aux différents groupes socio-économiques, religieux et culturels.
3. **Concevez** et analysez les évaluations en vous focalisant sur l'action plutôt que seulement sur la collecte d'informations. Collecter trop de données (c'est-à-dire tellement de données que vous ne pouvez pas toutes les analyser ou les utiliser de manière pertinente) conduit à un gaspillage des ressources et fait peser une charge inutile sur les personnes interrogées.
4. **Évitez les conflits**, par exemple en gardant votre impartialité et votre indépendance, en tenant compte des éventuelles tensions et en ne faisant pas courir de risques aux personnes avec vos questions.
5. Assurez-vous que la méthodologie d'évaluation et le comportement des membres de l'équipe d'évaluation sont adaptés à la **culture locale**.
6. **Évaluez les besoins et les ressources** pour augmenter la probabilité que l'action humanitaire bénéficie des aides et des ressources déjà en place.
7. Tenez compte des **principes éthiques**, notamment en respectant l'intimité et la confidentialité, et en vous fondant sur l'intérêt et sur la participation éclairée et volontaire du répondant (voir section 3.3 sur le consentement éclairé).
8. **Les équipes d'évaluation** doivent avoir bénéficié d'une formation sur les principes éthiques et les techniques d'entretien de base. Elles doivent connaître le contexte local et présenter un nombre égal d'hommes et de femmes. Certains membres de l'équipe doivent appartenir à la population locale (ou très bien la connaître). Ces équipes doivent connaître les services d'orientation-recours.
9. **Les méthodes de collecte de données** peuvent inclure des revues de la littérature, des entretiens avec des groupes, des entretiens avec des informateurs clés, des constatations et des visites d'inspection.
10. Les évaluations doivent être faites en **temps opportun** afin d'être adaptées à la phase de la crise humanitaire, avec ultérieurement des évaluations plus détaillées.

3. Méthodologie d'évaluation

3.1 CHOISIR LES OUTILS ET LES THÈMES D'ÉVALUATION DE CE VADE-MECUM

En général, les évaluations doivent se concentrer sur un certain nombre de thèmes et d'outils. Le tableau de la page 7 et de la dernière page de ce document donne une liste des principales interventions pouvant être réalisées par des organisations de santé dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial. Cette liste couvre toutes les interventions clés (sauf une) figurant dans le standard sur la santé mentale du manuel Sphère (Projet Sphère, 2011).² À chaque intervention clé mentionnée correspond un ou plusieurs outils d'évaluation de ce vade-mecum.

Lors du choix des outils de ce vade-mecum, il convient de garder à l'esprit ce qui suit :

- 1. Fixez-vous un cadre et des objectifs d'évaluation clairs.** Cela vous aidera à établir des priorités parmi les informations nécessaires et vous guidera dans le choix de vos outils.
- 2. N'oubliez pas que le temps presse et que les ressources sont limitées.** Ne faites pas peser une charge inutile sur les personnes touchées ; il est primordial de reprendre les informations déjà disponibles afin de réduire les thèmes pour les évaluations ultérieures. Il est inutile de recueillir deux fois les mêmes informations, sauf s'il existe un doute quant à l'actualité ou à la qualité des informations existantes. Ne recueillez que des informations pouvant servir aux interventions humanitaires.
- 3. Des informations approfondies sont rarement nécessaires pour tous les thèmes.** Les informations requises dépendent de la mission de l'organisation et de sa capacité à agir sur l'évaluation. Si les évaluations sont trop vastes, il est difficile de recueillir, d'analyser et de présenter des informations de qualité.
- 4. La collaboration est utile.** Lors des évaluations (coordonnées) interorganisations, les contraintes sont partagées entre les organisations. Il est recommandé d'opter pour ce type d'évaluations, car elles sont généralement plus crédibles et tendent à favoriser la collaboration dans le cadre de la planification (Groupe de travail sur l'évaluation des besoins du CPI, 2011). Les organisations peuvent séparer les thèmes et choisir des thèmes plus précis en fonction de leurs points forts.
- 5. La collecte d'informations provenant de différents types de sources offre une vue d'ensemble plus vaste** (cf. Groupe de travail sur l'évaluation des besoins du CPI, 2011). Ce vade-mecum comprend des outils pour les sources suivantes :
 - perceptions que les personnes interrogées ont d'elles-mêmes ([Outil 2, partie A](#); [Outil 12](#))
 - perceptions que les personnes interrogées ont des autres ([Outil 2, partie B](#), [Outils 10, 11](#))
 - perceptions que les personnes interrogées ont d'elles-mêmes et des autres ([Outil 3](#))
 - données du système d'information sanitaire ([Outil 6](#))
 - Services offerts par les organisations ([Outils 1, 4, 5, 7](#))
 - données secondaires sur l'ensemble de la région touchée ([Outils 8, 9](#))

2 La seule action clé du manuel Sphère à ne pas figurer dans ce vade-mecum est celle concernant l'alcoolisme et la toxicomanie, car l'évaluation de la consommation d'alcool et de drogue a déjà été couverte par une publication UNHCR/OMS (2008). Cette publication précédente complète donc ce vade-mecum.

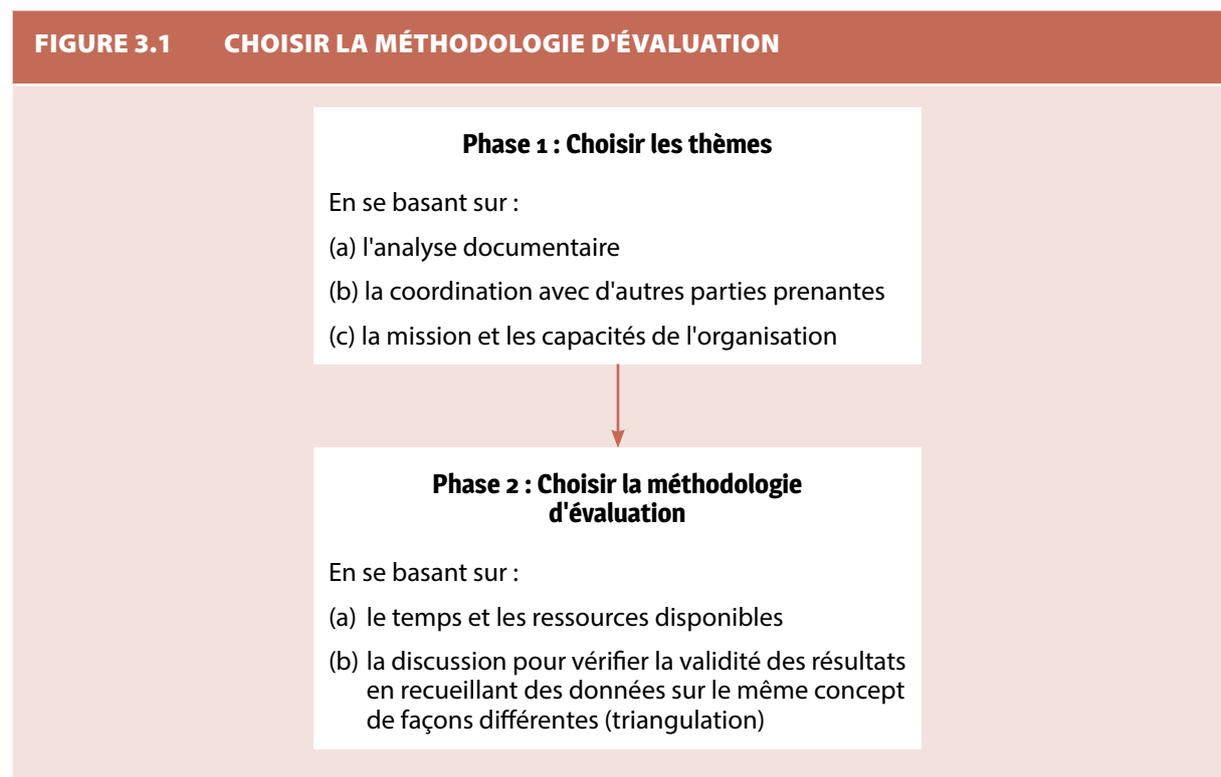
6. Évaluez la validité des informations recueillies. La méthodologie doit être choisie en fonction :

- des ressources disponibles (compétences, temps, fonds) ; et
- de la décision de vérifier la validité des résultats en recueillant des informations connexes de plusieurs façons (triangulation).

Par exemple, vous pouvez comparer les données provenant de l'analyse documentaire de la littérature avec les informations obtenues au cours d'une visite d'inspection et les réponses des communautés sur les besoins en soins.

Ce document propose parfois plusieurs méthodes pour évaluer un problème, et vous devez choisir les méthodes les plus appropriées et les plus viables pour vous. Vérifier les données primaires (nouvelles données) à l'aide des données secondaires (données existantes) est une forme de triangulation efficace.

La Figure 3.1 montre le processus de sélection de la méthodologie et des thèmes d'évaluation. La méthodologie et les thèmes choisis, vous pouvez estimer le temps et les ressources humaines nécessaires à votre évaluation. Vous pouvez adapter les outils choisis au contexte et au but de l'évaluation. L'évaluation effectuée par IMC en Libye en 2011 est un bon exemple d'adaptation et d'utilisation des outils de ce vade-mecum.



Il n'existe pas de relation stricte entre la phase d'une crise et l'utilisation d'outils d'évaluation spécifiques. Toutefois, les conseils suivants peuvent être donnés.

Au sein du système international d'action humanitaire, les organisations déclinent de plus en plus l'évaluation en quatre phases expliquées dans le Tableau 3.1.

TABLEAU 3.1 PHASES, DÉLAIS ET ATTENTION PORTÉE À LA SANTÉ MENTALE DANS LES ÉVALUATIONS DES CRISES MAJEURES SOUDAINES	
Phases avec exemples de délai à compter du début d'une crise majeure soudaine (selon les suggestions du Groupe de travail sur l'évaluation des besoins du CPI (2011)) ³	Utilisation des outils de ce vade-mecum
Phase 0 (avant la crise)	Effectuez une analyse documentaire (Outil 9) et identifiez les acteurs et les services disponibles (Outil 1). Si des ressources sont disponibles, effectuez une évaluation approfondie axée sur la santé mentale et le bien-être psychosocial dans le secteur de la santé (utilisez n'importe quel outil de ce vade-mecum).
Phase 1 (par exemple, les 72 premières heures d'une crise soudaine)	Réaliser ou mettez à jour une analyse documentaire (Outil 9). Examinez les projections sur les troubles mentaux fondées sur la connaissance des crises précédentes (par exemple, voir Tableau 3.2). Mettez en place une évaluation de la survie, de la protection et de la prise en charge des personnes institutionnalisées (Outil 4).
Phase 2 (par exemple, les deux premières semaines d'une crise soudaine)	Intégrez des questions sur les problèmes de santé mentale (par exemple, sur la prise en charge des personnes institutionnalisées) dans le cadre de toute évaluation multisectorielle initiale rapide (MIRA ; CPI, 2012) et pensez à utiliser l'échelle des besoins ressentis dans les situations d'urgence humanitaire (Outil 3) auprès d'un échantillon de commodité. Mettez en place des évaluations participatives afin de développer des actions en SMSPS (par exemple, Outils 10 à 12).
Phase 3 (par exemple, les semaines 3 et 4 après une crise soudaine)	Intégrez une sous-section sur les aspects sociaux et mentaux de la santé dans des évaluations de santé générale (par exemple, Outils 2, 4, 5, 6). Préparez une évaluation approfondie sur la santé mentale et le bien-être psychosocial (n'importe quel outil de ce vade-mecum).
Phase 4 (jusqu'à la fin)	Évaluez les ressources du système formel de santé mentale (Outil 7) afin d'orienter les activités de relèvement. Effectuez une évaluation approfondie axée sur la santé mentale et le bien-être psychosocial (n'importe quel outil de ce vade-mecum).

Pour ces quatre phases, notez les points suivants :

- Bien qu'imparfait, ce langage commun autour de l'ordre des phases et des tâches s'avère utile pour communiquer et collaborer dans le cadre de la planification.
- Les délais indiqués dans le Tableau 3.1 ci-après varient en fonction de l'ampleur et de la gravité des crises humanitaires, et de la capacité à y faire face.
- Vous devez réaliser, analyser et présenter rapidement toutes les évaluations des phases 1 à 3 pour qu'elles soient pertinentes, car la situation sur le terrain peut évoluer très vite.
- En général, la plus grande partie de l'aide humanitaire (notamment la majorité du soutien dans les urgences complexes) est fournie à la phase 4.

³ Les échéances proposées ne font l'objet d'aucun consensus ; elles ne s'appliquent qu'aux urgences soudaines. Chaque phase durera plus longtemps en cas d'évolution lente. La phase 3 peut également durer beaucoup plus longtemps (par exemple, jusqu'à la fin du 3e mois si l'urgence est particulièrement grave ou l'accès mauvais).

- De façon générale, la plupart des évaluations de santé mentale sont menées à la phase 4.
- Dans la mesure du possible, évitez les évaluations de santé mentale verticales (indépendantes) de la phase 1 à la phase 3. Incluez-les dans des évaluations multisectorielles ou du secteur de la santé.
- Si une zone n'est ouverte qu'après un plus long délai (par exemple, pour des raisons de sécurité), commencez l'évaluation à la phase 1.

La plupart des outils et des questions abordés dans ce document sont pour la phase 4. Cependant, vous pouvez appliquer ces outils lors des phases précédentes d'évaluations multisectorielles ou du secteur de la santé, en procédant comme suit :

- En général, vous pouvez poser des questions sur les besoins ressentis en utilisant l'échelle des besoins ressentis dans les situations d'urgence humanitaire⁴, [Outil 3](#)) auprès d'échantillons de commodité dès la phase 2. À ce jour, les questions de cette échelle constituent la base des questions utilisées pour recueillir des données primaires à la phase 2 de l'évaluation multisectorielle initiale rapide du CPI (MIRA ; CPI, 2012).⁵
- L'[Outil 4](#) (sur les établissements) s'applique au début de l'urgence, puisqu'une question clé est de savoir si la population des hôpitaux psychiatriques et autres établissements (maisons de retraite, orphelinats, prisons, etc.) a été oubliée ou abandonnée sans eau potable, nourriture, soins de santé physique ou protection contre la violence et les abus. La population des hôpitaux psychiatriques étant trop souvent oubliée, un plaidoyer s'impose pour s'assurer qu'une évaluation multisectorielle initiale rapide est aussi automatiquement faite dans les établissements.
- Vous pouvez ajouter des questions sur les symptômes de détresse grave (voir [Outil 2](#)) dans les enquêtes de population sur la santé générale (phase 3).
- Vous devez ajouter des catégories de santé mentale (voir [Outil 6](#)) dans le système d'information sanitaire (SIS) (phase 3).

3.2 ESTIMER LA PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les tentatives d'estimation de la prévalence de divers troubles mentaux sont courantes. Cependant, ce document ne couvre pas les enquêtes portant sur la prévalence des troubles mentaux (c'est-à-dire l'épidémiologie psychiatrique). Ces enquêtes peuvent être importantes pour le plaidoyer et la valeur universitaire qu'il revêt, mais, le plus souvent, elles sont peu utiles pour concevoir une action humanitaire. Il est aussi très difficile de mener ces enquêtes de manière pertinente dans les situations humanitaires. Les enquêtes sur les troubles mentaux dans les situations humanitaires doivent être accompagnées d'études validant l'outil utilisé pour dépister les troubles. La validation de cet outil permet d'établir une distinction pertinente entre troubles mentaux et détresse psychologique non pathologique (voir également CPI, 2007, page 45).⁶

Si vous devez faire une estimation rapide de la prévalence des troubles mentaux, vous pouvez utiliser les projections existantes de l'OMS afin d'avoir une idée générale des troubles mentaux dans les populations touchées par une crise (voir ci-après dans le Tableau 3.2). Cependant, vous devez être conscient qu'il ne s'agit là que d'estimations et que les taux observés varient considérablement selon le contexte et la méthode d'étude.

4 Tous les éléments de l'échelle des besoins ressentis dans les situations d'urgence humanitaire (HESPER, voir Outil 3) mesurent l'expérience *subjective* des individus et sont donc de nature psychosociale.

5 L'évaluation multisectorielle initiale rapide (MIRA, actuellement en cours d'élaboration) a pour vocation d'être l'outil intersectoriel standard utilisé par les clusters du CPI pour l'évaluation de la situation humanitaire dans les deux semaines suivant une urgence majeure soudaine.

6 Pour de plus amples renseignements sur cette question, consultez Bolton & Betancourt, 2004, Horwith, 2007, Rodin & Van Ommeren, 2009.

En général, il est important de noter les points suivants :

- On associe à des taux plus élevés de troubles mentaux à la fois (a) l'adversité (pertes et évènements potentiellement traumatisants) et (b) un climat d'insécurité peu favorable au relèvement (Steel et al, 2009).
- Des études de meilleure qualité (avec outils de diagnostic, échantillons aléatoires et échantillons de grande taille) mettent en évidence des taux inférieurs de troubles mentaux (Steel et al, 2009).⁷
- Les études qui ne tiennent pas compte de l'évaluation des répercussions cliniques ou de l'altération des fonctions mentales rapportent des taux de troubles beaucoup plus élevés (Breslau et al, 2007). C'est généralement le cas pour la majorité des études avec mesures auto-déclarées.

Bien qu'il ne couvre pas la mesure des troubles mentaux, ce vade-mecum couvre les enquêtes portant sur les symptômes graves de troubles de santé mentale. Les organisations cherchent souvent à connaître, suivre et présenter ces problèmes dans une population, et cela peut être fait assez rapidement sans évaluer les troubles mentaux (voir [Outil 2](#)). L'expérience acquise avec l'[Outil 2](#) prouve que l'on peut utiliser efficacement ces enquêtes pour plaider pour une attention plus grande à la santé mentale dans les situations humanitaires.

TABLEAU 3.2 PROJECTIONS DE L'OMS CONCERNANT LES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES POPULATIONS ADULTESⁱ		
	Avant la situation d'urgence : prévalence sur douze mois (prévalence médiane par pays et par niveau d'exposition à l'adversité)ⁱⁱ	Après la situation d'urgence : prévalence sur douze mois (prévalence médiane par pays et par niveau d'exposition à l'adversité)
Troubles sévères (par exemple, psychose, dépression sévère, forme particulièrement invalidante de trouble anxieux)	De 2 % à 3 %	De 3 % à 4 % ⁱⁱⁱ
Troubles mentaux légers ou modérés (par exemple, formes légères et modérées de dépression et de troubles anxieux, y compris ESPT léger et modéré)	10 %	De 15 % à 20 % ^{iv}
Détresse normale / autres réactions psychologiques (sans véritable pathologie)	Aucune estimation	Pourcentage important

Remarques : D'après l'OMS (2005). ESPT signifie État de Stress Post-Traumatique.

ⁱ Les taux observés varient selon la situation (par exemple, temps écoulé depuis l'urgence, facteurs socioculturels de l'affrontement des problèmes et du soutien social communautaire, exposition passée et actuelle aux catastrophes) et la méthode d'évaluation.

ⁱⁱ Les taux de référence sont les taux médians par pays observés dans l'Enquête sur la santé mentale dans le monde 2000.

ⁱⁱⁱ Ce n'est qu'une estimation qui part de l'hypothèse que les évènements traumatisants et les pertes pourraient contribuer à une rechute dans les troubles mentaux stabilisés, et pourraient également faire apparaître des formes très invalidantes de troubles anxieux et de l'humeur.

^{iv} Il est établi que les évènements traumatisants et les pertes augmentent le risque de dépression et de troubles anxieux, y compris l'état de stress post-traumatique.

⁷ Steel et al. (2009) La méta-analyse des études épidémiologiques les plus fiables (celles utilisant des échantillons aléatoires et des entretiens de diagnostic) parmi les populations touchées par des conflits a donné des taux de prévalence moyen de 15,4 % (30 études) et 17,3 % (26 études) pour, respectivement, l'état de stress post-traumatique (ESPT) et la dépression. Ces taux sont largement supérieurs à prévalence moyenne de 7,6 % (tout trouble anxieux, y compris le ESPT) et à celle de 5,3 % (tout trouble de l'humeur, y compris le trouble dépressif majeur) observées dans les 17 échantillons représentatifs nationaux participant à l'Enquête sur la santé mentale dans le monde.



3.3 RECUEILLIR DES DONNÉES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

3.3.1 Conseils généraux sur la collecte de données quantitatives et qualitatives

Vous trouverez ci-dessous des conseils généraux sur la collecte de données quantitatives et qualitatives.

1. Consentement éclairé : les évaluations représentent une charge importante pour ceux qui y participent. Elles prennent beaucoup de temps et d'énergie et peuvent rappeler les pertes subies, souvent dans des situations déjà difficiles. Il est très important que la participation aux évaluations se fonde sur le volontariat et que les participants comprennent ce que vous attendez d'eux. Lors d'une crise humanitaire, c'est souvent plus difficile, car les enquêteurs représentent souvent des organisations fournissant une aide. Il arrive que des personnes participent aux évaluations parce qu'elles comptent sur l'aide de ces organisations. Il est important que vous soyez totalement honnête avec les participants potentiels ; si vous n'êtes pas certain que l'évaluation mènera à des mesures concrètes, vous devez le dire clairement. Cette honnêteté implique de fournir l'aide promise. Les fausses promesses nuisent à la participation communautaire et à l'efficacité de l'aide humanitaire.

Pour en savoir plus

World Health Organization (2003). WHO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women. Geneva: WHO
<http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf>

2. Entretien : le lieu de déroulement de l'entretien peut avoir une grande influence sur les résultats. Vous devez vous assurer autant que possible que les participants peuvent parler sans être regardés, sans être interrompus par d'autres personnes, sans se voir rappeler ce qu'ils ont à faire, etc. Il est important de penser à la logistique du lieu de déroulement des entretiens, **avant** que l'équipe d'évaluation ne se rende sur place.

3. Langue : les participants peuvent discuter des problèmes psychosociaux et de santé mentale de multiples façons. Les troubles mentaux peuvent facilement être confondus avec des problèmes normaux, c'est-à-dire être malheureux ou bouleversé. Les langues locales peuvent disposer ou non de mots pour exprimer cette distinction (par exemple, en népalais, une distinction est faite entre le *man* (cœur-esprit) et le *dimaag*, (cerveau-esprit), les troubles du *man* étant moins stigmatisés). Un même mot peut prendre un sens différent selon les cultures. Par exemple, le mot anglais « bored » désigne la frustration dans certaines communautés d'Asie du Sud, et le mot *traumatisé* peut revêtir un sens différent selon la culture. Par ailleurs, des cultures différentes distingueront de manière différente les problèmes de santé mentale et les autres problèmes. Par exemple, les problèmes qui peuvent vous paraître intéressants du point de vue de la santé mentale peuvent être perçus comme des problèmes surnaturels par les participants (par exemple, entendre des voix maléfiques ou s'évanouir). Les mots utilisés dans le langage courant pour désigner les troubles mentaux sont parfois stigmatisants (par exemple, en français, « fou »). Vous devez choisir vos mots avec le plus grand soin afin de ne pas stigmatiser les participants. Il est essentiel que vous traduisiez soigneusement les termes techniques présents dans les outils d'entretien, sur la base de l'analyse documentaire ou d'entretiens préliminaires avec des informateurs clés.

4. Attitude : un aspect important des entretiens repose sur la manière dont l'enquêteur aborde les participants, et sur sa capacité à établir une relation de confiance et de complicité. Ce thème doit être inclus dans la formation de l'équipe d'évaluation, par exemple en réfléchissant avec tous les membres de l'équipe aux caractéristiques essentielles de la conduite d'entretiens sensibles. Ces caractéristiques-ci peuvent comprendre :

- des attitudes, par exemple : être à l'écoute ; être ouvert aux opinions des autres ; ne pas s'ériger en juge ; être curieux ; être flexible ; accepter de voyager et de travailler dans des endroits différents de façon irrégulière ; et
- des compétences, par exemple : écoute active ; capacité à instaurer une atmosphère de confiance ; compétences en matière de prise de notes ; capacité à suivre des instructions d'entretien ; acquisition d'expérience de la conduite d'entretiens au moyen de jeux de rôles ; et capacité à penser à des alternatives en cas d'imprévus.

Pour en savoir plus

Hardon, A. (2001). Applied Health Research. Amsterdam: het Spinhuis.
http://openlibrary.org/books/OL9106217M/Applied_Health_Research-Manual

5. Biais : le terme de biais renvoie à une influence systématique sur les informations qui n'était pas prévue. Par exemple, des personnes peuvent répondre de manière très négative à des questions sur leur façon de faire parce qu'elles pensent que cela peut leur permettre d'accéder à des services. Ou, des personnes peuvent cacher leurs émotions négatives parce qu'elles ne veulent pas paraître faibles aux yeux des autres. En outre, les questions posées peuvent être biaisées par l'enquêteur et influencer les réponses. Il est important que les équipes d'évaluation réfléchissent et rédigent un rapport sur la façon dont les réponses aux questions peuvent être biaisées.

6. Recueil de verbatim : bon nombre d'outils de ce vade-mecum demandent des informations spécifiques pouvant être recueillies mot pour mot, *c'est-à-dire*, des verbatim. Dans l'idéal, les données qualitatives doivent être recueillies telles quelles et, dans la plupart des situations d'entretien, il est possible pour ce faire d'utiliser des magnétophones. Cependant, dans les situations humanitaires, l'utilisation d'un magnétophone peut poser des problèmes de sécurité, ou n'est souvent tout simplement pas possible ou appropriée. Lorsqu'il est indispensable de recueillir et d'analyser rapidement les informations (par exemple, de la phase 1 à la phase 3), une bonne prise de notes représente une alternative intéressante à l'enregistrement sonore.

7. Stockage de données : les informations recueillies lors d'une évaluation (par exemple, les données sonores enregistrées, les transcriptions d'entretiens) constituent la base des recommandations concernant les interventions et représentent des efforts et des sacrifices importants de la part des participants. Traitez donc les données avec soin et respect. Veillez :

- à en garantir la sécurité (par exemple, vis-à-vis de l'armée ou des responsables de camps) ;
- à les maintenir propres (par exemple, dans des feuilles de plastique pour les protéger de l'humidité, de la nourriture, de la saleté) ;
- à les archiver systématiquement (par exemple, dans des boîtes numérotées) ; et
- à les rendre anonymes pour en garantir la confidentialité. À cet effet, les formulaires de données ne doivent contenir que les numéros des participants, la liste des numéros et des noms correspondants devant être mise en sécurité, sous la responsabilité du chef d'équipe.

3.3.2 Évaluations qualitatives

Certains des outils de ce vade-mecum permettent de recueillir des données qualitatives, via la réalisation d'une expertise rapide. Les sections suivantes ont pour but d'introduire très brièvement le thème de la collecte de données qualitatives. Pour plus d'informations, consultez les encadrés « Pour en savoir plus ».

3.3.2.1 Entretiens avec des informateurs clés

Les entretiens avec des informateurs clés (une technique qu'utilisent les [Outils 1, 4, 5, 9, 10, 11](#) et [12](#)) sont des entretiens avec des personnes considérées comme étant bien placées pour fournir les informations dont on a besoin. Par exemple, si l'on s'intéresse aux rites funéraires locaux, les responsables religieux peuvent être considérés comme des informateurs clés. Les entretiens avec des informateurs clés sont souvent accompagnés de plusieurs entretiens ouverts avec les mêmes personnes.

La réalisation d'entretiens avec des informateurs clés présente de nombreux avantages comme :

- la possibilité d'examiner des thèmes en profondeur en demandant aux informateurs clés de préciser certains points ou certaines explications à plusieurs reprises, en souplesse ;
- les informateurs clés peuvent fournir un accès facile à une multitude de connaissances ; et
- les informateurs clés aiment souvent partager leurs connaissances.

Le fait que les informations proviennent d'un groupe relativement restreint d'individus sélectionnés représente un obstacle à l'utilisation de ces informateurs. En outre, on ne peut pas présumer que les personnes choisies comme informateurs clés auront réellement une connaissance précise des problèmes évalués. Il n'est pas toujours facile de déterminer si l'opinion de ces individus est représentative de l'ensemble du groupe de personnes évaluées. Interroger des informateurs clés nécessite également de bonnes techniques d'entretien, qui ne sont pas toujours connues. Dans les situations d'urgence, la réalisation d'entretiens avec des informateurs clés se heurte à un obstacle majeur, à savoir que l'analyse des données narratives demande beaucoup de compétences et de temps.

Pour en savoir plus

- IASC (2012). Annex IV Key informant interviews. In The Multi Cluster/Sector Initial Rapid Assessment (MIRA) (provisional version) IASC. ochanet.unocha.org/p/Documents/mira_final_version2012.pdf
- Center for Substance Abuse Prevention's Northeast Center for the Application of Prevention Technologies (2004). Data Collection Methods: Getting Down to Basics: Key Informant Interviews. New York: Education Development Center <http://www.oasas.ny.gov/prevention/needs/documents/KeyInformantInterviews.pdf>
- Kumar, K. (1989) Conducting Key Informant Interviews in Developing Countries. Agency for International Development/. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaax226.pdf
- Varkevisser, C.M., Pathmanathan, I., Brownlee, A. (2003). Developing and Conducting Health Systems Research Projects. Volume II: Data Analysis and Report Writing. Amsterdam: KIT Publishers/ IDRC/ WHO AFRO http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=587

3.3.2.2 Entretiens avec des groupes

Les entretiens avec des groupes (une technique qu'utilise l'[Outil 11](#)) sont des réunions auxquelles il est demandé aux participants (souvent du même âge, sexe, niveau socio-professionnel, etc.) de répondre à des questions. Lorsque les participants sont invités à réagir aux propos d'autres participants et à développer leurs réponses respectives, il s'agit de groupes de discussion.

Les entretiens avec des groupes représentent une bonne façon de collecter les avis de la communauté et des différents sous-groupes sur les problèmes. Ils permettent également d'atteindre un plus grand nombre de personnes en même temps et de commencer à identifier la langue locale utilisée par ces personnes. Le groupe n'est pas censé dégager un consensus, puisque les enquêteurs cherchent à réunir tous les points de vue sur un thème.

L'un des principaux risques des entretiens avec des groupes est que quelques personnes du groupe dominant le débat (par exemple, celles qui ont une situation sociale plus élevée), obstruant ainsi les différents points de vue des membres du groupe. Lors de la réalisation d'entretiens avec des groupes, il est important :

- de limiter la taille du groupe à 8-12 participants ; et
- de constituer des groupes les plus homogènes (similaires) possible, notamment en termes d'âge et de sexe, afin que leurs membres soient plus susceptibles d'avoir la confiance nécessaire pour y participer activement.

En outre, animer un bon entretien avec des groupes nécessite une formation à la conduite d'entretiens et des compétences en animation de groupes. En règle générale, les entretiens avec des groupes sont réalisés par deux personnes : l'une pose des questions et dirige le débat, l'autre prend des notes.

Les entretiens avec des groupes ne se prêtent généralement pas aux questions très délicates, les individus pouvant se sentir mal à l'aise pour répondre honnêtement en public. Enfin, étant donné que des groupes différents peuvent apporter des réponses différentes aux questions, il est nécessaire d'organiser au moins deux entretiens avec des groupes pour pouvoir entendre tous les avis (saturation).

Pour en savoir plus

- Heary, C.M. & Hennessy, E. (2002). The use of focus groups in pediatric health research. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 47-57. <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/27/1/47>
- Wong, L.P. (2008). Focus Group Discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Medical Journal*, 49, 256-260. <http://smj.sma.org.sg/4903/4903me1.pdf>

3.3.2.3 Liste libre

La liste libre (une technique qu'utilisent les [Outils 10](#) et [12](#)) consiste à demander à un individu (souvent un membre ordinaire de la communauté) de donner autant de réponses que possible à une seule question. Par exemple, on peut demander aux répondants de dresser la liste des types de problèmes rencontrés ou des types de modes d'affrontement utilisés. On peut ensuite demander aux participants de classer leurs réponses par priorité ou par catégorie. Sur la base d'une liste libre, on peut choisir des problèmes (par exemple, des problèmes psychosociaux et de santé mentale) nécessitant une évaluation plus poussée moyennant d'autres types de méthodes d'évaluation (par exemple, des entretiens individuels ou en groupe). Il est généralement plus facile de demander aux participants d'examiner l'expérience acquise par d'autres (par exemple, des membres ordinaires de leur communauté) que leur propre expérience, surtout en groupe. La liste libre est souvent utile au début d'une évaluation pour obtenir un aperçu des types de problèmes et de ressources d'une communauté.

Le classement participatif (Ager, Stark & Potts, 2009) est semblable à la liste libre. Les participants, généralement en groupe, doivent dire de quels types de problèmes ils sentent la présence dans une situation humanitaire. Ils doivent ensuite trouver des objets représentant ces problèmes (par exemple, un verre de bière pour la consommation d'alcool, une pierre pour la violence domestique). Tous les objets sont alors alignés par ordre d'importance (classement). L'ensemble du processus peut alors être répété pour les ressources (par exemple, un livre pour les enseignants qui collaborent, une branche d'arbre pour les groupes de femmes). Cette méthode peut présenter des avantages pour l'évaluation de concepts relativement abstraits comme les problèmes psychosociaux et de santé mentale.

Le principal avantage des techniques de liste libre est qu'elles permettent de recueillir assez rapidement des informations sur des questions spécifiques, et qu'elles peuvent être utilisées avec toute sorte d'informateurs (par exemple, des jeunes, des hommes, des femmes, des personnes handicapées). L'analyse et la compilation des résultats se font aussi plus rapidement et facilement qu'avec des données narratives recueillies grâce à des questions ouvertes utilisées au cours de groupes de discussion ou d'entretiens avec des informateurs clés. Les inconvénients de ces méthodes tiennent au fait qu'elles fournissent généralement moins d'informations détaillées sur le contexte. Elles ont aussi pour inconvénient de dépendre largement de la formulation de la question, ce qui accroît le risque de passer à côté d'informations importantes. De plus, lorsqu'on applique ces techniques dans un groupe, les répondants peuvent biaiser leurs réponses en fonction de ce que les autres membres du groupe aimeraient entendre. Toutefois, ces techniques s'avèrent utiles dans les situations d'urgence grave, car elles peuvent apporter des informations utiles dans un intervalle de temps très court.

Pour en savoir plus

- Ager, A, Stark, L & Potts, A (2009) Participative Ranking Methodology: A Brief Guide (Version 1.1, February 2010). Program on Forced Migration & Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York.
- Public Health Action Support Team (2010). Qualitative methods. In Public Health Action Support Team. Public Health Textbook. London: Public Health Action Support Team <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1d-qualitative-methods>
- Applied Mental Health Research Group. (à paraître). *Design, implementation, monitoring, and evaluation of cross-cultural mental health and psychosocial assistance programs: a user's manual for researchers and program implementers*. Baltimore: Center for Refugee and Disaster Response, Johns Hopkins University School of Public Health

3.3.2.4 Décider du nombre de participants aux évaluations qualitatives

Les évaluations qualitatives consistent principalement à recueillir des données jusqu'à « saturation ». La saturation des données est atteinte lorsque les mêmes réponses sont données à plusieurs reprises. Par exemple, après quatorze entretiens semi-directifs, les deux ou trois derniers entretiens peuvent ne pas apporter de réponses nouvelles ou différentes. Lors de l'utilisation de techniques qualitatives, il n'est généralement pas possible de définir à l'avance le nombre de personnes requises. Toutefois, en pratique, il est difficile de planifier et de budgétiser des évaluations sans estimation du nombre d'entretiens que vous allez mener. Ces estimations sont données dans la présentation des outils.

3.3.2.5 Analyser des données qualitatives

Dans le cadre de la collecte de données qualitatives, il est généralement recommandé d'effectuer une analyse préliminaire des données en cours de collecte (par exemple, à la fin de chaque session de collecte de données) afin de dégager de premières pistes et de renforcer le plan de collecte de données en conséquence (par exemple, en comblant les lacunes en termes de connaissance de groupes spécifiques de participants, ou en changeant le type de questions). Les chefs des équipes d'évaluation doivent analyser au moins quelques données pendant la collecte, pour surveiller la qualité de la collecte et la nature des données recueillies. Le meilleur moyen d'y parvenir peut être d'organiser des réunions quotidiennes avec l'équipe d'évaluation ou de faire systématiquement un débriefing technique avec les enquêteurs locaux à la fin des enquêtes. Ces réunions doivent également permettre de surveiller le bien-être du personnel d'évaluation travaillant dans des circonstances difficiles. Lors de ces réunions, les thèmes généraux tirés des entretiens peuvent être abordés, et les plans de collecte de données révisés en conséquence.

Il existe de nombreuses façons d'analyser des données qualitatives. Celles-ci vont des longues analyses pointues visant à développer des théories sur des phénomènes sociaux aux simples regroupement et classement des questions. Dans les situations humanitaires, il convient souvent de regrouper et de classer les questions. Par exemple, l'analyste lit le texte et identifie des thèmes. Toutes les réponses sont ensuite relues pour classer le texte selon les thèmes retenus. Dans l'idéal, cette opération doit être effectuée par deux analystes indépendants qui compareront les résultats pour réduire le risque de biais.

Pour ce qui est de la triangulation, il n'est pas exclu que les données de sources différentes sur un même thème puissent être incohérentes. Ces incohérences feront l'objet de rapports et de discussions.

4. Transformer l'évaluation en actions

4.1 RÉDIGER UN RAPPORT AVEC DES RECOMMANDATIONS

L'objectif principal d'une évaluation est de proposer des recommandations concernant les interventions. En règle générale, plus une recommandation est précise, plus elle est utile.

Les recommandations concernant les activités humanitaires doivent préciser :

- à qui s'adresse la recommandation ;
- le groupe cible ;
- le problème ciblé ;
- l'intervention suggérée, ou comment l'intervention peut être développée avec la population cible ; et
- des liens vers des conseils pertinents (par exemple, en spécifiant un aide-mémoire des directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial).

Si les recommandations sont nombreuses, classez-les par ordre de priorité. Le rapport doit indiquer que les actions doivent être menées au regard de cet ordre de classement.

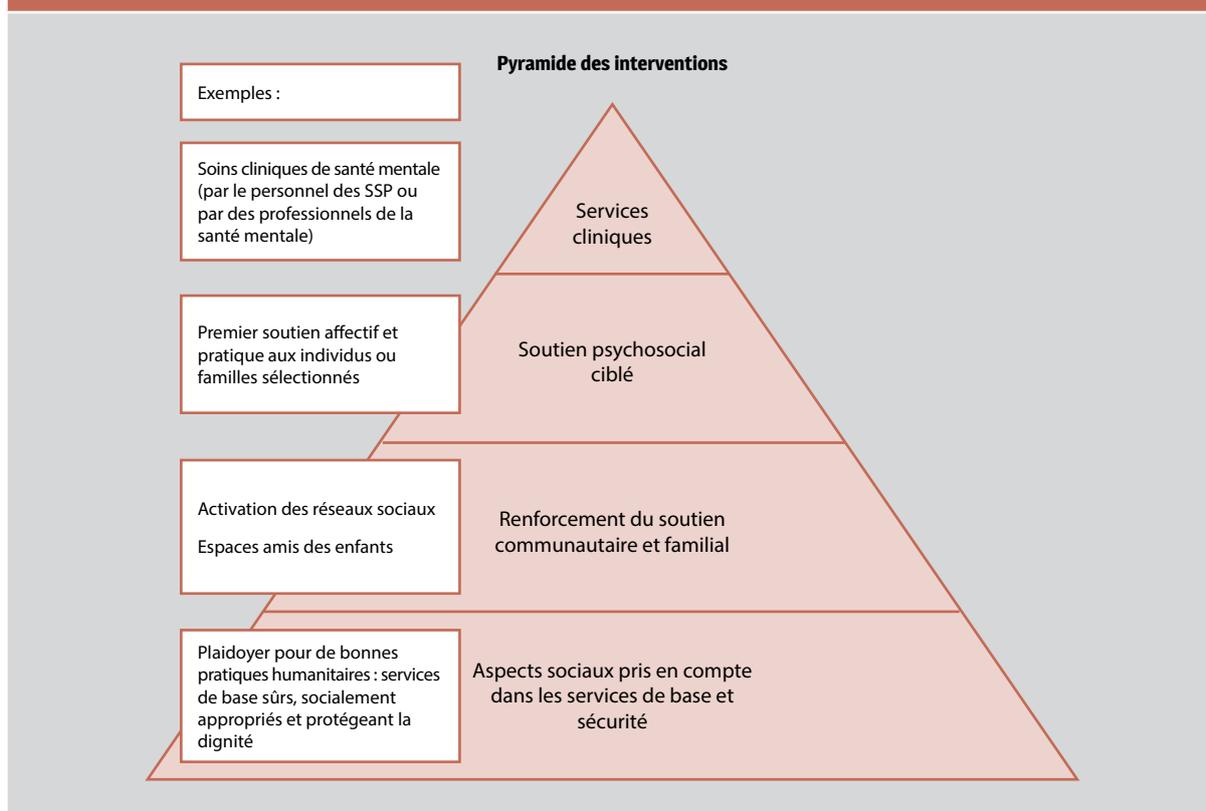
Le rapport doit préciser quelles sont les recommandations à court terme (c'est-à-dire à suivre dès à présent) et celles à long terme. Dans la mesure du possible, vous discuterez des pistes de recommandations avec le groupe cible avant de coucher ces dernières sur papier.

Les directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial recommandent d'inclure la SMSPS dans un système de soins à plusieurs niveaux. Il s'avère souvent utile de croiser les recommandations de référence avec les quatre étages de la pyramide du CPI (pour consulter un exemple : rapport d'évaluation de Healthnet TPO sur l'Afghanistan (2009)).



Sri Lanka/OMS/A. Waak/ 2005

FIGURE 4.1 LA PYRAMIDE DU CPI (ADAPTÉE, AVEC L'AUTORISATION DE CE DERNIER)



4.2 COMMUNIQUER LES RECOMMANDATIONS

Afin de tirer le meilleur parti de toute évaluation, les recommandations émises doivent être partagées avec les parties prenantes concernées : le gouvernement, les individus ciblés par les programmes, les communautés locales et d'autres acteurs des secteurs de la santé et humanitaire. Si les résultats de l'évaluation ne sont pas communiqués aux communautés, les personnes concernées risquent de se sentir exploitées. Les recommandations peuvent être partagées avec les parties prenantes en organisant des réunions pour discuter des principaux constats.

Tous les rapports d'évaluation doivent comprendre un résumé en langage clair et courant afin que les parties prenantes puissent comprendre les principaux constats ainsi que les restrictions et les recommandations découlant de l'évaluation. Si possible, l'évaluation sera accompagnée d'une courte présentation PowerPoint de ce résumé en langage clair.

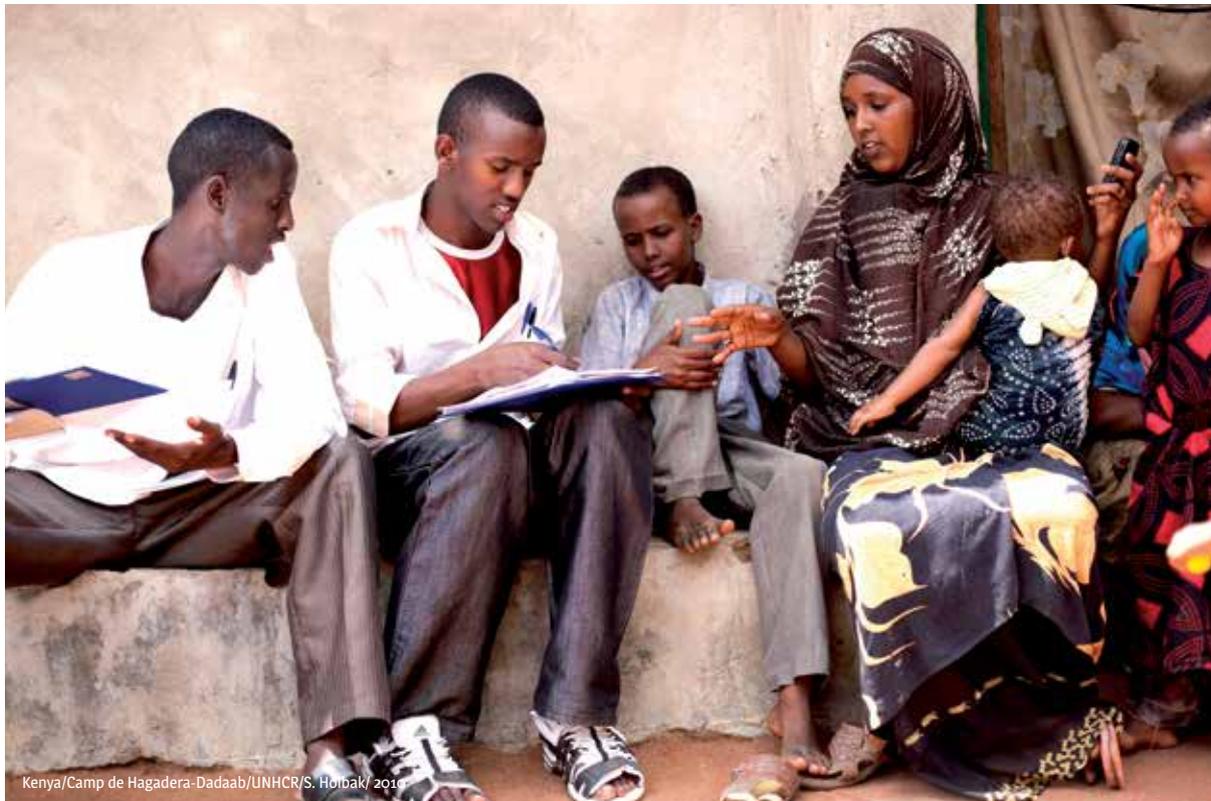
La diffusion du rapport d'évaluation auprès des parties prenantes concernées est essentielle pour entreprendre une action humanitaire adaptée aux meilleures informations disponibles ; il s'agit d'optimiser l'impact positif de l'action tout en réduisant le risque de préjudice involontaire.

Il est donc recommandé aux organisations de rendre leurs résultats publics, en tenant compte des points suivants.

1. Les risques de sécurité. Les risques de sécurité peuvent se produire lorsque le rapport d'évaluation identifie des informations pouvant porter préjudice à des individus. Cette situation se produira plus vraisemblablement dans les évaluations portant sur les questions de protection. Par exemple, pendant

les entretiens avec des informateurs clés, les participants peuvent rapporter des informations sur des violations des droits de l'homme contre leur groupe religieux ou ethnique. Dans ce cas, vous devez communiquer ces informations aux organismes de protection fiables concernés et vous ne devez pas les intégrer dans le rapport public général.

- 2. Concurrence entre les organisations.** La concurrence entre les organisations pour récolter des fonds ne doit **pas** empêcher la diffusion des principaux résultats et recommandations. Les organisations doivent être en mesure d'utiliser les rapports d'évaluation des autres organisations, en mentionnant celle ayant collecté les informations.
- 3. Informations sensibles.** Une évaluation peut révéler que certaines organisations nationales ou internationales apportent des services et un soutien défectueux. Il sera décidé au cas par cas de rendre publique cette information. Dans tous les cas, cette information sera communiquée de façon constructive à l'agence concernée. Tous les autres résultats de l'évaluation seront intégrés au rapport général d'évaluation des besoins en SMSPS qui sera rendu public.
- 4. Publication universitaire.** Parfois, les journaux universitaires n'autorisent pas la publication de rapports d'évaluation qui ont déjà été diffusés largement (par exemple par une publication sur un site Internet). Toutefois, cela ne constitue **pas** une raison valable de reporter la diffusion d'au moins une version du rapport en langage simple avec les principaux résultats et recommandations.





OUTILS D'ÉVALUATION

OUTIL 1

QUI FAIT QUOI, QUAND ET OÙ (QQQO) DANS LA SANTÉ MENTALE ET LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMSPS) : RÉSUMÉ DU MANUEL AVEC CODES D'ACTIVITÉ⁸



Pourquoi utiliser cet outil : Pour la coordination, par le biais de la cartographie des aides psychosociales et de santé mentale disponibles

Méthode : Entretiens avec des administrateurs de programmes d'organisations

Durée requise : Selon l'ampleur de la crise, environ deux semaines dans un premier temps (mises à jour régulières requises)

Ressources humaines requises : Deux personnes

Contexte

- L'outil Qui fait Quoi, Quand et Où (QQQO) pour la SMSPS sert à :
 - (a) offrir une vaste vue d'ensemble de l'ampleur et de la nature de l'action menée ;
 - (b) identifier les lacunes dans les réponses en cours afin de permettre des actions coordonnées ;
 - (c) favoriser le système d'orientation-recours en mettant à disposition des informations sur qui fait quoi et où ;
 - (d) préparer les procédures d'appel (par exemple, la procédure d'appel global) ;
 - (e) améliorer la transparence et la légitimité de la SMSPS au travers de documents structurés ;
 - (f) améliorer les possibilités de révision de pratiques et de détermination des enseignements à tirer pour l'avenir.
- Cet outil est un système de données informatiques permettant d'établir une cartographie des activités SMSPS de tous les secteurs dans les situations humanitaires.
- Bien souvent, les gens n'arrivent pas à recueillir des données. Recueillir des données auprès des différentes organisations nécessite d'avoir de l'influence, et ce sont les organisations (gouvernement, Nations unies ou ONG) qui y parviennent le plus aisément, en assumant des fonctions de coordination.
- Les données sont recueillies au moyen d'une feuille de calcul Excel. Ce fichier doit être complété par chaque organisme participant à l'exercice QQQO. Les parties à compléter sont indiquées dans le Tableau 1. Cette feuille renvoie aux codes d'activité SMSPS détaillés dans le Tableau 2.
- La relation entre les codes d'activité du Tableau 2 et les aide-mémoire et la pyramide des directives du CPI est présentée dans une annexe du manuel qui accompagne l'outil QQQO.
- Avant d'utiliser l'outil, lisez attentivement l'intégralité du manuel. Ce dernier présente les étapes suggérées pour appliquer l'outil QQQO dans la SMSPS, notamment :
 - (a) traduire la fiche de collecte des données QQQO et l'adapter au contexte local ;
 - (b) contacter le gouvernement ou l'agence de coordination des Nations unies pour connaître le nom et le code normalisés des régions géographiques, préciser les limites de ces régions ;
 - (c) déterminer l'ampleur et la stratégie de la collecte de données ;
 - (d) se rapprocher des organisations, recueillir des données et examiner les données recueillies ;
 - (e) relever les erreurs ou incohérences majeures dans les données recueillies, nettoyer et fusionner les données ;
 - (f) analyser les données et produire et diffuser un rapport sur les résultats ;
 - (g) discuter des lacunes identifiées avec les parties prenantes et déterminer les améliorations à apporter aux programmes ; et
 - (h) mettre à jour les données et les rapports.

⁸ Source : IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Who is Where, When, doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes (Field Test Version). Geneva: 2012. Cet outil a été reproduit ici sous forme résumée avec l'autorisation du groupe de référence du CPI. http://www.who.int/mental_health/publications/iasc_4ws/en/index.html

- Comme indiqué précédemment, cet outil permet d'établir une cartographie des activités SMSPS de tous les secteurs. Néanmoins, si vous voulez établir la cartographie des activités SMSPS d'un seul secteur, vous devez utiliser un outil QQQO spécifique à ce secteur. L'outil QQQO du cluster Santé mondial est le *système de recensement des ressources sanitaires disponibles HeRAMS (Health Resources Availability Mapping System)* du cluster Santé mondial (2009) du CPI.
 - (a) Le système HeRAMS doit être mis en place par le secteur de la santé (par exemple, ministère de la Santé, cluster Santé) ou sous sa responsabilité.
 - (b) Le système HeRAMS comporte une liste de contrôle des services de santé, classés par niveaux de soins et par sous-secteurs, correspondant aux interventions pratiquées dans les établissements de santé, les dispensaires ambulants et les communautés. Certains points de la liste de contrôle concernent précisément la santé mentale (soins communautaires, soins primaires et soins secondaires et tertiaires).
 - (c) En général, les personnes qui organisent des évaluations de santé mentale ne sont pas en mesure de mettre en place le système HeRAMS. Cependant, là où ce système est en place, elles doivent s'assurer que les services de santé mentale y sont enregistrés, et utiliser ce système comme principale source d'informations concernant les services de santé mentale.



TABLEAU 1 DE L'OUTIL 1 : PARTIES À COMPLÉTER DANS LA DEUXIÈME FEUILLE DE LA FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES QQO

- A. Date de fourniture ou de mise à jour de ces informations
- B. Nom de l'organisme d'exécution
- C. Nom des autres organisations avec lesquelles cette activité est réalisée (s'il s'agit d'une activité conjointe)
- D. Nom du point focal
- E. Numéro de téléphone du point focal
- F. Adresse électronique du point focal
- G. Région/district de réalisation de l'activité
- H. Ville/quartier de réalisation de l'activité
- I. Code géographique attribué au lieu par le gouvernement ou le BCAH
- J. Code d'activité SMSPS
- K. Sous-code d'activité SMSPS
- L. Description de l'activité en une phrase (pour le sous-code « Autres » ou toute autre activité qui n'est pas clairement définie par son sous-code)
- M. Groupe(s) cible(s) (préciser la tranche d'âge, si nécessaire)
- N. Nombre d'individus du groupe cible ayant bénéficié d'une aide directe au cours des 30 jours précédents
- O. Cette activité est (1) en cours de mise en œuvre, (2) financée, mais pas encore mise en œuvre, ou (3) non financée et pas encore mise en œuvre
- P. Date de début de mise en œuvre de l'activité (pour les activités en cours, inscrire la date réelle et non la date proposée initialement)
- Q. Date de fin (préciser la date à laquelle les engagements de financement de la mise en œuvre de l'activité prennent fin)

Facultatif (les 5 parties facultatives suivantes permettent de mieux connaître le volume et la qualité des services disponibles, mais sont parfois trop approfondies pour les premières semaines ou les premiers mois d'une crise majeure grave)

- R. Nombre et type d'intervenants de la SMSPS qui réalisent cette activité (par exemple, 4 bénévoles de la communauté, 1 psychologue et 1 infirmier/ière)
- S. Thème et durée de la formation non universitaire en SMSPS (par exemple, des infirmiers/ières ont suivi 1 journée de formation aux premiers secours psychologiques)
- T. (le cas échéant) Disponibilité de l'activité (par exemple, espace ami des enfants ou clinique avec amplitude d'ouverture de 40 heures par semaine)
- U. Où la SMSPS est-elle assurée ? (domicile des personnes, clinique, espaces publics, etc.)
- V. Est-ce que ces services et ces aides sont payants ?

TABLEAU 2 DE L'OUTIL 1 : CODES ET SOUS-CODES D'ACTIVITÉ SMSPS

À LIRE AVANT DE COMMENCER !

- SMSPS signifie santé mentale et soutien psychosocial.
- Cette liste contient les activités les plus courantes réalisées en matière de SMSPS lors de crises humanitaires majeures.
- Cette liste n'est pas exhaustive. Vous devez utiliser la catégorie « Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire) » pour indiquer des activités non comprises dans la liste.
- La liste est de nature descriptive plutôt que prescriptive. Aucun jugement n'est émis quant à la pertinence des activités mentionnées. Plusieurs des activités mentionnées sont ou peuvent être sujettes à controverse. Pour en savoir plus sur les pratiques recommandées, consultez les directives du CPI (2007).
- **INSTRUCTIONS : INDIQUEZ LE CODE D'ACTIVITÉ SMSPS CORRESPONDANT (VOIR COLONNE A CI-DESSOUS) ET LE SOUS-CODE (VOIR COLONNE B) DANS LES COLONNES A ET B DU FORMULAIRE. EN CAS DE TRAVAIL GÉNÉRAL DANS UN DOMAINE, CHOISISSEZ LE SOUS-CODE « AUTRES ».**

	Colonne A : Code d'activité SMSPS (QQQO)	Colonne B : Exemples d'interventions avec les sous-codes. Notez toutes les réponses qui s'appliquent.
Ciblant les communautés ou des segments de communautés	1. Diffusion d'informations dans l'ensemble de la communauté	1.1 Informations sur la situation actuelle, les secours ou les services disponibles en général 1.2 Sensibilisation à la santé mentale et au soutien psychosocial (par ex. messages sur un mode d'affrontement positif des problèmes ou sur les services de santé mentale et le soutien psychosocial disponibles) 1.3 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
	2. Instauration de conditions favorables à la mobilisation communautaire, l'organisation communautaire, la possession de biens communautaires ou au contrôle communautaire sur les secours d'urgence en général	2.1 Soutiens secours d'urgence entrepris par la communauté 2.2 Soutien à l'organisation d'espaces communs/réunions pour discuter, résoudre les problèmes et planifier l'action des membres de la communauté pour répondre à l'urgence 2.3 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
	3. Renforcement du soutien communautaire et familial	3.1 Soutien aux activités de soutien social entreprises par la communauté 3.2 Renforcement du soutien parental/familial 3.3 Facilitation du soutien communautaire pour les individus vulnérables 3.4 Activités sociales structurées (par ex. activités de groupe) 3.5 Activités créatives ou de loisirs structurées (hors activités des espaces amis des enfants couvertes au point 4.1) 3.6 Activités de développement de la petite enfance (DPE) 3.7 Instauration de conditions favorables au soutien religieux, spirituel ou traditionnel indigène, y compris les pratiques de guérison collective 3.8 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
	4. Espaces sûrs	4.1 Espaces amis des enfants 4.2 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
	5. Soutien psychosocial dans l'éducation	5.1 Soutien psychosocial aux professeurs/autres membres du personnel des écoles/lieux d'apprentissage 5.2 Soutien psychosocial aux classes/groupes d'enfants des écoles/lieux d'apprentissage 5.3 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
	6. Soutien, y compris aspects sociaux/ psychosociaux, en matière de protection, services de santé, nutrition, aide alimentaire, hébergement, aménagement des sites ou eau et assainissement	6.1 Orientation ou plaidoyer avec les organisations/agents d'aide humanitaire sur les aspects psychosociaux/ sociaux/ des programmes (précisez le secteur dans la colonne C du formulaire) 6.2 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
Ciblant les individus (identifiés)	7. Travail psychosocial (axé sur les individus)	7.1 Premiers secours psychologiques (PSP) 7.2 Orientations des individus/familles vulnérables vers les ressources disponibles (par ex. les services de santé, l'aide aux moyens de subsistance, les ressources communautaires etc.) et suivi pour s'assurer qu'un soutien est apporté. 7.3 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
	8. Intervention psychologique	8.1 Conseils de base aux individus (précisez le type dans la colonne C du formulaire) 8.2 Conseils de base aux groupes ou aux familles (précisez le type dans la colonne C du formulaire) 8.3 Interventions en matière d'alcoolisme/toxicomanie (précisez le type dans la colonne C du formulaire) 8.4 Psychothérapie (précisez le type dans la colonne C du formulaire) 8.5 Débriefing psychologique individuel ou en groupe 8.6 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
	9. Prise en charge clinique des troubles mentaux par des professionnels de santé non spécialisés (par ex. des services de SSP ou postchirurgicaux)	9.1 Prise en charge non pharmacologique des troubles mentaux par des professionnels de santé non spécialisés (si possible précisez le type de soutien au moyen des catégories 7 et 8) 9.2 Prise en charge pharmacologique des troubles mentaux par des professionnels de santé non spécialisés 9.3 Action des agents communautaires pour identifier et orienter les individus atteints de troubles mentaux puis suivi pour s'assurer qu'ils suivent un traitement clinique 9.4 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
	10. Prise en charge clinique des troubles mentaux par des professionnels de santé spécialisés (par ex. psychiatres, infirmiers psychiatriques et psychologues travaillant dans des établissements de santé mentale/ établissements de santé générale/SSP)	10.1 Prise en charge non pharmacologique des troubles mentaux par des professionnels de santé spécialisés (si possible précisez le type de soutien au moyen des catégories 7 et 8) 10.2 Prise en charge pharmacologique des troubles mentaux par des professionnels de santé spécialisés 10.3 Soins de santé mentale en milieu hospitalier 10.4 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)
Activités générales	11. Activités générales en faveur de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS)	11.1 Évaluation/analyses de la situation 11.2 Suivi/évaluation 11.3 Formation/orientation (précisez le thème dans la colonne C du formulaire) 11.4 Supervision technique ou clinique 11.5 Soutien psychosocial aux agents de l'aide humanitaire (précisez le type dans la colonne C du formulaire) 11.6 Recherche 11.7 Autres (veuillez préciser dans la colonne C du formulaire)

OUTIL 2

OUTIL OMS-UNHCR POUR L'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES GRAVES DANS LES SITUATIONS HUMANITAIRES (VERSION TESTÉE SUR LE TERRAIN)⁹

Pourquoi utiliser cet outil : Pour le plaidoyer, en montrant la prévalence des problèmes de santé mentale dans la communauté

Méthode : Enquête auprès d'une partie des ménages d'une communauté (échantillon représentatif)

Durée requise : Deux à trois minutes pour chaque entretien couvrant la partie A de cet outil, et cinq minutes pour chaque entretien couvrant la partie B

Ressources humaines requises : Des enquêteurs, un analyste/rédacteur de rapports

Contexte

La surveillance et les enquêtes sur la santé dans les situations humanitaires permettent d'évaluer la fréquence des problèmes de santé mentale dans la population touchée. Cet outil succinct comprend des questions sur la santé mentale qui peuvent être posées dans le cadre de la surveillance et des enquêtes sur la santé générale lors de crises humanitaires. Cet outil est destiné à être appliqué par des acteurs de santé humanitaire et peut être utilisé par des enquêteurs profanes n'ayant aucune expérience particulière en matière de santé mentale.

Cet outil a pour objectif d'identifier les personnes ayant besoin en priorité de soins de santé mentale. Les questions choisies visent donc à identifier les personnes présentant des symptômes de détresse sévère et une altération des fonctions mentales.

Il est utile d'identifier ces personnes pour :

- décrire aux décideurs de santé publique l'importance de l'enjeu soulevé par certains problèmes de santé mentale (plaidoyer) ; et
- éventuellement signaler aux services communautaires de santé mentale toute personne pouvant souffrir de troubles mentaux (dépistage).

Cet outil *n'évalue pas* les taux de troubles mentaux. Les troubles mentaux et les réactions de stress (temporaire) transitoires sont plus fréquents dans les situations humanitaires qu'en l'absence de crise. Dans les situations humanitaires, il est difficile d'utiliser des entretiens réalisés par des profanes pour faire la différence entre des troubles et des états de détresse sévère qui ne sont pas des troubles (par exemple, il est peu probable que des entretiens réalisés par des profanes permettent d'établir une distinction entre une tristesse sévère normale et un trouble dépressif chez des personnes récemment endeuillées). En fait, dans les situations humanitaires, les outils utilisés par des profanes (par exemple, le Self Report Questionnaire, OMS, 1994) peuvent mal distinguer et confondre détresse normale et troubles mentaux (Bolton & Betancourt, 2004 ; CPI, 2007 ; Horwitz, 2007 ; Rodin & van Ommeren, 2009). Cet outil tente de contourner ce problème en mesurant et en rendant compte des symptômes et des fonctions mentales altérées - sans faire de diagnostic spécifique. Alors que de nombreux décideurs et programmes communautaires de santé mentale préféreraient avoir des données sur les taux de troubles mentaux (probables), les données sur les taux de différents symptômes de détresse sévère et d'altération sont moins susceptibles d'être contestées et fournissent toujours des informations descriptives utiles.

⁹ Référence recommandée : World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. WHO-UNHCR Assessment Schedule of Serious Symptoms in Humanitarian Settings (WASSS) (field-test version). In: *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings*. Geneva: WHO, 2012.

Présentation générale

Cet outil est conçu pour être utilisé auprès de répondants, âgés de 18 ans et plus, se trouvant dans une situation humanitaire. Il est également conçu pour être utilisé au moins deux semaines après l'apparition de la crise.

Cet outil est constitué de deux parties indépendantes. La partie A couvre les symptômes de détresse commune sévère et l'altération des fonctions mentales chez le répondant. La partie B explore une gamme plus vaste de symptômes - symptômes psychotiques et épileptiques notamment - chez les membres du foyer du répondant. Remarque : les questions de la partie B tendent à mesurer des atteintes fonctionnelles plus sévères que les questions de la partie A.

Analyse et rapports

Comme cela a été précisé plus haut, les questions de cet outil visent à évaluer l'existence de symptômes de détresse mentale et d'atteintes fonctionnelles. Vous rendrez donc compte des symptômes et non des niveaux de troubles. Le plus simple pour ce faire est de présenter les pourcentages d'individus dépassant un seuil prédéterminé pour chaque question. Toutes les personnes qui répondent « parfois », « souvent » et « toujours » peuvent être regroupées dans une catégorie « positive (1) », et les autres dans une catégorie « négative (0) ».

Le rapport ainsi établi indiquerait que :

- X1 % des répondants ont ressenti **tellement de peur que rien ne pouvait les calmer** souvent ou toujours au cours des 2 dernières semaines.
- X2 % des répondants ont ressenti **tellement de colère qu'ils ont perdu la raison** souvent ou toujours au cours des 2 dernières semaines.
- X3 % des répondants ont ressenti **tellement de désintérêt pour les activités qu'ils affectionnaient auparavant** souvent ou toujours au cours des 2 dernières semaines.
- X4 % des répondants ont ressenti **tellement de désespoir qu'ils ne voulaient plus vivre** souvent ou toujours au cours des 2 dernières semaines.
- X5 % des répondants ont été **tellement bouleversés par cette** urgence/catastrophe/guerre **ou tout autre évènement de leur vie qu'ils ont essayé d'éviter des lieux, des personnes, des conversations ou des activités qui leur rappelaient cet évènement** souvent ou toujours au cours des 2 dernières semaines.
- X6 % des répondants se sont sentis **incapables de réaliser des activités essentielles de la vie quotidienne en raison d'un sentiment de peur, de colère, de fatigue, de désintérêt, de désespoir ou de bouleversement** souvent ou toujours au cours des 2 dernières semaines.

Source des questions

La formulation des questions (par exemple, « *vous ressentez tellement de [émotion] que [conséquence]* ») s'inspire de celle du sous-ensemble de questions K6 de l'Enquête de l'OMS sur la santé mentale dans le monde (Kessler et al, 2002)¹⁰. Cette formulation permet de s'assurer que l'évaluation porte sur des symptômes de détresse relativement sévères.

Le contenu de la plupart des questions de la partie B s'inspire des travaux sur les indicateurs de risques sociaux chez les personnes souffrant de graves troubles mentaux au Timor-Leste (Silove et al, 2004).

¹⁰ Cette formulation a précédemment été utilisée dans les travaux suivants : Carroll Rating Scale for Depression (Carroll et al, 1981), General Well-Being Scale-RAND (RAND 36-Item Health Survey) (Ware et al, 1979), Beck Depression Inventory (Beck et al, 1961) et Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor et al, 1953).

Administration¹¹

Pour la partie A (six questions), l'entretien dure en moyenne deux à trois minutes. Pour la partie B (sur la base d'un foyer moyen de cinq personnes), il dure en moyenne cinq minutes.

Avant d'utiliser l'outil, l'enquêteur doit être formé aux techniques générales d'entretien applicables à des entretiens dans des situations humanitaires, par exemple comment se comporter de manière éthique, et comment approfondir et ne pas introduire de biais.

Usez de votre voix pour mettre en avant tous les mots en caractère gras des questions.

« SI NÉC. » signifie « si nécessaire ». Incitez le répondant à répondre à l'aide des catégories de réponses, en utilisant les formules tronquées si spécifiées, jusqu'à ce qu'il réponde spontanément.

« SANS SUG. » signifie « sans suggestion ». Ne lisez pas ces réponses à voix haute. Si le répondant donne une des réponses spécifiées sans qu'elles lui soient suggérées, enregistrez-la sans poser plus de questions.

Détresse lors de l'entretien

Penser à des événements violents ou horribles peut placer les individus en état de détresse psychologique. Ne demandez pas de détails sur ces événements. Cet outil est parfaitement structuré et spécialement conçu pour ne pas demander de détails. Si le répondant souhaite parler de ces événements, vous le laisserez faire dans une certaine mesure, mais vous ne lui demanderez pas plus de détails. Vous serez patient et montrerez que vous écoutez.

Le répondant pourra également arrêter l'entretien à tout moment. Vous respecterez alors son souhait d'y mettre fin sans qu'il ait à vous donner de raison. Si le répondant est un peu bouleversé, mais est d'accord pour continuer doucement l'entretien, vous pourrez poursuivre l'entretien. Toutefois, si un thème bouleverse grandement un individu, vous fermerez le livret d'entretien et vous resterez silencieux jusqu'à ce qu'il se calme. Vous pourrez alors dire : « Vous semblez très bouleversé. Êtes-vous d'accord pour poursuivre l'entretien ou préférez-vous arrêter ? ». À la fin de l'entretien, vous orienterez le répondant vers le meilleur intervenant psychosocial et de santé mentale disponible et vous informerez le chef de votre équipe d'évaluation. Avant un premier entretien, vous recevrez une liste d'organismes de soutien que vous pourrez donner aux répondants.

11 Le lecteur est invité à consulter le manuel sur l'échelle des besoins ressentis dans les situations d'urgence humanitaire HESPER (WHO & KCL, 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548236_eng.pdf) pour de plus amples renseignements sur les aspects pratiques et éthiques de l'administration d'enquêtes (par exemple, la détermination de la taille de l'échantillon, l'échantillonnage, le recrutement des enquêteurs, le respect de la vie privée, le consentement éclairé, la gestion des attentes, la garantie d'une participation volontaire, le soutien aux sujets bouleversés par l'entretien, la fréquence de production de rapports avec des intervalles de confiance, etc.).

Références

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
- Bolton P, Betancourt TS. Mental health in postwar Afghanistan. *JAMA*. 2004;292:626-8
- Carroll BJ, Feinberg M, Smouse PE, Rawson SG, Greden JF. The Carroll rating scale for depression. I. Development, reliability and validation. *Br J Psychiatry*. 1981;138:194-200.
- Horwitz AV. Transforming normality into pathology: the DSM and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior* 2007;48: 211-22
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). *Résumé d'orientation*. Genève : IASC, 2007/
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):959-76.
- Rodin D, van Ommeren M. Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *International Journal of Epidemiology*. 2009;38:1045-8
- Silove D, Manicavasagar V, Baker K, Mausiri M, Soares M, de Carvalho F, Soares A, Fonseca Amiral Z. Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation. *Aust NZ J Psychiatry*. 2004;38(11-12):929-32.
- Taylor JA.. A personality scale of manifest anxiety. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1953;48(2): 285-290
- Ware JE, Johnston SA, Davies-Avery A. *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study: Mental Health*. Rand Corporation: Santa Monica, CA, 1979.
- Organisation mondiale de la Santé. *Un guide de l'utilisateur pour le Self-Reporting Questionnaire*. OMS, Genève, 2004. (Disponible auprès de vanommerenm@who.int)
- World Health Organization & King's College London. *The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER): Manual with Scale*. Geneva: World Health Organization, 2011.

PARTIE A**QUESTIONS AU ET SUR LE RÉPONDANT ON SUPPOSE QUE LES INFORMATIONS ESSENTIELLES (PAR EXEMPLE, SEXE ET ÂGE DE LA PERSONNE INTERROGÉE) ONT ÉTÉ ABORDÉES PLUS TÔT DANS L'ENTRETIEN**

A1. Les questions suivantes portent sur comment **vous** vous êtes senti ces **deux dernières semaines**. Ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti **tellement de peur que rien ne pouvait vous calmer** — diriez-vous **toujours**, souvent, **parfois**, **rarement**, ou **jamais** ?

1. <input type="checkbox"/>	Toujours
2. <input type="checkbox"/>	Souvent
3. <input type="checkbox"/>	Parfois
4. <input type="checkbox"/>	Rarement
5. <input type="checkbox"/>	Jamais
8. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne sait pas
9. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne veut pas répondre

A2. Ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti **tellement de colère que vous avez perdu la raison** — diriez-vous **toujours**, **souvent**, **parfois**, **rarement**, ou **jamais** ?

1. <input type="checkbox"/>	Toujours
2. <input type="checkbox"/>	Souvent
3. <input type="checkbox"/>	Parfois
4. <input type="checkbox"/>	Rarement
5. <input type="checkbox"/>	Jamais
8. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne sait pas
9. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne veut pas répondre

A3. Ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti **tellement de désintérêt pour les activités que vous affectionniez auparavant que vous ne vouliez plus rien faire du tout** ? (SI NÉC. : **toujours**, **souvent**, **parfois**, **rarement**, ou **jamais** ?)

1. <input type="checkbox"/>	Toujours
2. <input type="checkbox"/>	Souvent
3. <input type="checkbox"/>	Parfois
4. <input type="checkbox"/>	Rarement
5. <input type="checkbox"/>	Jamais
8. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne sait pas
9. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne veut pas répondre

A4. Ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti **tellement de désespoir que vous ne vouliez plus vivre** ? (SI NÉC. : **toujours, souvent, parfois, rarement, ou jamais** ?)

1. <input type="checkbox"/>	Toujours
2. <input type="checkbox"/>	Souvent
3. <input type="checkbox"/>	Parfois
4. <input type="checkbox"/>	Rarement
5. <input type="checkbox"/>	Jamais
8. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne sait pas
9. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne veut pas répondre

A5. Vous pouvez avoir vécu une ou plusieurs expériences qui vous ont véritablement bouleversé, comme la récente urgence/catastrophe/guerre.¹² Ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été **tellement bouleversé par cette urgence/catastrophe/guerre ou tout autre évènement de votre vie que vous avez essayé d'éviter des lieux, des personnes, des conversations ou des activités qui vous rappelaient cet évènement** ? (SI NÉC. : **toujours, souvent, parfois, rarement, ou jamais** ?)

1. <input type="checkbox"/>	Toujours
2. <input type="checkbox"/>	Souvent
3. <input type="checkbox"/>	Parfois
4. <input type="checkbox"/>	Rarement
5. <input type="checkbox"/>	Jamais
8. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne sait pas
9. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne veut pas répondre

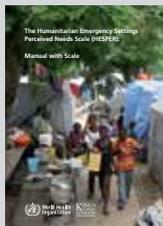
A6. Les questions suivantes portent sur la façon dont ce sentiment de peur, de colère, de fatigue, de désintérêt, de désespoir ou de bouleversement vous a affecté ces deux dernières semaines. Ces deux dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti **incapable de réaliser des activités essentielles** de la vie quotidienne **en raison** de ce sentiment ? (SI NÉC. : **toujours, souvent, parfois, rarement, ou jamais** ?)

1. <input type="checkbox"/>	Toujours
2. <input type="checkbox"/>	Souvent
3. <input type="checkbox"/>	Parfois
4. <input type="checkbox"/>	Rarement
5. <input type="checkbox"/>	Jamais
8. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne sait pas
9. <input type="checkbox"/>	(SANS SUG.) Ne veut pas répondre

¹² Supprimer les mentions inutiles ou adapter en fonction du contexte.

OUTIL 3

L'ÉCHELLE DES BESOINS RESENTIS DANS LES SITUATIONS D'URGENCE HUMANITAIRE (HESPER)¹³



Pourquoi utiliser cet instrument : Pour préparer l'action, par le biais de la collecte de données sur la fréquence des besoins psychologiques, sociaux et physiques ressentis dans la communauté

Méthode : Enquête auprès des ménages de la communauté (échantillon représentatif) (au début des urgences, vous pouvez également adapter cette méthode sur des échantillons de commodité à l'aide d'informateurs clés)

Durée requise : 15 à 30 minutes pour chaque entretien

Ressources humaines : L'utilisation de cette échelle dans des enquêtes auprès des ménages de la communauté nécessite un chef d'équipe, quatre à huit enquêteurs et un contrôleur

L'échelle des besoins ressentis dans les situations d'urgence fournit une façon rapide et scientifiquement fiable d'évaluer les **besoins pressants ressentis** par les personnes touchées par des situations d'urgence humanitaire de grande envergure (Semrau et al, 2012). Les besoins ressentis sont des besoins constatés ou exprimés par les personnes elles-mêmes et représentent des problèmes pour lesquels elles souhaitent être aidées.

Cette échelle évalue un vaste éventail de problèmes physiques, sociaux et psychologiques. Elle permet d'identifier rapidement les grands problèmes pour lesquels la population voudra probablement être aidée. À la suite de son utilisation, des évaluations approfondies doivent être réalisées pour comprendre les besoins exprimés et définir les interventions et les aides les plus utiles. Il est possible de ventiler les résultats et de dégager des profils de population selon le sexe, la tranche d'âge, l'origine ethnique ou tout autre sous-groupe pertinent. Cette échelle se concentre sur les besoins ressentis par la population adulte.

Cette échelle distingue 26 catégories de besoins, chacune s'accompagnant d'un court intitulé et d'une question. Quelques exemples : « Endroit pour vivre » (« Faites-vous face à un grave problème d'absence d'endroit adéquat pour vivre ? »), « Éducation des enfants » (« Faites-vous face à un grave problème de non-scolarisation ou de mauvaise éducation concernant vos enfants ? ») et « Maladie mentale dans la communauté » (« Y a-t-il un grave problème de personnes atteintes de maladie mentale dans votre communauté ? »). Chaque besoin est ensuite trié selon les critères suivants :

- il n'est pas satisfait (c'est-à-dire que le répondant estime qu'il s'agit d'un problème grave) ;
- il n'est pas considéré comme un besoin (c'est-à-dire que le répondant estime qu'il ne s'agit pas d'un problème grave) ; ou
- le répondant n'a pas répondu (c'est-à-dire qu'il ne voulait pas répondre, qu'il ne savait ou que la question était sans objet).

Les répondants doivent aussi signaler tout autre besoin non répertorié qui ne serait pas satisfait. Parmi les besoins jugés comme non satisfaits, les répondants doivent citer les trois problèmes les plus graves auxquels ils font face.

Bien qu'elle ait été conçue pour être utilisée dans des échantillons représentatifs, l'échelle des besoins ressentis dans les situations d'urgence peut également être utilisée auprès d'échantillons de commodité, ce qui peut s'avérer utile les premiers jours ou les premières semaines d'une grande crise soudaine, lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un échantillonnage représentatif. Cette échelle peut être utilisée dans des situations humanitaires aiguës ou chroniques, en zone urbaine ou rurale, et dans des camps ou des communautés.

Cet outil et le manuel connexe de formation et d'utilisation sont disponibles sur http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548236_eng.pdf

13 Source : WHO & Kings College London. *The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER): Manual with Scale*. Geneva, 2011.

OUTIL 4

LISTE DE CONTRÔLE POUR LES VISITES D'ÉTABLISSEMENTS DANS LES SITUATIONS HUMANITAIRES¹⁴

Pourquoi utiliser cet outil : Pour la protection et la prise en charge des personnes institutionnalisées qui souffrent de handicaps mentaux ou neurologiques

Méthode : Visite d'inspection, entretiens avec des patients et des membres du personnel

Durée requise : Deux heures (pour la première impression) et deux à trois jours (pour la totalité de la liste de contrôle)

Ressources humaines requises : Deux personnes

Contexte

Les personnes souffrant de graves troubles mentaux et autres handicaps mentaux et neurologiques (y compris ceux liés à la consommation d'alcool et de drogue) courent un risque élevé de marginalisation dans les situations humanitaires, surtout si elles vivent dans un hôpital psychiatrique, une institution de protection sociale ou autre établissement. Cette liste de contrôle permet de recueillir des informations pour planifier des interventions de protection et dispenser des soins élémentaires aux personnes institutionnalisées.

Vos réponses aux questions de cet outil doivent se baser sur une visite de l'établissement et sur des conversations avec le personnel et, si possible, avec les résidents eux-mêmes. Pour réduire le biais, il est recommandé que l'évaluation soit réalisée par deux personnes d'horizons professionnels différents.

Si l'on ne dispose que de quelques heures pour évaluer les établissements (par exemple, cette situation peut survenir les deux premières semaines d'une grande urgence soudaine), l'évaluation doit être axée sur :

- (a) les questions de protection ;
- (b) les besoins essentiels à la survie ; et
- (c) (si nécessaire) les possibilités d'évacuation.

Cette liste de contrôle demande que vous proposiez des actions recommandées. Il est indispensable que vous définissiez un calendrier pour ces actions afin que les actions les plus urgentes soient entreprises en premier.

Remarques

- le terme 'résident' utilisé dans la liste de contrôle désigne les personnes institutionnalisées.
- Dans les projets non urgents de développement, l'outil à utiliser dans les établissements de santé mentale et les institutions de protection sociale est l'outil d'évaluation QualityRights (OMS, 2012). Celui-ci peut être utilisé dans les situations humanitaires chroniques où l'on dispose du temps et des ressources nécessaires pour effectuer une évaluation approfondie.

Pour en savoir plus :

Aide-mémoire 6.3, des directives du CPI, sur la prise en charge et la protection des personnes institutionnalisées (2007)

¹⁴ Référence recommandée : World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. Checklist for site visits at institutions in humanitarian settings. In: *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings*. Geneva: WHO, 2012.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'établissement :		Activités pendant la visite :	
Situation géographique :			
Enquêteur :			
Date et heure de la visite :			
Durée de la visite :			
Brève description de l'établissement (nombre de lits, état général) :			

1. PERSONNEL ET RÉSIDENTS

1.1 Nombre d'employés ayant survécu à la catastrophe / au conflit (crise)	Psychiatres :	
	Médecins :	
	Infirmiers :	
	Psychologues :	
	Travailleurs sociaux :	
	Autres membres du personnel :	
1.2 Nombre d'employés décédés suite à la crise		
1.3 Nombre d'employés (toujours) blessés suite à la crise		
1.4 Nombre d'employés ne s'étant pas présentés au travail la semaine précédente suite à la crise (par exemple, pour des raisons familiales/personnelles)		
1.5 Nombre de résidents ayant survécu à la crise	Total	
	Hommes :	
	Femmes :	
	Adultes (de 18 à 65 ans) :	
	Personnes âgées (plus de 65 ans) :	
	Adolescents (de 13 à 17 ans) :	
	Enfants (de 0 à 12 ans) :	
1.6 Nombre de résidents décédés suite à la crise		
1.7 Nombre de résidents (toujours) blessés suite à la crise		
1.8 Nombre de résidents ayant quitté l'établissement suite à la crise (par exemple, ils peuvent avoir pris la fuite ou avoir tout à coup été autorisés à sortir)		
1.9 Nombre de résidents présentant un handicap physique		
1.10 Nombre de résidents présentant une déficience intellectuelle		

2. BESOINS PHYSIQUES DE BASE

2.1 Les installations d'assainissement et d'approvisionnement en eau sont-elles adaptées ? (Y a-t-il, par exemple, un accès à l'eau potable, des points d'eau et du savon ?)	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
2.2 L'hygiène et les soins du corps sont-ils adaptés (y compris les installations d'hygiène et l'accès à des articles de toilette) ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
2.3 L'alimentation et la nutrition sont-elles adaptées ? (Par exemple, les résidents reçoivent-ils chaque jour 2 à 3 repas ayant une valeur nutritionnelle adaptée ?)	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
2.4 Les pièces de séjour et de repos des résidents sont-elles adaptées ? (Par exemple, y a-t-il assez de matelas, de couvertures, de protections adaptées contre les intempéries (chaleur/froid, pluie, vent) et ces pièces sont-elles suffisamment propres ?)	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
2.5 Les maladies physiques sont-elles prises en charge ? (La santé physique est-elle contrôlée et un accès aux soins médicaux et aux vaccins est-il assuré ?)	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
2.6 Les handicaps physiques sont-ils pris en charge ? (Par exemple, les installations sont-elles accessibles aux personnes handicapées, des services sociaux adaptés leur sont-ils fournis et le personnel leur offre-t-il aide et soutien lorsque cela est nécessaire, notamment pour utiliser les installations sanitaires ?)	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :

3. SOINS DE SANTÉ MENTALE

3.1 L'état de santé mentale de chaque résident est-il régulièrement contrôlé ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
3.2 Des psychotropes essentiels sont-ils disponibles ? ¹⁵	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
3.3 Des pratiques non pharmacologiques (réadaptation psychosociale, ergothérapie, etc.) sont-elles utilisées lors des soins ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :

15 Pour obtenir une liste des principaux médicaments psychotropes, voir Appendix A of IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. (2010). Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf

3.4 Quel est le ratio personnel/résidents du service ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
3.5 Y a-t-il des dossiers individuels pour chaque résident ? (Par exemple, des dossiers médicaux qui sont tenus confidentiels ?)	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :

4. QUESTIONS DE PROTECTION

4.1 Les enfants sont-ils pris en charge et protégés ? (Par exemple, bénéficient-ils de conditions de vie adaptées (lieux sûrs pour dormir et jouer, nutrition, stimulation et éducation) ?)	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
4.2 Les hommes et les femmes sont-ils logés séparément ? (Par exemple, dorment-ils dans des pièces séparées et disposent-ils d'installations sanitaires distinctes ?)	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
4.3 Est-il fait état ou avez-vous été témoin de formes de maltraitance physique comme des coups ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
4.4 Est-il fait état d'abus sexuels ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
4.5 Est-il fait état ou avez-vous été témoin de formes de violence verbale ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
4.6 Certains résidents sont-ils placés sous contention physique ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
4.7 Certains résidents sont-ils enfermés ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
4.8 Les résidents sont-ils négligés ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :

5. ÉVACUATION

5.1 Existe-t-il des plans d'évacuation ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :
5.2 Le personnel est-il formé au respect des plans d'évacuation ?	Action requise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet/Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Opinions des résidents/autres commentaires :

6. IMPACT DE LA CRISE

Observations sur l'impact de la crise :

7. ACTIONS RECOMMANDÉES	PAR DATE :	PAR QUI :
7.1		
7.2		
7.3		
7.4		
7.5		
7.6		
7.7		
7.8		
7.9		
7.10		

OUTIL 5**LISTE DE CONTRÔLE POUR L'INTÉGRATION DE LA SANTÉ MENTALE AU NIVEAU DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP) DANS LES SITUATIONS HUMANITAIRES¹⁶**

Pourquoi utiliser cet outil : Pour la planification d'une action de santé mentale dans les SSP

Méthode : Visite d'inspection, entretiens avec le personnel et les administrateurs des programmes de SSP

Durée requise : Une heure pour chaque établissement

Ressources humaines requises : Un enquêteur

Contexte

Dans le cadre d'un entretien avec le personnel et les administrateurs de la clinique (les informateurs clés), vous évaluez dans quelle mesure les aspects psychologiques et sociaux sont, et peuvent être, pris en charge dans des cliniques de soins de santé primaires.

Si possible, vous intégrez des évaluations de ces indicateurs dans des évaluations générales des SSP.

Cet outil cible les SSP mais s'applique également à d'autres structures de soins de santé généraux. En outre, s'il vise avant tout les troubles mentaux, il couvre également l'épilepsie, en tant que trouble neurologique.

Pour des listes de contrôle SSP plus complètes, veuillez consulter :

- la liste de contrôle International Medical Corps PHC Mental Health Integration Checklist (en préparation) ; et
- la liste de contrôle OMS mhGAP situation analysis checklist (en préparation).

Dans cet outil, NSP signifie Ne Sait Pas et SO signifie Sans Objet.

Nom/description de l'établissement :	
Taille du secteur :	
Date :	
Enquêteur :	
Durée de la visite :	
Informateur clé 1 : nom, fonction et numéro de téléphone/adresse e-mail :	
Informateur clé 2 : nom, fonction et numéro de téléphone/adresse e-mail :	
Informateur clé 3 : nom, fonction et numéro de téléphone/adresse e-mail :	

¹⁶ Référence recommandée : World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. Checklist for Integrating Mental Health in Primary Health Care in Humanitarian Settings. In: *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings*. Geneva: WHO, 2012,2.

1. INDICATEURS DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE	
1.1 Les troubles mentaux sont consignés dans le rapport de morbidité hebdomadaire ¹⁷	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> Remarque :
1.2 Selon le système d'information sanitaire, combien d'individus ont présenté les troubles suivants au cours des dernières semaines à la clinique ?	
1.2.1 dépression	— NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
1.2.2 épilepsie	— NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
1.2.3 psychose	— NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
1.2.4 autre problème de santé mentale	— NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :

2. INDICATEURS DE COMPÉTENCE DU PERSONNEL	
2.1 Connaissance des ressources disponibles	
2.1.1 Le personnel de santé connaît les voies d'orientation-recours vers le système de santé mentale. (Par exemple, le personnel connaît l'emplacement, le coût approximatif et la procédure d'orientation-recours des services de santé mentale se trouvant à proximité.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.1.2 Le personnel de santé connaît les appuis disponibles (par exemple, les réseaux / organismes de protection, les services communautaires / sociaux, les centres d'aide communautaires, les services juridiques) offrant une protection et/ou une aide sociale en cas de problèmes sociaux comme la violence domestique ou le viol.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.2 Ces deux dernières années, le personnel de santé a reçu une formation en :	
2.2.1 capacités de communication (par ex. écoute active, attitude respectueuse)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.2.2 première approche de résolution des problèmes et de conseil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.2.3 premier soutien aux personnes endeuillées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.2.4 premiers secours psychologiques (c'est-à-dire premier soutien psychologique et social aux individus récemment exposés à des événements potentiellement traumatisants)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :

17 Si des troubles mentaux sont mentionnés dans le rapport de morbidité hebdomadaire, vous devez demander les copies de ce rapport pour le mois précédent.

2.3 Au moins un professionnel de santé dans chaque clinique dispose des compétences pour identifier et prendre en charge cliniquement :	
2.3.1 la dépression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.3.2 psychose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.3.3 épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.3.4 les troubles du développement et du comportement chez les enfants et les adolescents	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.3.5 les problèmes d'alcoolisme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.3.6 les problèmes de toxicomanie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.3.7 l'état de stress post-traumatique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.3.8 l'anxiété aiguë post-traumatique, en cas de niveau de gravité limitant le fonctionnement général de l'individu	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.3.9 les actes autodestructeurs / le suicide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.3.10 les plaintes somatiques médicalement inexplicables	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
2.4 Indiquez les supervisions cliniques et les formations en santé mentale dont a bénéficié le personnel de santé ces deux dernières années.	
Médecins généralistes : Infirmiers : Autres membres du personnel :	
2.5 Sur le plan pratique, quel type de supervision clinique pourrait être organisé ?	

3. MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Médicaments	Disponibilité au sein de la clinique de soins de santé primaires ou dans une pharmacie proche dans les deux semaines précédentes	Précisez les types disponibles (exemples)
3.1 Médicaments antidépresseurs génériques	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	(amitriptyline, fluoxétine)
3.2 Médicaments anxiolytiques génériques	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	(diazépam)
3.3 Médicaments antipsychotiques génériques	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	(halopéridol, chlorpromazine, fluphénazine)
3.4 Médicaments antiépileptiques génériques	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	(phénobarbital, carbamazépine, diazépam injectable, lorazépam injectable, phénytoïne, acide valproïque)
3.5 Médicaments antiparkinsoniens génériques pour la prise en charge des effets secondaires des médicaments antipsychotiques	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	(bipéridène)

4. INDICATEURS D'ORIENTATION-RECOURS

4.1 Ces deux dernières semaines, la clinique de SSP a reçu des orientations-recours en matière de santé mentale provenant de :

4.1.1 Établissements de soins spécialisés en santé mentale (secondaires, tertiaires ou privés)	Fréquemment <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
4.1.2 Agents de santé communautaires, autres agents communautaires, écoles, services sociaux et autres centres communautaires d'aide sociale, guérisseurs traditionnels / religieux	Fréquemment <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>

4.2 Ces deux dernières semaines, la clinique de SSP a émis des orientations-recours en matière de santé mentale vers des :

4.2.1 Établissements de soins spécialisés en santé mentale (secondaires, tertiaires ou privés)	Fréquemment <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
4.2.2 Agents de santé communautaires, autres agents communautaires, écoles, services sociaux et autres centres communautaires d'aide sociale, guérisseurs traditionnels / religieux	Fréquemment <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>

5. PERSONNEL ET CHARGE DE TRAVAIL

5.1 Nombre approximatif de médecins généralistes travaillant en temps normal dans la clinique	_____ NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
5.2 Nombre approximatif d'infirmiers généralistes travaillant en temps normal dans la clinique	_____ NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
5.3 Effectif approximatif du reste du personnel (par ex. les agents administratifs) présent en temps normal dans la clinique	_____ NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
5.4 Nombre approximatif de patients (avec tout type de problème de santé) dans chaque clinique la semaine précédente	_____ NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :

5.5 Nombre approximatif de patients (quel que soit leur problème de santé) vus à l'heure par les médecins généralistes	_____ NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
5.6 Nombre approximatif de patients (quel que soit leur problème de santé) vus à l'heure par les infirmiers généralistes	_____ NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
5.7 Nombre approximatif d'agents de santé communautaires dans le secteur	_____ NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :

6. QUEL EST L'IMPACT DE LA SITUATION/URGENCE HUMANITAIRE SUR LES ASPECTS SUIVANTS ?

6.1 Nombre d'employés travaillant en temps normal dans l'établissement	
6.2 Disponibilité des médicaments psychotropes	
6.3 Nombre d'individus demandant de l'aide pour un problème de santé	
6.4 Nombre d'individus demandant de l'aide pour un problème de santé mentale	

7. INDICATEURS SOCIAUX

7.1 L'établissement de santé est situé à une distance de marche raisonnable de la communauté desservie.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
7.2 Distance maximale parcourue par les patients pour accéder à l'établissement de santé (en km)	
7.3 La clinique dispose au minimum d'une professionnelle de santé de sexe féminin.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
7.4 Chaque langue ou dialecte local est parlé au minimum par un membre du personnel de la clinique.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
7.5 Des procédures sont prévues pour s'assurer que les patients donnent leur autorisation avant toute intervention médicale majeure.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
7.6 Les soins médicaux sont dispensés de façon à respecter l'intimité (par exemple, un rideau autour de la zone de consultation).	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
7.7 Les informations sur l'état de santé des individus et les événements de leur vie potentiellement liés (par ex. viol, torture) sont traités de façon confidentielle.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :
7.8 Le coût des soins de santé primaires est abordable pour tous les patients.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP/SO <input type="checkbox"/> Remarque :

8.1 SELON LES INFORMATEURS CLÉS, QUELLES SONT LES TROIS PRINCIPALES BARRIÈRES (AVEC LES SOLUTIONS PROPOSÉES) À L'IDENTIFICATION ET À LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES MENTAUX DANS LES SSP ?

Barrière	Solution
1	
2	
3	

8.2 SELON L'ENQUÊTEUR, QUELLES SONT LES TROIS PRINCIPALES BARRIÈRES (AVEC LES SOLUTIONS PROPOSÉES) À L'IDENTIFICATION ET À LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES MENTAUX DANS LES SSP ?

Barrière	Solution
1	
2	
3	

9. ACTIONS RECOMMANDÉES SELON L'ENQUÊTEUR

PAR DATE :

PAR QUI :

9.1		
9.2		
9.3		
9.4		
9.5		
9.6		
9.7		
9.8		
9.9		
9.10		

OUTIL 6**COMPOSANTE NEUROPSYCHIATRIQUE DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS)¹⁸**

Pourquoi utiliser cet outil : Pour le plaidoyer et pour la planification et le suivi d'une action de santé mentale dans les soins de santé primaires (SSP)

Méthode : Épidémiologie clinique utilisant le système d'information sanitaire (SIS)

Durée requise : Deux semaines

Ressources humaines requises : Une personne

Contexte

- Le SIS des SSP doit couvrir la santé mentale. En effet, l'analyse du SIS permet d'évaluer rapidement la fréquence des problèmes de santé mentale et de l'épilepsie.
- Le SIS de l'UNHCR comprend une composante neuropsychiatrique à 7 catégories (détaillées ci-dessous). Il est recommandé d'intégrer ces 7 catégories le plus rapidement possible dans le SIS en cas de crise humanitaire.
- Le personnel devra être formé (deux heures) et, dans un premier temps, supervisé (pendant 1/2 journée) pour utiliser correctement ces catégories.
- Dans le SIS de l'UNHCR, les données sont collectées séparément par sexe et par âge, avec les groupes d'âge suivants : 0 à 4 ans ; 5 à 17 ans ; 18 à 60 ans ; + 60 ans.
- Notons que, dans les premiers jours de certaines situations d'urgence majeures, les décideurs de santé publique peuvent ne pas être d'accord pour ajouter 7 catégories au SIS. Dans ce cas, en dernier recours, une catégorie appelée « problème mental, neurologique ou de consommation d'alcool / de drogue » peut être ajoutée au système d'information sanitaire. Au fil du temps, ce dernier sera ensuite remplacé par le SIS à 7 catégories proposé, couvert par cet Outil.

Catégorie (SIS)	Nombre de cas rencontrés ces deux dernières semaines	Proportion d'individus demandant de l'aide pour lutter contre ce problème	Prévalence traitée sur 2 semaines
		Résultat de la première colonne divisé par le nombre total de patients vus ces deux dernières semaines	Résultat de la première colonne divisé par le nombre estimé de personnes dans le secteur
1. Épilepsie/crises convulsives			
2. Alcoolisme et autres troubles liés à l'abus de substances			
3. Retard mental/déficiência intellectuelle			
4. Troubles psychotiques			
5. Troubles émotionnels sévères			
6. Autres troubles psychologiques			
7. Troubles somatiques sans explication médicale			
Total (somme de 1 à 7)			

18 Source du SIS à 7 catégories décrit ici : United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Health Information System (HIS). Geneva: UNHCR, 2009. Reproduit avec la permission de l'UNHCR.

DÉFINITIONS DE CAS : TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES

1. Épilepsie/crises convulsives

Le sujet a présenté au moins deux épisodes convulsifs non attribuables à une cause apparente telle qu'une fièvre, une infection, un traumatisme ou une privation éthylique. Ces épisodes sont caractérisés par une perte de connaissance avec tremblement des membres s'accompagnant parfois de blessures, d'incontinence fécale/urinaire et d'une morsure de la langue.

2. Alcoolisme et autres troubles liés à l'abus de substances

Le sujet cherche à consommer quotidiennement de l'alcool (ou d'autres substances engendrant une dépendance) et a des difficultés à contrôler sa consommation. Les relations interpersonnelles, les performances professionnelles et la santé physique sont souvent altérées. Le sujet continue à consommer de l'alcool (ou d'autres substances engendrant une dépendance) en dépit de ses problèmes.

3. Retard mental/déficience intellectuelle

Le sujet a un très faible niveau d'intelligence qui lui cause des problèmes dans la vie quotidienne. Dans l'enfance, il a présenté un retard d'apprentissage du langage. À l'âge adulte, il ne peut travailler que si les tâches sont simples. Le sujet est rarement capable de vivre de manière indépendante ou de s'occuper de lui-même et/ou d'enfants sans l'aide d'autres personnes. Lorsque le retard mental est sévère, il peut avoir du mal à s'exprimer et à comprendre les autres, et peut avoir besoin d'une assistance permanente.

4. Troubles psychotiques

Il arrive que le sujet entende ou voie des choses qui n'existent pas ou croie fermement à des choses qui ne sont pas vraies. Il peut parler tout seul, avoir un discours confus ou incohérent et une présentation inhabituelle. Il peut se négliger. Il peut aussi passer des phases de grande exaltation ou d'irritation, d'hyper énergie, de volubilité et d'insouciance. Il est considéré comme très bizarre (« fou ») par d'autres personnes de même culture.

5. Troubles émotionnels sévères

Dans la vie quotidienne, le comportement du sujet est fortement entravé pendant plus de deux semaines par : a) une tristesse/une apathie insurmontable, et/ou b) une anxiété/une peur exagérée et incontrôlable. Les relations interpersonnelles, l'appétit, le sommeil et la concentration sont souvent altérés. Le sujet peut être incapable d'engager ou de poursuivre une conversation. Il peut se plaindre d'être très fatigué et se tenir socialement en retrait, restant souvent au lit la plus grande partie de la journée. Les pensées suicidaires sont fréquentes.

Critères d'inclusion : Cette catégorie ne s'applique que s'il y a un ralentissement marqué des activités de la vie quotidienne.

DÉFINITIONS DE CAS : AUTRES ANOMALIES CLINIQUEMENT PRÉOCCUPANTES

6. Autres troubles psychologiques

Cette catégorie englobe les troubles qui ont rapport aux émotions (par exemple humeur dépressive, anxiété), aux pensées (ruminations, mauvaise concentration) ou au comportement (par exemple apathie, agressivité). Le sujet semble être capable de s'acquiescer de toutes ou de la plupart des activités quotidiennes normales. Ce dont il se plaint peut être le symptôme de troubles émotionnels de moindre gravité ou correspondre à des problèmes normaux (c'est-à-dire sans véritable pathologie).

Critères d'inclusion : Cette catégorie ne peut s'appliquer que :

- si la personne demande de l'aide, **et**
- si elle n'entre dans aucune des cinq catégories susmentionnées.

7. Troubles somatiques sans explication médicale

Entrent dans cette catégorie tous les troubles somatiques/physiques sans cause organique apparente.

Critères d'inclusion : Cette catégorie ne doit être appliquée :

- qu'après avoir procédé aux examens cliniques nécessaires ;
- que si la personne n'entre dans aucune des six catégories susmentionnées ; **et**
- que si la personne demande de l'aide.

OUTIL 7

MODÈLE POUR ÉVALUER LES RESSOURCES FORMELLES DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DANS LES SITUATIONS HUMANITAIRES¹⁹

Pourquoi utiliser cet outil : Pour la planification d'un relèvement/d'une reconstruction (rapides), par le biais de la connaissance des ressources formelles du système national/régional de santé mentale

Méthode : Examen de documents, entretiens avec les responsables de services

Durée requise : Trois à cinq jours

Ressources humaines requises : Une personne

Contexte

Les situations d'urgence peuvent être l'occasion de (re)former les systèmes de santé mentale accessibles au public au niveau national. Une analyse du système de santé formel apporte des informations essentielles à la (re)construction du système de santé mentale suite à des situations d'urgence.

Grâce à la consultation d'informations secondaires et l'intervention d'experts en santé mentale pour combler les lacunes, cet outil a pour objet d'identifier les carences des services formels de santé mentale.

- Beaucoup de ces variables (indicateurs) sont adaptées de l'Instrument d'évaluation des systèmes de santé de l'OMS (WHO-AIMS). Pour obtenir des définitions exactes de ces indicateurs, consultez WHO-AIMS 2.2
http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/
- Si possible, les données doivent être recueillies par région et par établissement.
- Si possible et utile, les données sur les patients doivent être réparties par sexe et par âge (de 0 à 18 ans, de 19 à 64 ans, plus de 65 ans).
- Veuillez rapporter les données sous un format cumulé (dans toute la zone concernée) lorsque des résultats ne sont pas **facilement** disponibles sous format ventilé et lorsque la durée de l'étude est limitée.

Ces informations sont également utiles pour toute évaluation des besoins après un conflit ou une catastrophe ; elles permettent de s'appuyer sur des faits lors d'évènements de collecte de fonds à grande échelle après des situations d'urgence majeures.

Sources d'information

1. Données obtenues :

- du gouvernement ;
- de l'outil « Qui fait quoi, quand et où dans la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) » (voir [Outil 1](#))
- des rapports WHO-AIMS (Instrument d'évaluation des systèmes de santé de l'OMS) sur le pays ;
- de l'Atlas de la santé mentale de l'OMS ;
- des rapports des responsables des secteurs/clusters Santé

2. Données obtenues des entretiens avec :

- les responsables gouvernementaux et les administrateurs des programmes des services de santé mentale des ONG (ou les administrateurs des services de santé s'il n'existe pas d'administrateurs spécifiques pour la santé mentale) ;
- les coordinateurs des secteurs/clusters Santé ;
- les facilitateurs de tout groupe de soutien psychosocial et de santé mentale (inter-clusters/secteurs).

¹⁹ Référence recommandée : World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. Template to assess mental health system formal resources in humanitarian settings. In: *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings*. Geneva: WHO, 2012.

L'impact de l'urgence humanitaire

Dans la troisième colonne, veuillez indiquer dans quelle mesure l'urgence a eu un impact négatif sur le fonctionnement du service.

1. SERVICES FORMELS DE SANTÉ MENTALE DANS LA ZONE (DÉFINIE)		
1.1 Établissements de soins psychiatriques en milieu hospitalier (hôpitaux psychiatriques avec patients atteints de troubles chroniques et aigus et services de soins de courte durée en hôpital général)		
Nombre d'établissements		1. Aucun impact (les services fonctionnent intégralement) <input type="checkbox"/> 2. Fonctionnement partiel (veuillez préciser) <input type="checkbox"/> 3. Aucun fonctionnement <input type="checkbox"/>
Nombre de lits		
Nombre moyen de personnes hospitalisées par jour lors du mois précédent		
Nombre de psychiatres		
Nombre d'infirmiers		
Nombre d'autres professionnels (par exemple, médecins, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux)		
% estimé de services hospitaliers disposant en permanence de médicaments psychotropes dans chaque catégorie thérapeutique (antipsychotiques, antidépresseurs, psychorégulateurs, anxiolytiques, antiépileptiques et antiparkinsoniens)		
1.2 Établissements de soins psychiatriques en ambulatoire (distinguez les établissements publics des privés)		
Nombre d'établissements		1. Aucun impact (les services fonctionnent intégralement) <input type="checkbox"/> 2. Fonctionnement partiel (veuillez préciser) <input type="checkbox"/> 3. Aucun fonctionnement <input type="checkbox"/>
Nombre approximatif de sujets traités le mois précédent		
Nombre de psychiatres		
Nombre d'infirmiers		
Nombre d'autres professionnels (par exemple, médecins, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux)		
Effectif du reste du personnel		
% estimé d'infrastructures psychiatriques ambulatoires disposant en permanence de médicaments psychotropes dans chaque catégorie thérapeutique (antipsychotiques, antidépresseurs, psychorégulateurs, anxiolytiques, antiépileptiques et antiparkinsoniens)		

1.3 Autres centres de soins psychologiques (par ex. services d'ONG)		
Nombre de centres		1. Aucun impact (les services fonctionnent intégralement) <input type="checkbox"/> 2. Fonctionnement partiel (veuillez préciser) <input type="checkbox"/> 3. Aucun fonctionnement <input type="checkbox"/>
Nombre approximatif de sujets traités le mois précédent		
Nombre de psychiatres		
Nombre d'infirmiers		
Nombre de psychologues		
Nombre de travailleurs sociaux		
Nombre d'autres professionnels		
Effectif du reste du personnel		
1.4 Établissements et centres résidentiels accueillant des sujets atteints de troubles neuropsychiatriques graves		
Nombre de centres		1. Aucun impact (les services fonctionnent intégralement) <input type="checkbox"/> 2. Fonctionnement partiel (veuillez préciser) <input type="checkbox"/> 3. Aucun fonctionnement <input type="checkbox"/>
Nombre de résidents atteints de handicaps mentaux lourds		
Effectif du personnel de santé mentale		
1.5 Autres établissements de santé mentale (par ex. centres de désintoxication pour toxicomanie et alcoolisme, foyers pour enfants présentant une déficience intellectuelle)		
Nombre de centres		1. Aucun impact (les services fonctionnent intégralement) <input type="checkbox"/> 2. Fonctionnement partiel (veuillez préciser) <input type="checkbox"/> 3. Aucun fonctionnement <input type="checkbox"/>
Nombre approximatif de sujets traités le mois précédent		
Effectif du personnel spécialisé en santé mentale et en abus de substances		

2. CLINIQUES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET DE SANTÉ MENTALE EN GÉNÉRAL

2.1 Hôpitaux généraux, cliniques de soins ambulatoires de médecine générale (sans spécialisation particulière en psychiatrie)

Nombre de cliniques		1. Aucun impact (les services fonctionnent intégralement) <input type="checkbox"/> 2. Fonctionnement partiel (veuillez préciser) <input type="checkbox"/> 3. Aucun fonctionnement <input type="checkbox"/>
Nombre approximatif de patients (quel que soit leur problème de santé) vus la semaine précédente		
Nombre approximatif de patients (quel que soit leur problème de santé) vus à l'heure par chaque médecin		
% de cliniques disposant en permanence de médicaments psychotropes dans chaque catégorie thérapeutique		
% approximatif de cliniques dont le personnel dispense des premiers soins en santé mentale		

2.2 Cliniques de soins de santé primaires

Nombre de cliniques		1. Aucun impact (les services fonctionnent intégralement) <input type="checkbox"/> 2. Fonctionnement partiel (veuillez préciser) <input type="checkbox"/> 3. Aucun fonctionnement <input type="checkbox"/>
Nombre approximatif de patients (quel que soit leur problème de santé) vus la semaine précédente dans chaque clinique		
Nombre approximatif de patients (quel que soit leur problème de santé) vus à l'heure par chaque médecin/infirmier		
% de cliniques disposant en permanence de médicaments psychotropes dans chaque catégorie thérapeutique		
% approximatif de cliniques dont le personnel dispense des premiers soins en santé mentale		

3. SOINS COMMUNAUTAIRES (SOINS DISPENSÉS PAR LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES ET LES AGENTS DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRES EN DEHORS DES ÉTABLISSEMENTS/ CLINIQUES)

3.1 Agents de santé communautaires

Nombre		1. Aucun impact (les services fonctionnent intégralement) <input type="checkbox"/> 2. Fonctionnement partiel (veuillez préciser) <input type="checkbox"/> 3. Aucun fonctionnement <input type="checkbox"/>
Population moyenne couverte par chaque agent		
% approximatif de personnel impliqué dans les premiers soins en santé mentale		

3.2 Agents de santé mentale communautaires (y compris les agents de réadaptation à base communautaire qui travaillent sur la santé mentale)

Nombre		1. Aucun impact (les services fonctionnent intégralement) <input type="checkbox"/> 2. Fonctionnement partiel (veuillez préciser) <input type="checkbox"/> 3. Aucun fonctionnement <input type="checkbox"/>
Population moyenne couverte par chaque agent		

OUTIL 8**LISTE DE CONTRÔLE POUR OBTENIR DES INFORMATIONS GÉNÉRALES
(NON SPÉCIFIQUES À LA SMSPS) DES RESPONSABLES SECTORIELS²⁰**

Pourquoi utiliser cet outil : Pour résumer les informations générales (non spécifiques à la SMSPS) que l'on connaît déjà concernant l'urgence humanitaire actuelle (pour éviter de collecter de nouvelles données sur des problèmes déjà connus)

Méthode : Examen des documents disponibles

Durée requise : Un jour

Ressources humaines requises : Une personne

Contexte

Les questions de protection, d'éducation et de besoins physiques de base sont les aspects fondamentaux du contexte où s'inscrit la réponse à un problème psychosocial ou de santé mentale. Le rapport d'évaluation doit contenir au minimum un paragraphe détaillant ces questions. Ces informations seront obtenues auprès des organismes des secteurs/clusters concernés ou sur des sites Internet ; contacter les organismes responsables concernés est vraisemblablement la façon la plus rapide d'obtenir des informations clés.

Type d'information	Source suggérée d'information	Qui contacter	Information reçue ?
1. Taille de la population	Gouvernement Agence de coordination générale des Nations Unies		<input type="checkbox"/>
2. Groupes exposés	Agence de coordination générale des Nations Unies		<input type="checkbox"/>
3. Taille des groupes exposés	Agence de coordination générale des Nations Unies		<input type="checkbox"/>
4. Mortalité	Agence de coordination générale des Nations Unies Responsable du secteur/cluster Santé		<input type="checkbox"/>
5. Menaces sur la mortalité	Agence de coordination générale des Nations Unies Responsable du secteur/cluster Santé		<input type="checkbox"/>
6. Accès aux besoins fondamentaux : nourriture	Responsable du secteur/cluster Nutrition et alimentation		<input type="checkbox"/>
7. Accès aux besoins fondamentaux : logement	Responsable du secteur/cluster Hébergement d'urgence		<input type="checkbox"/>
8. Accès aux besoins fondamentaux : eau et assainissement	Responsable du secteur/cluster Eau, assainissement et hygiène		<input type="checkbox"/>
9. Accès aux besoins fondamentaux : soins de santé et services de santé mentale existants	Responsable du secteur/cluster Santé		<input type="checkbox"/>
10. Accès à l'éducation	Responsable du secteur/cluster Éducation		<input type="checkbox"/>
11. Violations des droits de l'homme et cadres de protection	Responsable du secteur/cluster Protection		<input type="checkbox"/>
12. Structures et dynamiques sociales, politiques, religieuses et économiques	Responsable du secteur/cluster Protection		<input type="checkbox"/>
13. Changements des moyens de subsistance et de la vie quotidienne en communauté	Responsable du secteur/cluster Nutrition Responsable du secteur/cluster Gestion et coordination des camps Responsable du secteur/cluster Protection Responsable du secteur/cluster Hébergement d'urgence		<input type="checkbox"/>
14. Services sociaux et d'éducation, et impact de la crise sur ces derniers	Responsable du secteur/cluster Éducation Responsable du secteur/cluster Protection		<input type="checkbox"/>

²⁰ Référence recommandée : World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. Checklist on Obtaining General (non-MHPSS) Information from Sector Leads/Clusters. In: *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings*. Geneva: WHO, 2012.

OUTIL 9

MODÈLE POUR L'ANALYSE DOCUMENTAIRE DES INFORMATIONS PRÉEXISTANTES DANS LA RÉGION/LE PAYS CONCERNANT LA SANTÉ MENTALE ET LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL²¹

Pourquoi utiliser cet outil : Pour résumer les informations concernant la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans cette région/ce pays que l'on connaissait déjà avant l'urgence humanitaire actuelle (pour éviter de collecter de nouvelles données sur des problèmes déjà connus)

Méthode : Revue de la littérature

Durée requise : De 7 à 10 jours

Ressources humaines requises : Deux personnes

Contexte

La principale partie de cet outil (partie A) est constituée d'un extrait de table des matières destinée à une analyse documentaire.

La table des matières de la partie A de cet outil présente les principaux thèmes sous lesquels les informations existantes doivent être résumées, mais ces thèmes doivent être adaptés à chaque contexte. La portée de la couverture de chaque thème dépend des informations disponibles. Les informations disponibles et importantes seront différentes pour chaque crise humanitaire. **Généralement, chaque entrée de la table des matières peut faire l'objet d'un paragraphe dans l'analyse documentaire.**

Il sera souvent utile d'ajouter les informations recueillies en interrogeant des experts nationaux et internationaux. Des exemples de questions à poser à ces derniers sont mentionnés dans la partie B, qui contient les données primaires éventuellement collectées pour compléter les données identifiées grâce à l'analyse documentaire. Si le temps disponible le permet, il est recommandé de faire lire l'analyse à au moins deux experts locaux avant de la terminer.

La flexibilité de cet outil doit permettre d'éviter toute répétition superflue dans le rapport final. **Il est fondamental que le rapport soit tout à fait compréhensible par des personnes ne disposant pas d'un niveau scolaire avancé ; le jargon et la théorie sont donc à proscrire.** Si possible, le rapport sera rédigé en langage clair.

Le rapport sera partagé sous format électronique avec tous ceux travaillant sur la santé mentale et le soutien psychosocial. En outre, si nécessaire, le rapport sera traduit dans les principales langues locales.

Pour obtenir des conseils sur la façon de réaliser des revues de la littérature, consultez Galvan, J.L. (2006). *Writing Literature Reviews: a Guide for Students of the Social and Behavioral and Sciences* – 4th Edition. Pycszak. Pour consulter un exemple : http://www.who.int/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_eng.pdf

²¹ Source : IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Template for Desk Review of Pre-Existing Information Relevant to Mental Health and Psychosocial Support in the Region/Country. In: *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*, forthcoming. Ce modèle a été reproduit ici avec l'autorisation du groupe de référence du CPI.

A. EXEMPLE DE TABLE DES MATIÈRES D'UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

1 Introduction

- 1.1 Justification de l'analyse documentaire (description de la situation d'urgence actuelle/récente)
- 1.2 Description de la méthodologie utilisée pour collecter les informations existantes (y compris tous les termes d'interrogation de bibliothèques utilisés)

2 Contexte général

- 2.1 Aspects géographiques (par ex. climat, pays voisins)
- 2.2 Aspects démographiques (par ex. taille de la population, répartition des âges, langues, éducation/alphabétisation, groupes religieux, groupes ethniques, schémas de migration, groupes particulièrement exposés en cas de crise humanitaire)
- 2.3 Aspects historiques (par ex. histoire primitive, colonisation, histoire politique contemporaine)
- 2.4 Aspects politiques (par ex. organisation de l'État/du gouvernement, répartition des pouvoirs, groupes minoritaires ou factions contestataires)
- 2.5 Aspects religieux (par ex. groupes religieux, principales croyances et pratiques religieuses, relations entre les différents groupes)
- 2.6 Aspects économiques (par ex. Indice de développement humain, principaux moyens de subsistance et sources de revenus, taux de chômage, pauvreté, ressources)
- 2.7 Égalité des sexes et questions familiales (par ex. organisation de la vie familiale, rôles traditionnels de chaque sexe)
- 2.8 Aspects culturels (traditions, tabous, rituels)
- 2.9 Aspects généraux de santé
 - 2.9.1 Mortalité, menaces sur la mortalité et maladies courantes
 - 2.9.2 Aperçu de la structure du système général et formel de santé

3 Contexte de la santé mentale et psychosocial

- 3.1. Problèmes et ressources psychosociaux et de santé mentale
 - 3.1.1 Études épidémiologiques menées dans le pays sur les troubles mentaux et les facteurs de risque/protection, taux de suicide
 - 3.1.2 Expressions locales (idiomes) pour la détresse et diagnostics populaires, concepts locaux du traumatisme et de la perte
 - 3.1.3 Modèles explicatifs des troubles mentaux et psychosociaux
 - 3.1.4 Concepts du soi/de l'individu (par ex. relations entre le corps, l'âme et l'esprit)
 - 3.1.5 Principales sources de détresse (par ex. pauvreté, enfance maltraitée, infertilité)
 - 3.1.6 Rôle du secteur formel et informel de l'éducation dans le soutien psychosocial
 - 3.1.7 Rôle du secteur social formel (par ex. services sociaux) dans le soutien psychosocial
 - 3.1.8 Rôle du secteur social informel (par ex. systèmes de protection communautaires, systèmes de voisinage, autres ressources communautaires) dans le soutien psychosocial
 - 3.1.9 Rôle du système de santé non allopathique (y compris le système de santé traditionnel) dans la santé mentale et le soutien psychosocial
 - 3.1.10 Modalités de la demande d'aide (où s'adressent les individus pour obtenir de l'aide et pour quels problèmes)
- 3.2 Le système de santé mentale
 - 3.2.1 Politique de santé mentale, responsabilités et cadre législatifs
 - 3.2.2 Description des services formels de santé mentale (soins primaires, secondaires et tertiaires) Utilisation de l'Atlas de la santé mentale et des rapports WHO-AIMS (Instrument d'évaluation des systèmes de santé de l'OMS) entre autres sources pour connaître la disponibilité des services de santé mentale, des ressources humaines en santé mentale, la façon dont les services de santé mentale sont utilisés, leur accessibilité (par ex. distance, coût) et leur qualité.
 - 3.2.3 Rôles respectifs du gouvernement, du secteur privé, des ONG et des guérisseurs traditionnels dans les soins de santé mentale

4 Contexte humanitaire

- 4.1 Histoire des urgences humanitaires dans le pays
- 4.2 Expériences avec l'aide humanitaire passée en général
- 4.3 Expériences avec l'aide humanitaire passée impliquant la santé mentale et le soutien psychosocial

5 Conclusion

- 5.1 Lacunes et défis attendus en santé mentale et soutien psychosocial
- 5.2 Opportunités attendues en santé mentale et soutien psychosocial

6 Références

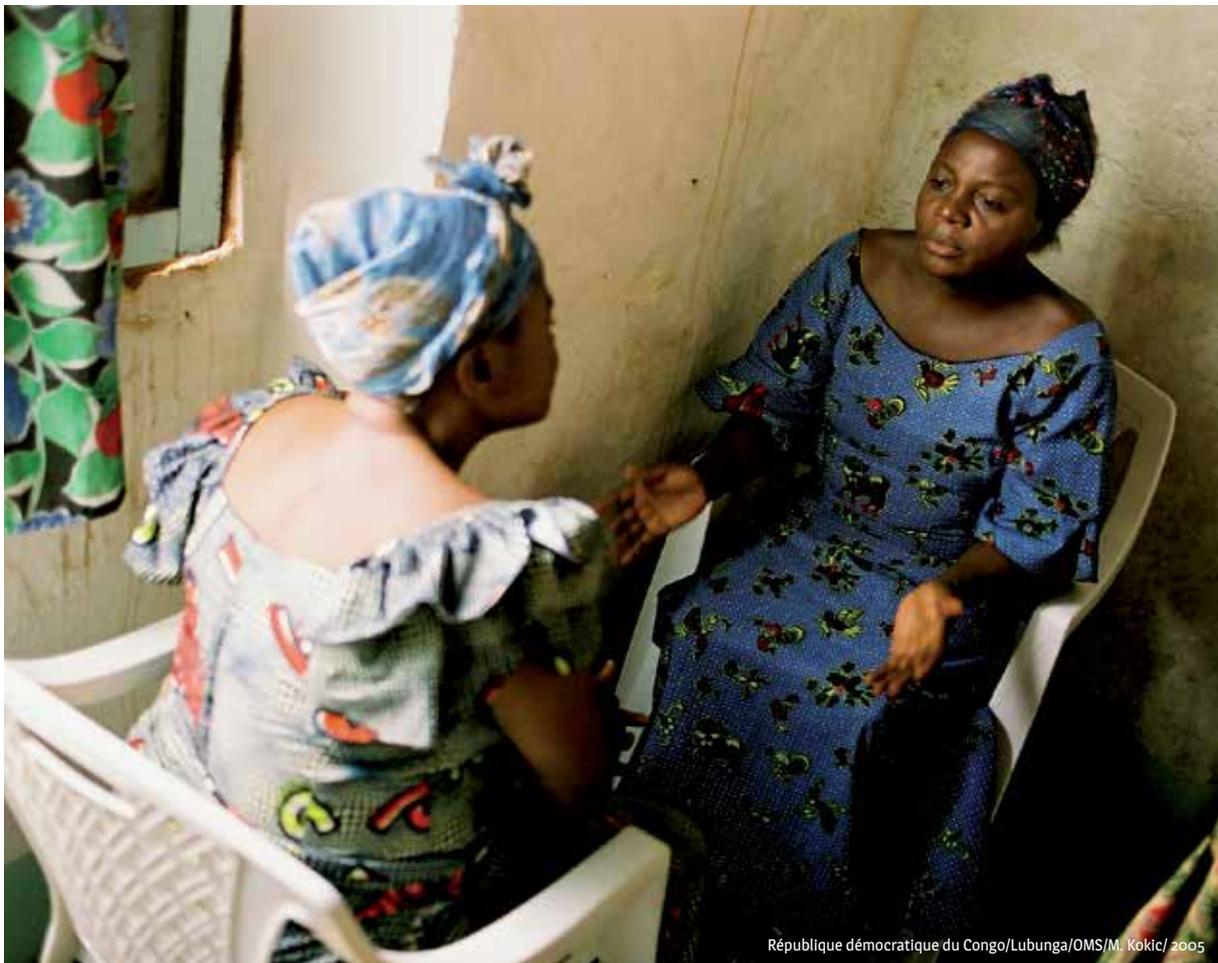
B. DONNÉES À COLLECTER LORS D'ENTRETIENS AVEC DES EXPERTS CULTURELS ET MÉDICAUX, DES ANTHROPOLOGUES SOCIAUX, DES SOCIOLOGUES, D'AUTRES EXPERTS SOCIOCULTURELS OU DES INFORMATEURS CLÉS

Remarque : il s'agit des données primaires pouvant être collectées pour compléter les données identifiées grâce à l'analyse documentaire.

Quelles sont les principales préoccupations, croyances et questions culturelles que les organisations d'aide humanitaire doivent prendre en compte lorsqu'elles travaillent sur la santé mentale et le soutien psychosocial à destination de [DONNEZ UN EXEMPLE DE GROUPE CIBLE, PAR EXEMPLE : VICTIMES DE PERTES ; FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES] ? Quelles sont les actions à éviter ?

[APPROFONDISSEZ SI NÉCESSAIRE LES POINTS SUIVANTS]

- Façons locales de décrire les difficultés émotionnelles
- Ressources existantes pour affronter les difficultés émotionnelles
- Structures du pouvoir local (par ex. hiérarchies locales basées sur la parenté, l'âge, le sexe, les connaissances du surnaturel)
- Situation politique (par ex. questions de favoritisme, corruption, instabilité)
- Interactions entre les divers groupes sociaux (par ex. ethniques et religieux)
- Groupes socialement vulnérables ou marginalisés
- Précédentes difficultés ou mauvaises expériences avec les organisations d'aide humanitaire
- Relations entre les sexes
- Acceptation de services organisés par des individus n'appartenant pas à la communauté
- Tout autre élément que les organisations d'aide humanitaire doivent connaître



République démocratique du Congo/Lubunga/OMS/M. Kobic/ 2005

OUTIL 10 ÉVALUATION PARTICIPATIVE : PERCEPTIONS DES MEMBRES ORDINAIRES DE LA COMMUNAUTÉ²²

Pourquoi utiliser cet outil : Pour connaître l'opinion locale sur les problèmes et la façon d'y faire face de façon participatoire, afin d'obtenir des informations sur l'action SMSPS appropriée

Méthode : Entretiens avec des membres ordinaires de la communauté (liste libre accompagnée de questions complémentaires)

Durée requise : Un à deux jours

Ressources humaines requises : Quatre personnes

Contexte

Cet outil permet d'obtenir des informations rapides des membres ordinaires de la communauté vivant une situation humanitaire.

La première question de cet outil implique de dresser une liste libre souvent utile au début d'une évaluation pour obtenir un aperçu des différents types de problèmes et de ressources d'une communauté. La liste libre est dressée en demandant à un individu (souvent le membre ordinaire d'une communauté) de donner autant de réponses que possible à une seule question. Cette liste peut porter sur de nombreux thèmes. Par exemple, il est possible de demander aux répondants de dresser la liste des types de problèmes qu'ils rencontrent, ce qu'ils font lorsqu'ils rencontrent des problèmes, où ils s'adressent pour obtenir de l'aide, etc.

Dans l'outil décrit ci-dessous, l'enquêteur demande aux répondants de dresser la liste des problèmes qu'ils rencontrent. L'enquêteur choisit alors le type de problème qui nous concerne (c'est-à-dire les problèmes de santé mentale et psychosociaux) pour évaluer de façon approfondie quel est l'impact ressenti du problème sur les activités de la vie quotidienne et comment les individus l'affrontent.

Afin de dresser cette liste, vous pouvez procéder à des entretiens individuels ou en groupe. Les entretiens individuels seront toutefois privilégiés car, en groupe, les participants risquent d'influencer réciproquement leurs réponses. Il est recommandé d'interroger un minimum de 10 à 15 individus. Vous pouvez interroger plus de 15 individus si vous estimez que des entretiens supplémentaires vont apporter des informations nouvelles et pertinentes.

Il est généralement utile de poser ces questions séparément aux hommes et aux femmes (et, le cas échéant, aux enfants, aux adolescents et aux adultes) et de comparer les éventuelles différences.

Avant d'utiliser l'outil, vous devez être formé aux techniques générales d'entretien applicables à des entretiens semi-directifs dans des situations humanitaires, par exemple comment approfondir et ne pas introduire de biais.

22 Source : IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Participatory Assessment I: Perceptions by General Community Members. In: *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*, forthcoming. Cet outil a été reproduit ici avec l'autorisation du groupe de référence du CPI.

Consentement éclairé

Il est important d'obtenir un consentement éclairé avant de procéder à l'entretien. Un exemple sur la façon de l'obtenir est donné ci-dessous.

Bonjour, je m'appelle _____ et je travaille pour _____. Nous travaillons en ____ (région) sur _____ (type de travail) pendant ____ (durée). Nous interrogeons actuellement les habitants de cette région. Notre objectif est de connaître les problèmes rencontrés par les habitants de la région et de déterminer comment nous pouvons les aider. Nous ne pouvons pas vous promettre de vous aider en échange de cet entretien. Nous sommes seulement là pour vous poser des questions et tirer des leçons de votre expérience. Vous être libre de participer ou non.

Si vous choisissez d'être interrogé, je peux vous assurer que vos coordonnées resteront anonymes et que personne ne saura ce que vous nous avez dit. Nous ne pouvons rien vous donner en échange de votre participation mais le temps que vous nous accorderez et vos réponses sont d'une grande importance pour nous. Avez-vous des questions ?

- Souhaiteriez-vous être interrogé ?
1. Oui
 2. Non

Entretien

Étape 1 : Liste libre

1.1 L'entretien débute en dressant une liste libre de tous les types de problèmes rencontrés, en réponse à la question suivante.

« Quels sont les problèmes rencontrés par _____ [INDIQUEZ LE GROUPE VISÉ] suite à la situation humanitaire ? Indiquez tous les problèmes auxquels vous pouvez penser. »

Remarques :

- a) Le groupe visé peut être composé des femmes de la communauté, des hommes de la communauté, des adolescentes de la communauté, des enfants de la communauté, etc.
- b) Lorsque vous utilisez la méthode de la liste libre, vous encouragez régulièrement le répondant à donner plus de réponses. Ainsi, lorsque le répondant reste silencieux après avoir évoqué quelques problèmes, vous pouvez demander :

« *Quels sont les autres* problèmes rencontrés par _____ [INDIQUEZ LE GROUPE VISÉ] suite à la situation humanitaire ? Indiquez tous les problèmes auxquels vous pouvez penser. » Le répondant peut désormais mentionner quelques problèmes supplémentaires. Vous reposez ensuite la question jusqu'à ce que le répondant n'ait plus de réponse à donner.
- c) Une fois la liste terminée, il convient de demander au répondant une brève description de chaque problème afin d'établir le tableau suivant.

TABLEAU 1. LISTE DES PROBLÈMES (DE TOUTE SORTE)

Problème	Description
1.1.1	
1.1.2	
1.1.3	
1.1.4	
1.1.5	
1.1.6	
1.1.7	
1.1.8	
1.1.9	
1.1.10	
1.1.11	
1.1.12	
1.1.13	
1.1.14	
1.1.15	
1.1.16	
1.1.17	
1.1.18	
1.1.19	
1.1.20	

1.2 Ensuite, en vous basant sur les réponses à la question 1.1, suivez les instructions ci-dessous pour sélectionner spécifiquement les problèmes de santé mentale et psychosociaux.

Sélectionnez les problèmes qui concernent spécifiquement la santé mentale/l'aspect psychosocial, comme :

- (a) les problèmes liés aux relations sociales (violence domestique et communautaire, enfance maltraitée, séparations familiales) ;
- (b) les problèmes liés :
 - aux sentiments (par ex. la tristesse ou la peur) ;
 - aux pensées (par ex. l'inquiétude) ;
 - aux comportements (par ex. l'alcoolisme).

Copiez ces résultats dans le Tableau 1.2 ci-dessous ainsi que dans la première colonne des Tableaux 3.1 et 3.2 suivants.

TABLEAU 1.2 LISTE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE/PSYCHOSOCIAUX
1.2.1
1.2.2
1.2.3
1.2.4
1.2.5
1.2.6
1.2.7
1.2.8
1.2.9
1.2.10

Étape 2 : Classification

2.1 Interrogez le répondant pour connaître les problèmes de santé mentale/psychosociaux qu'il juge importants et pourquoi.

« Vous avez mentionné plusieurs problèmes, dont [CITEZ LES PROBLÈMES FIGURANT AU TABLEAU 1.2]. Parmi ces problèmes, quel est le plus important ? » « Pourquoi ? »

« Parmi ces problèmes, quel est le deuxième plus important ? » « Pourquoi ? »

« Parmi ces problèmes, quel est le troisième plus important ? » « Pourquoi ? »

TABLEAU 2.1 CLASSEMENT DES TROIS PROBLÈMES LES PLUS IMPORTANTS	
2.1.1	Problème :
	Explication :
2.1.2	Problème :
	Explication :
2.1.3	Problème :
	Explication :

Étape 3 : Activités de la vie quotidienne et mode d'affrontement des problèmes

3.1 Essayez d'identifier l'impact des problèmes de santé mentale/psychosociaux sur les activités de la vie quotidienne en demandant aux répondants les tâches affectées.

« Parfois [CITEZ UN PROBLÈME DU TABLEAU 1.2] empêche une personne de réaliser facilement ses tâches habituelles, comme les actions qu'elle entreprend pour elle-même, sa famille ou sa communauté. Si [CITEZ LE GROUPE VISÉ] souffre de [CITEZ DE NOUVEAU LE PROBLÈME DU TABLEAU 1.2], quel type de tâches sera difficile à accomplir pour ce groupe ? »

Consignez la réponse au Tableau 3.1. Répétez la question pour chaque problème mentionné au Tableau 1.2.

TABLEAU 3.1 DIFFICULTÉS À RÉALISER LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	
Répétez la question pour chaque problème mentionné au Tableau 1.2.	
Problèmes de santé mentale/ psychosociaux (figurant au Tableau 1.2)	Tâche concernée
1.2.1	3.1.1
1.2.2	3.1.2
1.2.3	3.1.3
1.2.4	3.1.4
1.2.5	3.1.5
1.2.6	3.1.6
1.2.7	3.1.7
1.2.8	3.1.8
1.2.9	3.1.9
1.2.10	3.1.10

3.2 Ensuite, essayez d'identifier comment les individus affrontent chacun de ces problèmes de santé mentale/psychosociaux et si cela les aide.

« Quel type de mesures les _____ [CITEZ LES PERSONNES COMPOSANT LE GROUPE VISÉ] prennent pour régler ces problèmes ? Par exemple, quelles mesures prennent-elles seules, avec leur famille ou avec leur communauté ? » « Est-ce que ces mesures les aident à faire face au problème ? »

Consignez la réponse au Tableau 3.2. Répétez la question pour chaque problème mentionné au Tableau 1.2.

TABLEAU 3.2 MODE D'AFFRONTEMENT DES PROBLÈMES		
Répétez la question pour chaque problème mentionné au Tableau 1.2.		
Problèmes de santé mentale/psychosociaux (figurant au tableau 1.2)	Mode d'affrontement	Le mode d'affrontement des problèmes s'avère-t-il utile ?
1.2.1	3.2.1	Oui/Non
1.2.2	3.2.2	Oui/Non
1.2.3	3.2.3	Oui/Non
1.2.4	3.2.4	Oui/Non
1.2.5	3.2.5	Oui/Non
1.2.6	3.2.6	Oui/Non
1.2.7	3.2.7	Oui/Non
1.2.8	3.2.8	Oui/Non
1.2.9	3.2.9	Oui/Non
1.2.10	3.2.10	Oui/Non

OUTIL 11**ÉVALUATION PARTICIPATIVE : PERCEPTIONS DES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ AYANT UNE CONNAISSANCE APPROFONDIE DE LA COMMUNAUTÉ²³**

Pourquoi utiliser cet outil : Pour connaître l'opinion locale sur les problèmes et la façon d'y faire face de façon participatoire, afin d'obtenir des informations sur l'action SMSPS appropriée

Méthode : Entretiens avec les informateurs clés (individuels ou en groupe)

Ressources humaines requises : Une personne

Durée requise : Trois jours pour collecter les données (en supposant que l'enquêteur réalise quatre entretiens par jour) et trois jours pour l'analyse et l'établissement du rapport

Contexte

Cet outil est particulièrement utile pour collecter des informations plus approfondies après avoir obtenu les informations préliminaires (voir [Outil 10](#))

Cet outil présente des questions à poser lors **des entretiens avec les groupes ou les informateurs clés de la communauté qui sont censés avoir des connaissances approfondies sur la communauté concernée**. Il peut s'agir de membres du comité d'un camp de déplacés/réfugiés, de personnel local, de chefs religieux, de guérisseurs traditionnels, de responsables d'association pour le droit des femmes, de sages-femmes, de responsables de clubs de jeunesse, de directeurs d'école, de professeurs, de conseillers, etc. Les jeunes peuvent également être interrogés.

Il ne s'agit pas d'utiliser toutes les questions de cet outil, mais plutôt de choisir les questions qui sont appropriées à votre cas. Souvenez-vous qu'une des erreurs fréquemment commises dans les évaluations est de poser trop de questions qui ne sont ensuite pas analysées, rapportées ni utilisées. Vous ne devez donc pas poser plus de questions que nécessaire. Les entretiens ne devraient pas durer plus d'une heure. Si un entretien dure plus d'une heure, il est généralement préférable de convenir d'un second rendez-vous pour poursuivre l'entretien.

En adaptant le questionnaire au contexte local, **ne modifiez pas** l'ordre des questions de l'entretien (c'est-à-dire tout d'abord des questions sur les problèmes rencontrés par un sous-groupe de la population, puis sur ce que les personnes de ce sous-groupe font déjà pour résoudre le problème et enfin sur l'aide supplémentaire qui pourrait être nécessaire).

Ces entretiens peuvent être réalisés en individuel ou en groupe. Les entretiens individuels seront toutefois privilégiés car, en groupe, les participants risquent d'influencer réciproquement leurs réponses. Il est recommandé d'interroger au minimum 10 à 15 personnes. Vous pouvez interroger plus de 15 individus si vous estimez que des entretiens supplémentaires vont apporter des informations nouvelles et pertinentes.

Avant d'utiliser cet outil, vous devez être formé aux techniques générales d'entretien applicables à des entretiens semi-directifs dans des situations humanitaires, par exemple comment approfondir et ne pas introduire de biais. Abstenez-vous de poser des questions trop sensibles qui risquent de mettre les personnes présentes (l'enquêteur, le répondant ou tout autre individu) en danger. Selon le contexte, ces questions seront uniquement posées lors d'entretiens individuels des informateurs clés (par exemple des questions sur les personnes présentant un risque de subir des violations des droits de l'homme).

23 IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Participatory Assessment II: Perceptions by community members with in-depth knowledge of the community. In: *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*, forthcoming. Cet outil a été reproduit ici avec l'autorisation du groupe de référence du CPI.

Notez qu'il peut être particulièrement approprié d'interroger les guérisseurs traditionnels / religieux / indigènes sur les perceptions locales des ressources disponibles en matière de santé mentale. Un outil spécifique comportant des questions à leur poser est disponible sur demande. Cet outil est particulièrement adapté pour mettre en œuvre l'Action 6.4 des directives du CPI sur la collaboration éventuelle avec les guérisseurs.

Consentement éclairé

Il est important d'obtenir un consentement éclairé avant de procéder à l'entretien. Un exemple sur la façon de l'obtenir est donné ci-dessous.

Bonjour, je m'appelle ____ et je travaille pour _____. Nous travaillons en ____ (région) sur _____ (type de travail) pendant ____ (durée). Nous interrogeons actuellement les personnes qui, selon nous, connaissent bien les individus affectés par [NOM DE LA CRISE HUMANITAIRE, PAR EXEMPLE INONDATIONS, EXPLOSION, CONFLIT ARMÉ]. Lors de cet entretien, je voudrais vous questionner au sujet des divers problèmes rencontrés par la communauté. Je voudrais également vous demander comment les individus affrontent ces problèmes et si une aide supplémentaire serait nécessaire.

Notre objectif est de tirer parti de vos connaissances et de votre expérience pour proposer un meilleur soutien. Nous ne pouvons pas vous promettre de vous aider en échange de cet entretien. Nous sommes *seulement* là pour vous poser des questions et tirer des leçons de votre expérience. Vous être libre de participer ou non.

Si vous décidez d'être interrogé, je peux vous assurer que toutes les informations que vous nous communiquerez resteront confidentielles. Vous être libre de ne pas participer. Nous ne pouvons rien vous donner en échange de votre participation mais le temps que vous nous accorderez et vos réponses sont d'une grande importance pour nous. Vous pouvez également arrêter l'entretien quand vous le souhaitez. Avez-vous des questions ? Souhaiteriez-vous être interrogé ?

1. Oui
2. Non

A. LES SOURCES DE DÉTRESSE

Je voudrais tout d'abord vous questionner sur les problèmes rencontrés par la communauté.

- Selon les membres de votre communauté, qu'est-ce qui a provoqué [NOM DE LA CRISE HUMANITAIRE ACTUELLE, PAR EXEMPLE INONDATIONS, EXPLOSION, CONFLIT ARMÉ] ?
- Toujours selon eux, quelles sont les conséquences de [NOM DE LA CRISE HUMANITAIRE, PAR EXEMPLE INONDATIONS, EXPLOSION, CONFLIT ARMÉ] ?
- Selon eux, quelles seront les conséquences ultérieures de [NOM DE LA CRISE HUMANITAIRE, PAR EXEMPLE INONDATIONS, EXPLOSION, CONFLIT ARMÉ] ?
- Comment la vie quotidienne de la communauté a-t-elle été affectée par [NOM DE LA CRISE HUMANITAIRE, PAR EXEMPLE INONDATIONS, EXPLOSION, CONFLIT ARMÉ] ?
- Comment les moyens de subsistance, les activités, le travail des membres de la communauté ont-ils été affectés par [NOM DE LA CRISE HUMANITAIRE, PAR EXEMPLE INONDATIONS, EXPLOSION, CONFLIT ARMÉ] ?
- Comment les individus essaient-ils de se reconstruire et de se remettre de la crise ?

B. LES GROUPES EXPOSÉS

- Dans votre communauté, quels sont les individus souffrant le plus de la crise actuelle ? ... Qui d'autre ? ... Et qui encore ?

C. NATURE DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET SOUTIEN

C1. Maintenant, j'aimerais vous poser un certain nombre de questions sur les enfants bouleversés/en détresse psychologique. (REMARQUE: vous pouvez répéter cette question pour les garçons et les filles séparément et pour les divers groupes d'âge, par ex. les enfants de moins de 6 ans, les enfants de 6 à 12 ans et les adolescents de 13 à 18 ans).

- Comment un étranger à la communauté pourrait-il reconnaître un enfant en état de bouleversement émotionnel/détresse psychologique en raison de [NOM DE LA CRISE HUMANITAIRE, PAR EXEMPLE INONDATIONS, EXPLOSION, CONFLIT ARMÉ] ?
 - a. À quoi ressemblent ces enfants ?
 - b. Comment se comportent-ils ?
 - c. Existe-t-il différents types de bouleversement émotionnel ? Quels sont-ils ?
 - d. Comment puis-je différencier [CITEZ LA RÉPONSE DONNÉE EN C1] ?
- Dans des circonstances normales (avant l'urgence actuelle), que font généralement les membres de la communauté pour réduire le bouleversement/la détresse des enfants ?
- Que font actuellement les membres de communauté pour réduire le bouleversement/la détresse des enfants ?
- Quelles autres mesures sont actuellement prises pour aider les enfants en état de bouleversement émotionnel/détresse psychologique ?
- Où s'adressent les enfants en état de bouleversement/détresse pour trouver de l'aide ?
- Quelles autres mesures pourraient être prises pour aider les enfants bouleversés/en détresse ?

C2. Maintenant, j'aimerais vous poser un certain nombre de questions sur les femmes en état de bouleversement émotionnel/détresse psychologique.

- Comment un étranger à la communauté pourrait-il reconnaître une femme qui est en état de bouleversement émotionnel/détresse psychologique en raison de [NOM DE LA CRISE HUMANITAIRE, PAR EXEMPLE INONDATIONS, EXPLOSION, CONFLIT ARMÉ] ?
 - a. À quoi ressemblent ces femmes ?
 - b. Comment se comportent-elles ?
 - c. Existe-t-il différents types de bouleversement émotionnel ? Quels sont-ils ?
 - d. Comment puis-je différencier [CITEZ LA RÉPONSE DONNÉE EN C2] ?
- Dans des circonstances normales (avant l'urgence actuelle), que font généralement les membres de la communauté pour réduire le bouleversement/la détresse des femmes ?
- Que font actuellement les membres de communauté pour réduire le bouleversement/la détresse des femmes ?
- Quelles autres mesures sont actuellement prises pour aider les femmes en état de bouleversement émotionnel/détresse psychologique ?
- Où s'adressent les femmes en état de bouleversement/détresse pour trouver de l'aide ?
- Quelles autres mesures pourraient être prises pour aider les femmes bouleversées/en détresse ?

C3. Maintenant, j'aimerais vous poser un certain nombre de questions sur les hommes en état de bouleversement émotionnel/détresse psychologique.

- Comment un étranger à la communauté pourrait-il reconnaître un homme qui est en état de bouleversement émotionnel/détresse psychologique en raison de [NOM DE LA CRISE HUMANITAIRE, PAR EXEMPLE INONDATIONS, EXPLOSION, CONFLIT ARMÉ] ?
 - a. À quoi ressemblent ces hommes ?
 - b. Comment se comportent-ils ?
 - c. Existe-t-il différents types de bouleversement émotionnel ? Quels sont-ils ?
 - d. Comment puis-je différencier [CITEZ LA RÉPONSE DONNÉE EN C3] ?
- Dans des circonstances normales (avant l'urgence actuelle), que font généralement les membres de la communauté pour réduire le bouleversement/la détresse des hommes ?
- Que font actuellement les membres de communauté pour réduire le bouleversement/la détresse des hommes ?
- Quelles autres mesures sont actuellement prises pour aider les hommes en état de bouleversement émotionnel/détresse psychologique ?
- Où s'adressent les hommes en état de bouleversement/détresse pour trouver de l'aide ?
- Quelles autres mesures pourraient être prises pour aider les hommes bouleversés/en détresse ?

C4. J'aimerais à présent vous questionner sur ce qui se passe en cas de décès dans votre communauté.

- Lorsque quelqu'un meurt dans la communauté, comment la famille et les amis expriment-ils leur peine ?
 - a. Quelles sont les premières mesures à prendre ? Pourquoi ?
 - b. Comment les autres membres de la famille/les amis/les membres de la communauté expriment-ils leur soutien ?
 - c. Que fait-on de la dépouille ?
 - d. Quelles autres actions doivent être entreprises ?
 - e. Combien de temps le deuil dure-t-il ?
 - f. Que se passe-t-il si le corps ne peut être retrouvé/identifié ?
- Que se passe-t-il si le processus que vous avez décrit (par ex. l'enterrement) ne peut être réalisé ?
- À l'heure actuelle, que font les membres de la communauté pour aider les familles et les amis endeuillés ?
- Quelles autres mesures sont actuellement prises pour aider les personnes endeuillées ?
- Où s'adressent les personnes endeuillées pour obtenir de l'aide ?
- Quelles autres mesures pourraient être prises pour aider les personnes endeuillées ?

C5. Dans toutes les communautés, on trouve des gens atteints de troubles mentaux. Puis-je vous poser des questions à leur sujet ? (REMARQUE: l'expression troubles mentaux peut ne pas être très bien comprise. Si nécessaire, utilisez un synonyme approprié qui sera compris.)

- Y a-t-il, dans votre communauté, des individus souffrant de troubles mentaux ?
- Quels types de problèmes ont-ils ?
- En général, qu'est-ce que les membres de communauté pensent des individus atteints de troubles mentaux ? Comment les traitent-ils ?
- Dans des circonstances normales (avant l'urgence actuelle), que font généralement les membres de la communauté pour aider les individus atteints de troubles mentaux ?
- À l'heure actuelle, que font les membres de la communauté pour aider les individus atteints de troubles mentaux ?
- Quelles autres mesures sont actuellement prises pour aider les individus souffrant de troubles mentaux ?
- Où s'adressent les personnes atteintes de troubles mentaux pour obtenir de l'aide ?
- Quelles autres mesures pourraient être prises pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux ?

C6. Dans la plupart des communautés, on trouve des individus (hommes, femmes et enfants) victimes de viols ou d'abus sexuels. Puis-je vous poser des questions à leur sujet ? (REMARQUE : des questions supplémentaires peuvent être posées en remplaçant l'expression « victimes de viols ou d'abus sexuels » par « torturés » ou tout autre évènement potentiellement traumatisant.)

- Quels problèmes doit affronter une victime de viol ?
- En général, qu'est-ce que les membres de communauté pensent des victimes de viol ? Comment les traitent-ils ?
- Dans des circonstances normales (avant l'urgence actuelle), que font généralement les membres de la communauté pour aider les victimes de viol ?
- À l'heure actuelle, que font les membres de la communauté pour aider les victimes de viol ?
- Quelles autres mesures sont actuellement prises pour aider les victimes de viol ?
- Où s'adressent les victimes de viol pour obtenir de l'aide ?
- Quelles autres mesures pourraient être prises pour aider les victimes de viol ?

C7. Dans la plupart des communautés, on trouve des individus qui ont des problèmes d'alcool. Puis-je vous poser des questions à leur sujet ? (REMARQUE : selon le contexte, les questions ci-dessous peuvent également être posées pour la drogue.)²⁴

- Si quelqu'un boit fréquemment beaucoup d'alcool, quels types de problèmes cela engendre-t-il dans sa famille ou sa communauté ?
- Si quelqu'un boit fréquemment beaucoup d'alcool, quels types de problèmes cela engendre-t-il pour lui-même ?
- En général, que pensent les membres de la communauté des individus qui boivent beaucoup ? Comment les traitent-ils ?
- Dans des circonstances normales (avant l'urgence actuelle), que font généralement les membres de la communauté pour réduire les problèmes causés par l'alcool ?
- Que font actuellement les membres de la communauté pour réduire ces problèmes ?
- Quelles autres mesures sont actuellement prises pour traiter ces problèmes ?
- Où s'adressent les personnes pour obtenir de l'aide face à ces problèmes ?
- Que pourrait-on faire de plus pour réduire ces problèmes ?

24 Pour obtenir un outil plus approfondi sur l'alcoolisme et la toxicomanie, consultez UNHCR & WHO (2008) *Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide*. Geneva: UNHCR.

OUTIL 12**ÉVALUATION PARTICIPATIVE : PERCEPTIONS DES PERSONNES GRAVEMENT TOUCHÉES²⁵**

Pourquoi utiliser cet outil : Pour connaître l'opinion locale sur les problèmes et la façon d'y faire face de façon participatoire, afin d'obtenir des informations sur l'action SMSPS appropriée

Méthode : Entretiens avec des personnes gravement touchées (liste libre accompagnée de questions complémentaires)

Durée requise : Trois à cinq jours

Ressources humaines requises : Deux personnes

Cet outil présente des questions à utiliser lors des entretiens avec des personnes gravement affectées par la crise humanitaire, en raison par exemple d'une exposition directe à une perte ou un traumatisme majeur.

Cet outil est particulièrement utile pour collecter des informations plus approfondies après avoir obtenu des informations préliminaires avec une analyse documentaire (voir [Outil 9](#)), des entretiens avec des membres ordinaires de la communauté (voir [Outil 10](#)), ou des entretiens avec des membres de la communauté ayant une connaissance approfondie de la communauté concernée (voir [Outil 11](#)). Vous pouvez utiliser cet outil pour trianguler des données (c'est-à-dire comparer les informations de différentes sources).

La première question implique de dresser une liste libre. La liste libre est dressée en demandant à un individu de donner autant de réponses que possible à une seule question. Cette liste peut porter sur de nombreux thèmes. Vous pouvez par exemple demander aux répondants de dresser la liste des types de problèmes qu'ils rencontrent, ce qu'ils font lorsqu'ils rencontrent des problèmes, où ils s'adressent pour obtenir de l'aide, etc.

Dans l'exemple d'outil décrit ci-dessous, vous demanderez aux répondants de dresser la liste des problèmes qu'ils rencontrent. Ensuite, vous choisirez le type de problème qui nous concerne (c'est-à-dire les problèmes de santé mentale et psychosociaux) pour évaluer de façon plus approfondie le soutien dont bénéficie les individus concernés et comment ils affrontent ce problème.

Les entretiens peuvent être menés en individuel ou en groupe. Les entretiens individuels seront toutefois privilégiés car, en groupe, les participants risquent d'influencer réciproquement leurs réponses. Il est recommandé d'interroger un minimum de 10 à 15 individus. Vous pouvez interroger plus de 15 individus si vous estimez que des entretiens supplémentaires vont apporter des informations nouvelles et pertinentes.

Avant d'utiliser l'outil, vous devez être formé aux techniques générales d'entretien applicables à des entretiens semi-directifs dans des situations humanitaires, par exemple comment approfondir et ne pas introduire de biais.

Abstenez-vous de poser des questions trop sensibles qui risquent de mettre les personnes présentes (l'enquêteur, le répondant ou tout autre individu) en danger. Selon le contexte, ces questions seront uniquement posées lors d'entretiens individuels des informateurs clés (par exemple des questions sur les personnes présentant un risque de subir des violations des droits de l'homme).

Certaines questions appellent à des approfondissements ; vous ne procéderez à ces derniers que si nécessaire (c'est-à-dire si le répondant ne trouve aucune réponse après un certain temps). Il n'est **pas** nécessaire d'approfondir systématiquement, seulement pour stimuler une réponse plus complète.

25 Référence recommandée : World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. Participatory Assessment III: Perceptions by severely affected persons themselves. In: *Toolkit for the Assessment of Mental Health and Psychosocial Needs and Resources in Major Humanitarian Settings*. Geneva: WHO, 2012.

Détresse psychologique

Penser à des événements violents ou horribles peut placer les individus en état de détresse psychologique. Ces événements ne doivent donc pas être explorés en détail. Cet outil est spécialement conçu pour ne pas demander un niveau de détail trop élevé. Si le répondant souhaite parler de ces événements, vous le laisserez faire dans une certaine mesure, mais vous ne lui demanderez pas plus de détails car l'évaluation n'est pas destinée à cela. Dans tous les cas, vous serez patient et montrerez que vous écoutez.

Le répondant pourra également arrêter l'entretien à tout moment. Vous respecterez alors son souhait d'y mettre fin sans qu'il ait à vous donner de raison. Si le répondant est un peu bouleversé mais est d'accord pour continuer, vous pourrez poursuivre l'entretien. Toutefois, si un thème bouleverse grandement un individu, vous fermerez le livret d'entretien et vous resterez silencieux jusqu'à ce qu'il se calme. Vous pourrez alors dire : « Vous semblez très bouleversé. Êtes-vous d'accord pour poursuivre l'entretien ou préférez-vous arrêter ? ». À la fin de l'entretien, vous orienterez le répondant vers le meilleur intervenant psychosocial disponible et vous informerez le chef de l'équipe d'évaluation. Avant un premier entretien, vous recevrez une liste d'organismes de soutien que vous pourrez donner aux répondants.

Consentement éclairé

Bonjour, je m'appelle _____ et je travaille pour _____. Nous travaillons en ____ (région) sur _____ (type de travail) pendant ____ (durée). Nous interrogeons actuellement les habitants de cette région. Nous voudrions vous parler des problèmes que vous rencontrez en raison de la situation humanitaire et de la façon dont vous essayez d'y faire face.

Notre objectif est de tirer parti de vos connaissances et de votre expérience pour proposer un meilleur soutien. Nous ne pouvons pas vous promettre de vous aider en échange de cet entretien. Nous sommes seulement là pour vous poser des questions et tirer des leçons de votre expérience. Vous être libre de participer ou non. Nous utiliserons ces informations pour déterminer comment mieux aider les personnes rencontrant des situations similaires. Si vous choisissez d'être interrogé, je peux vous assurer que vos coordonnées resteront anonymes et que personne ne saura ce que vous avez dit. Nous ne pouvons rien vous donner en échange de votre participation mais le temps que vous nous accorderez et vos réponses sont d'une grande importance pour nous. Avez-vous des questions ? Souhaiteriez-vous être interrogé ?

1. Oui
2. Non

1. DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE

Pouvez-vous dresser la liste des problèmes que vous rencontrez actuellement en raison de la situation humanitaire ?

[LORSQUE LE RÉPONDANT CESSE DE CITER DES PROBLÈMES, VOUS POUVEZ ESSAYER D'APPROFONDIR] À quels autres problèmes devez-vous actuellement faire face en raison de la situation humanitaire ?

[DE NOUVEAU, LORSQUE LE RÉPONDANT CESSE DE CITER DES PROBLÈMES, ESSAYEZ D'APPROFONDIR] Quoi d'autre ? Quels autres problèmes rencontrez-vous à l'heure actuelle en raison de la situation humanitaire ?

1.1	
1.2	
1.3	
1.4	
1.5	
1.6	
1.7	
1.8	
1.9	
1.10	
1.11	
1.12	
1.13	
1.14	
1.15	

Lorsque le répondant ne cite aucun problème social ou psychologique, essayez d'approfondir.

- Avez-vous rencontré des problèmes dans vos relations avec les autres ? Si oui, quels types de problèmes ? [APPROFONDISSEZ SI NÉCESSAIRE. Par exemple, est-ce que les autres vous stigmatisent ou ne vous soutiennent pas ? Souhaiteriez-vous être davantage impliqué dans les activités de la communauté ?]
- Rencontrez-vous des problèmes concernant vos sentiments ? Si oui, quels types de problèmes ? [APPROFONDISSEZ SI NÉCESSAIRE. Par exemple, vous sentez-vous triste ou en colère, ou avez-vous peur ?]
- Rencontrez-vous des problèmes concernant vos pensées ? Si oui, quels types de problèmes ? [APPROFONDISSEZ SI NÉCESSAIRE. Par exemple, rencontrez-vous des problèmes pour vous concentrer ? Avez-vous du mal à arrêter de penser sans cesse ? Oubliez-vous les choses ?]
- Rencontrez-vous des problèmes de comportement ? Si oui, quels types de problèmes ? [APPROFONDISSEZ SI NÉCESSAIRE. Par exemple, faites-vous certaines choses parce que vous êtes en colère ? Faites-vous des choses que les autres trouvent étranges ?]

2. SOUTIEN SOCIAL ET MODE D'AFFRONTEMENT DE PROBLÈMES

Je suis particulièrement intéressé(e) par [CITEZ LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIAUX APPROPRIÉS PARMIS CEUX MENTIONNÉS PRÉCÉDEMMENT].

[POUR CHAQUE PROBLÈME, POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES]

2.1 Pourriez-vous me dire comment [CITEZ LE PROBLÈME] affecte votre vie quotidienne ?

2.2 Avez-vous essayé de demander de l'aide pour faire face à ce problème ?

2.3 Pourriez-vous décrire la façon dont vous avez essayé de traiter le problème ? Qu'avez-vous fait en premier lieu ?
Et ensuite ?

2.4 Avez-vous bénéficié d'un soutien pour traiter ce problème ?

2.5 Qui vous a apporté ce soutien ?

2.6 De quel type de soutien avez-vous bénéficié ?

2.7 Dans quelle mesure ce soutien vous a-t-il aidé pour régler le problème ?

2.8 Pensez-vous avoir besoin d'un soutien supplémentaire face à ce problème ?

Bibliographie

Publications citées

- Breslau N, Alvarado GF. The clinical significance criterion in DSM-IV post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine* 2007;37:1437-44.
- Bolton P, Betancourt TS. Mental health in postwar Afghanistan. *JAMA*, 2004;292: 626-8
- Horwitz AV. Transforming normality into pathology: the DSM and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior*. 2007;48: 211-22
- Rodin D, van Ommeren M. Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *International Journal of Epidemiology*. 2009;38: 1045-8
- Semrau M, van Ommeren M, Blagescu M, Griekspoor A, Howard LM, Jordans M, Lempp H, Marini A, Pedersen J, Pilotte I, Slade M, Thornicroft G. The Development and Psychometric Properties of the Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs (HESPER) Scale. *Am J Public Health*. 2012; 102(10):e55-e63.
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant R, 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;302:537-49
- WHO (2005) *Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia*. WHO: Geneva.
- Reconstruire en mieux : pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence - Résumé d'orientation*. Genève : OMS, 2013.

Directives

- Inter-Agency Standing Committee (IASC). *Directives du Cpi concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Genève : IASC, 2007
http://whqlibdoc.who.int/iasc/2007/9781424334469_fre.pdf
- IASC Global Health Cluster. *Guide Responsabilité Sectorielle Santé : Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national*. Genève: OMS, 2009.
http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/fr/index.html
- IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir*. Genève, 2010. http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_french.pdf
- Le Projet Sphère. *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*. Genève : le Projet Sphère, 2011. <http://www.sphereproject.org/sphere/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. *La Santé mentale dans les Situations d'urgence*. Genève, 2003.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67921/1/WHO_MSD_MER_03.01_fre.pdf

Code d'éthique

Organisation mondiale de la Santé. *Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence*. Genève, OMS, 2007.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595680_fre.pdf

Collecte de données sur les systèmes de santé mentale existants

IASC Global Health Cluster : *Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS)*.
Genève : OMS, 2010

http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/herams_services_checklist_fr.pdf

United Nations High Commission for Refugees. *Health Information System (H.I.S.)*. Geneva, 2009.
<http://www.unhcr.org/pages/4a30c06f6.html>

World Health Organization. *Mental Health Atlas 2011*. Geneva: WHO, 2011.
<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>

Organisation mondiale de la Santé. *Organisation mondiale de la Santé. Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale*. Genève : OMS, 2005.
http://www.who.int/entity/mental_health/evidence/WHOAIMS_French.pdf

Organisation mondiale de la Santé. *OMS-AIMS Rapports de pays*. Genève : OMS, 2006-2012.
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/index.html

Guides de terrain expliquant la méthodologie d'évaluation

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action. *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: a Handbook for Practitioners*. Assessments (Chapter 3)
London: Overseas Development Institute, 2003. http://www.alnap.org/pool/files/gs_handbook.pdf

Ager A, Stark L, Potts A, *Participative Ranking Methodology: A Brief Guide (Version 1.1, February 2010)*.
Program on Forced Migration & Health, Mailman School of Public Health, Columbia University,
New York, 2010. <http://resources.cpclearningnetwork.org/>

Applied Mental Health Research Group. *Design, implementation, monitoring, and evaluation of cross-cultural mental health and psychosocial assistance programs: a user's manual for researchers and program implementers (adult version)*. Baltimore: Centre for Refugee and Disaster Response, Johns Hopkins University School of Public Health, in press.

Galvan JL. *Writing Literature Reviews: a Guide for Students of the Social and Behavioral and Sciences – Fourth Edition*. Pycszak Publishing, 2009.

Health, Nutrition and WASH cluster. *Initial Rapid Assessment (IRA) (including guidance notes) (draft)*.
Geneva, 2009. http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

IASC. *IRA - Évaluation multisectorielle initiale rapide (Version provisoire)*. IASC : Genève, 2012.

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=28>

IASC Needs Assessment Task Force. *Operational Guidance for Coordinated Assessments in Humanitarian Crises (Provisional Version February 2011)*, 2011.

<http://onerresponse.info/resources/NeedsAssessment/publicdocuments/Forms/AllItems.aspx>

UNHCR, WHO. *Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide*. UNHCR: Geneva, 2008.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/unhcr_alc_rapid_assessment.pdf

WHO. *QualityRights Toolkit: Assessing and Improve Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities*. WHO, Geneva, 2012

Exemples d'évaluations

- Bass J, Poudyal B, Bolton P *An Assessment of the Impact of a Problem-Solving Counseling For Torture-Affected Adults in Aceh, Indonesia, 2008*. Disponible sur : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADU526.pdf
- Bolton P. *Qualitative Assessment of Persons affected by torture and related violence in Suleimaniyah Governate, Kurdistan, Iraq, 2008*. Disponible sur : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP471.pdf
- Bolton P, Murray L, Kippen S, Bass J. *Assessment of Urban Street Children and Children living in Government Institutions in Georgia: Development and Testing of a Locally-Adapted Psychosocial Assessment Instrument, 2007*. Disponible sur : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK676.pdf
- HealthNet TPO. *Psychosocial and Mental Health Needs Assessment in Uruzgan, Afghanistan*. Amsterdam: HealthNet TPO, 2009. Disponible auprès de wietse.tol@yale.edu
- International Medical Corps. *IMC Libya Mental Health and Psychosocial Support Assessment Report, 2011*. Disponible auprès de iweissbecker@InternationalMedicalCorps.org
- International Medical Corps. *Displaced Syrians in Za'atari Camp: Rapid Mental Health and Psychosocial Support Assessment: Analysis and Interpretations of Findings, 2012*. Disponible auprès de iweissbecker@InternationalMedicalCorps.org
- Morgan J, Behrendt A. *Silent Suffering: the Psychosocial Impact of War, HIV and other high-risk situations on girls and boys in West and Central Africa*. Working, UK: Plan, 2009. http://www.humansecuritygateway.info/documents/PLANINTL_SilentSuffering_PsychologicalImpactWar_HIV_GirlsBoys_WestCentralAfrica.pdf
- Silove D, Manicavasagar V, Baker K, Mausiri M, Soares M, de Carvalho F, Soares A, Fonseca Amiral Z.). Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38:929-932. http://www.who.int/mental_health/emergencies/silove_indice_of_social_risk.pdf
- UNICEF. *The Psychosocial Needs Assessment of Children, Adolescents and Families Affected by the Armed Conflict in Saada Governate*. Yemen: UNICEF, 2007. Disponible auprès de Almagrami@yahoo.com
- WHO. *Five-year mental health plan for northeast Sri Lanka, 2003*. Disponible auprès de vanommerenm@who.int
- OMS/OPS. *Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature*. Genève : OMS, 2010. Disponible sur http://www.who.int/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_fr.pdf



Syrie/UNHCR/B.Diab /2010



République démocratique du Congo/Camp de déplacés de Mugunga III, en dehors de Goma. /UNHCR/S. Schulman/Novembre 2010

Guide rapide d'identification des outils de ce document

N° outil	Nom	Méthode	Pourquoi utiliser cet outil	Page
Pour la coordination et le plaidoyer				
1	Qui fait Quoi, Quand et Où (QQQO) dans la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) : résumé du manuel avec codes d'activité	Entretiens avec des administrateurs de programmes d'organisations	Pour la coordination, par le biais de la cartographie des aides psychosociales et de santé mentale disponibles	30
2	Outil OMS-UNHCR pour l'évaluation des symptômes graves dans les situations humanitaires	Enquête auprès d'une partie des ménages d'une communauté (échantillon représentatif)	Pour le plaidoyer, en montrant la prévalence des problèmes de santé mentale dans la communauté	34
3	Échelle des besoins ressentis dans les situations d'urgence humanitaire (HESPER)	Enquête auprès d'une partie des ménages d'une communauté (échantillon représentatif) Ou, exceptionnellement (dans les situations d'urgence majeure, grave), auprès d'un échantillon de commodité	Pour préparer l'action, par le biais de la collecte de données sur la fréquence des besoins psychologiques, sociaux et physiques ressentis dans la communauté	41
Pour la SMSPS via les services de santé				
4	Liste de contrôle pour les visites d'établissements dans les situations humanitaires	Visites d'inspection et entretiens avec le personnel et les patients	Pour la protection et la prise en charge des personnes institutionnalisées qui souffrent de handicaps mentaux ou neurologiques	42
5	Liste de contrôle pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires (SSP) dans les situations humanitaires	Visites d'inspection et entretiens avec des administrateurs de programmes de soins de santé primaires	Pour la planification d'une action de santé mentale dans les SSP	47
6	Composante neuropsychiatrique du système d'information sanitaire (SIS)	Épidémiologie clinique au moyen du SIS	Pour le plaidoyer et pour la planification et le suivi d'une action de santé mentale dans les SSP	53
7	Modèle pour évaluer les ressources formelles du système de santé mentale dans les situations humanitaires	Examen de documents et entretiens avec des responsables de services	Pour la planification d'un relèvement et d'une reconstruction (rapides), par le biais de la connaissance des ressources formelles du système national/régional de santé mentale	55
Pour la SMSPS via différents secteurs, notamment via le soutien communautaire				
8	Liste de contrôle pour obtenir des informations générales (non spécifiques à la SMSPS) des chefs de file sectoriels	Examen des documents disponibles	Pour résumer les informations générales (non spécifiques à la SMSPS) que l'on connaît déjà concernant l'urgence humanitaire actuelle (pour éviter de collecter des données sur des problèmes déjà connus)	59
9	Modèle pour l'analyse documentaire des informations préexistantes dans la région/le pays concernant la SMSPS	Revue de la littérature	Pour résumer les informations, que l'on connaissait déjà avant l'urgence humanitaire actuelle, concernant la SMSPS dans cette région/ce pays (pour éviter de collecter des données sur des problèmes déjà connus)	60
10	Évaluation participative : perceptions des membres ordinaires de la communauté	Entretiens avec des membres ordinaires de la communauté (liste libre accompagnée de questions complémentaires)	Pour connaître l'opinion locale sur les problèmes et la façon d'y faire face afin de mettre en œuvre une action SMSPS appropriée	63
11	Évaluation participative : perceptions des membres de la communauté ayant une connaissance approfondie de la communauté	Entretiens avec des groupes ou informateurs clés		70
12	Évaluation participative : perceptions des personnes gravement touchées	Entretiens avec des personnes gravement touchées (liste libre accompagnée de questions complémentaires)		74

Note : SMSPS signifie santé mentale et soutien psychosocial.



9 789242 548532