

Un Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant **la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence**



IASC

Comité permanent interorganisations
Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et
le soutien psychosocial dans les situations d'urgence

Versión pour essai sur le terrain

© Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, 2017

Le Comité permanent interorganisations a été mis en place en 1992 pour faire suite à la résolution 46/182 de l'Assemblée générale, qui préconisait de renforcer la coordination de l'aide humanitaire. Cette résolution a institué le CPI en tant que principal mécanisme destiné à faciliter la prise de décisions interorganisations en réponse aux situations d'urgence complexes et aux catastrophes naturelles. Le CPI est composé des représentants d'un large éventail de membres des Nations Unies, de la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'organisations humanitaires non rattachées à l'ONU. Pour en savoir plus sur le CPI, voir son site Web (en anglais) : www.humanitarianinfo.org/iasc.

La présente publication est disponible sur le site Web du Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, à l'adresse : <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>.

MENTION DE LA SOURCE :

Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Un Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, CPI, Genève, 2017.

Photo de couverture (image principale) © Caitlin Cockcroft/ HealthNet TPO @HealthNet TPO/ 2015/ Wau, Soudan du Sud

REMERCIEMENTS :

Cette publication a été préparée par le Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. L'équipe spéciale qui en a dirigé la rédaction était composée de : **Alison Schafer** (World Vision International), **Jura Augustinavicius** (université Johns-Hopkins), **Margriet Blaauw** (War Trauma Foundation), **Ananda Galappatti** (MHPSS.net et The Good Practice Group), **Saji Thomas** (UNICEF), **Wietse Tol** (Peter C. Alderman Foundation et université Johns-Hopkins), **Sarah Harrison** (Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ou Centre psychosocial de l'IFRC) et **Mark van Ommeren** (Organisation mondiale de la Santé).

La rédaction de cette publication a été supervisée par l'UNICEF et financée par le Bureau d'assistance en cas de catastrophe à l'étranger (OFDA) de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

À travers des consultations et des examens collégiaux, les partenaires suivants ont apporté de précieuses contributions à cette publication et au Cadre commun :

Action contre la Faim ; AmeriCares ; Antares Foundation ; Basic Needs ; Care International ; CBM ; Centre pour les victimes de la torture ; Église de Suède / Alliance ACT ; université de la ville de New York ; Équateur ; Agence française de développement ; Handicap International ; HealthNet TPO Afghanistan ; Secrétariat du CPI ; Centre psychosocial de l'IFRC ; Comité international de la Croix-Rouge, CICR ; International Medical Corps, IMC ; Organisation internationale pour les migrations, OIM ; Comité international de secours, IRC ; université Johns-Hopkins ; Malteser International ; Médecins Sans Frontières, MSF ; Groupe de travail SMSPS, Jordanie ; Groupe de travail SMSPS, Turquie ; MHPSS.net ; Institut national de la santé mentale du Sri Lanka, NIMH ; Département de la santé du Conseil provincial du Nord du Sri Lanka ; université de Nottingham ; OFDA / USAID ; Open University, Sri Lanka ; Peace in Practice ; Plan International ; Institut de formation psychosociale, Le Caire ; université Queen Margaret ; Initiative régionale de soutien psychosocial, REPSSI ; Royal College of Psychiatrists ; Save the Children ; Direction du développement et de la coopération, DDC ; Terre des Hommes, TdH ; The Asia Foundation ; The Good Practice Group ; Transcultural Psychosocial Organisation, TPO Népal ; UNICEF-Groupe de travail sur la protection de l'enfance ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, UNICEF ; Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, UNHCR ; Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient, UNRWA ; université de Colombo ; université de Liverpool ; War Child Hollande ; War Trauma Foundation ; Organisation mondiale de la Santé, OMS ; World Vision International, ainsi que des consultants individuels et des collègues.

Pour toute communication et pour donner votre avis sur cette publication, vous pouvez écrire au Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, à l'adresse : smhps.refgroup@gmail.com.

SOMMAIRE

● Chapitre 1. Introduction	04
● Chapitre 2. Pourquoi le suivi et l'évaluation sont-ils importants ?	07
● Chapitre 3. Emploi d'un langage commun	09
● Chapitre 4. Objectif et résultats du Cadre commun	11
● Chapitre 5. Description des résultats et des indicateurs du Cadre commun	16
● Chapitre 6. Mesure des indicateurs à l'aide de moyens de vérification	27
● Chapitre 7. Conseils pratiques pour l'utilisation du Cadre commun	29
● Chapitre 8. Considérations éthiques touchant au suivi et à l'évaluation	31
● Chapitre 9. Diffusion des résultats et des enseignements	32
● Références	34
● Annexes	
■ Annexe 1. Analyses universitaires pour l'élaboration du Cadre commun	35
■ Observations concernant les annexes 2, 3, 4 et 5	37
■ Annexe 2. Exemple de cadre relatif à un approvisionnement d'urgence suite à un séisme	38
■ Annexe 3. Exemple de cadre relatif à un programme de protection et de soutien des femmes victimes ou exposées à la violence sexuelle	39
■ Annexe 4. Exemple de cadre relatif à un programme d'éducation informelle des enfants	40
■ Annexe 5. Exemple de cadre relatif à un programme de santé visant à traiter les personnes atteintes de troubles mentaux dans les services de soins primaires	41

CHAPITRE 1

Introduction

Le présent document donne des indications pour l'évaluation des besoins, la recherche, la conception, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation de programmes relatifs à la santé mentale et au soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence. Bien qu'il soit conçu spécifiquement pour les contextes d'urgence (y compris les crises prolongées), ce cadre peut également s'appliquer à la transition entre les phases d'urgence et de développement (y compris aux initiatives de réduction des risques de catastrophes). Il suppose une certaine connaissance des Directives du Comité permanent interorganisations (CPI) concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence¹ et de la programmation dans le domaine du secours humanitaire et/ou du développement.

La santé mentale et le soutien psychosocial désignent tout type de soutien local ou extérieur visant à protéger ou à favoriser le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux. Le Cadre commun décrit dans les pages suivantes est donc important pour les intervenants des secours ou du développement qui participent directement ou indirectement à des programmes destinés à agir sur la santé mentale et le bien-être psychosocial d'autres personnes. Ces intervenants peuvent être (entre autres) des professionnels de la santé mentale, des acteurs de la protection de l'enfance ou des éducateurs, des prestataires de santé, des nutritionnistes, des communautés religieuses ou des responsables et praticiens de programmes engagés dans des initiatives de maintien de la paix, d'enseignement des compétences de la vie courante ou de formation professionnelle.

Le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial dans un contexte humanitaire évolue rapidement, et plusieurs activités de SMSPS font désormais partie des interventions humanitaires standards. En 2007, le Comité permanent interorganisations a publié les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, qui ont permis d'orienter les programmes de SMSPS dans de nombreux contextes humanitaires. Parallèlement, de plus en plus de recherches évaluant l'efficacité d'activités spécifiques dans ce domaine sont publiées.



Cependant, en raison de la grande diversité des objectifs, des résultats et des indicateurs rattachés aux nombreux projets de SMSPS mis en œuvre dans différents contextes humanitaires, il est difficile d'en démontrer la valeur ou l'impact.² Pour résoudre ce problème, un Cadre commun de suivi et d'évaluation a été élaboré en complément des Directives du CPI.

COMMENT LE CADRE COMMUN A-T-IL ÉTÉ ÉLABORÉ ?

Le Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence a été élaboré à partir d'analyses universitaires, d'examens d'experts et d'enquêtes sur le terrain, dont une analyse documentaire des concepts de SMSPS fréquemment mesurés³ ; un comité et une consultation d'experts au sujet d'un projet de cadre et des termes clés ; des consultations sur le terrain dans des contextes humanitaires en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient ; un examen approfondi des indicateurs couramment utilisés et des outils de mesure⁴ ; et plusieurs examens collégiaux afin de parvenir à un consensus. L'annexe 1 fournit des détails sur les analyses universitaires effectuées et la manière dont celles-ci ont été appliquées aux premières versions du Cadre. Le Cadre final est jugé pertinent pour la grande majorité des activités, interventions, projets et programmes de SMSPS susceptibles d'être mis en œuvre dans un contexte humanitaire, comme le décrivent les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Le Cadre commun ne couvrira probablement pas toutes les initiatives possibles de SMSPS mais s'appliquera à la plupart des actions en la matière dans les situations d'urgence.

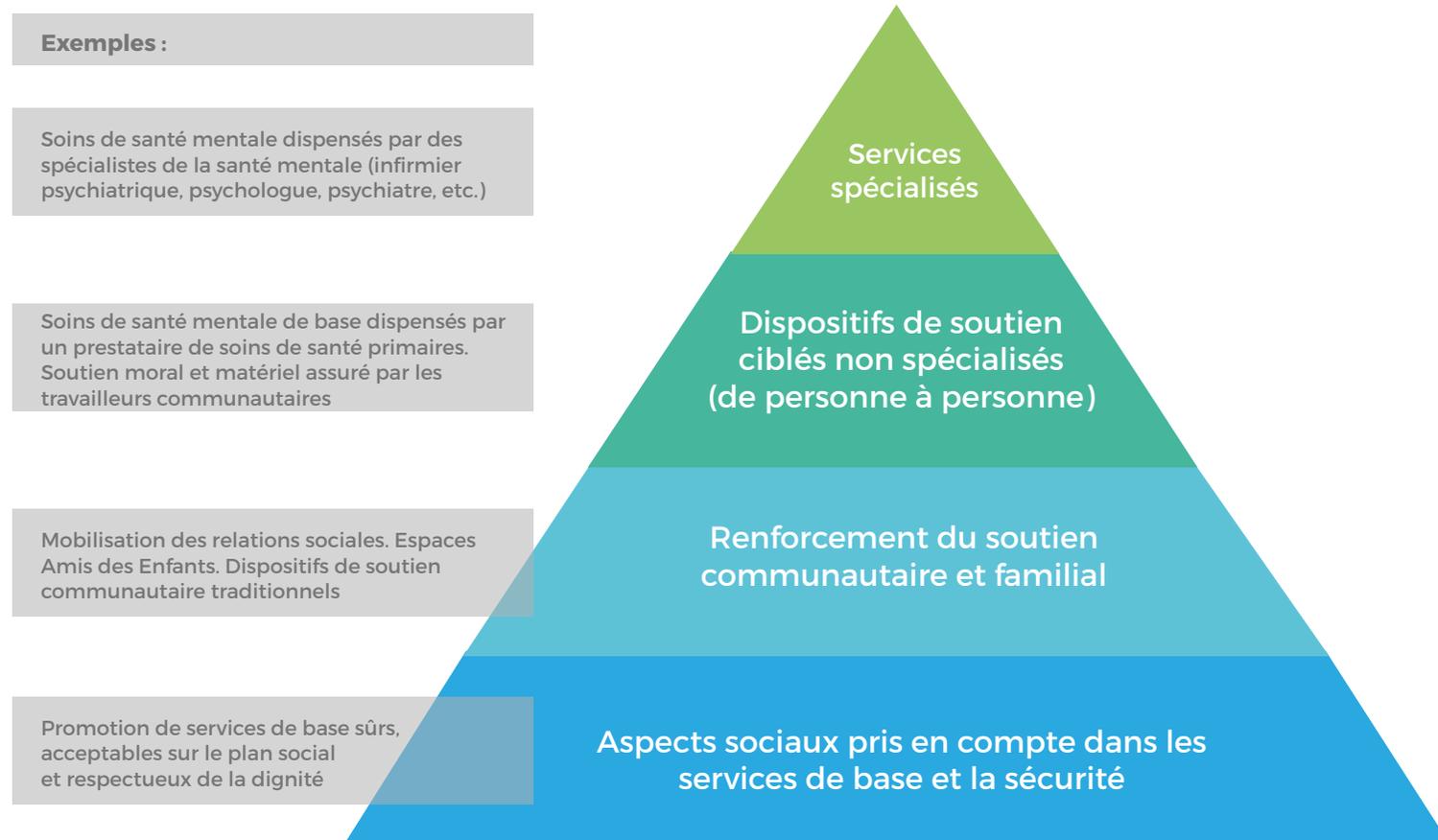
SIX PRINCIPES CLÉS

Toutes les actions de SMSPS entreprises au cours d'interventions d'urgence doivent concourir au respect des six principes clés définis dans les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence :

- 01 **Droits de l'homme et équité** pour toutes les personnes affectées, en protégeant particulièrement celles qui courent un risque majeur de violation de leurs droits
- 02 **Participation** des populations locales affectées à tous les aspects de l'intervention humanitaire
- 03 **Ne pas nuire** au bien-être physique, social, émotionnel, mental et spirituel et veiller à ce que les interventions répondent à des besoins déterminés et soient soumises à une évaluation et à un contrôle rigoureux, en offrant des réponses appropriées sur le plan culturel et en tenant compte des rapports de pouvoir entre les groupes qui participent aux interventions d'urgence
- 04 **Tirer parti des ressources et capacités disponibles** en travaillant avec les groupes locaux, en favorisant l'entraide et en renforçant les ressources existantes
- 05 **Systèmes de soutien intégrés** afin que la SMSPS ne soit pas un programme isolé opérant à l'écart des autres mesures ou systèmes d'intervention d'urgence (notamment les systèmes de santé)
- 06 **Dispositifs de soutien polymorphes**, du fait que les personnes sont affectées par les crises de différentes manières et nécessitent différents types de soutien. Idéalement, ces dispositifs de soutien doivent être mis en œuvre simultanément (bien que tous ne soient pas nécessairement mis en œuvre par la même organisation). Ils sont généralement représentés par une « pyramide des interventions » (figure 1).

FIGURE 1.

Pyramide des interventions pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence



Les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence décrivent également une série d'actions minimales de SMSPS pour les activités critiques ayant un impact sur la santé mentale et psychosociale des groupes affectés. Ces Directives comprennent 25 aide-mémoire organisés autour de 11 domaines d'activité et champs de travail essentiels de la SMSPS qui nécessitent de tenir compte des aspects psychosociaux. La quasi-totalité de ces domaines et aide-mémoire sont repris dans le Cadre commun. Les deux seuls qui ne sont PAS repris dans ce Cadre sont les réponses minimales en matière de (1) coordination et de (2) ressources humaines, du fait qu'ils concernent des mesures dont les effets sur les populations affectées par une situation d'urgence sont plus indirects que directs. Ils sont néanmoins essentiels à la qualité de la SMSPS.

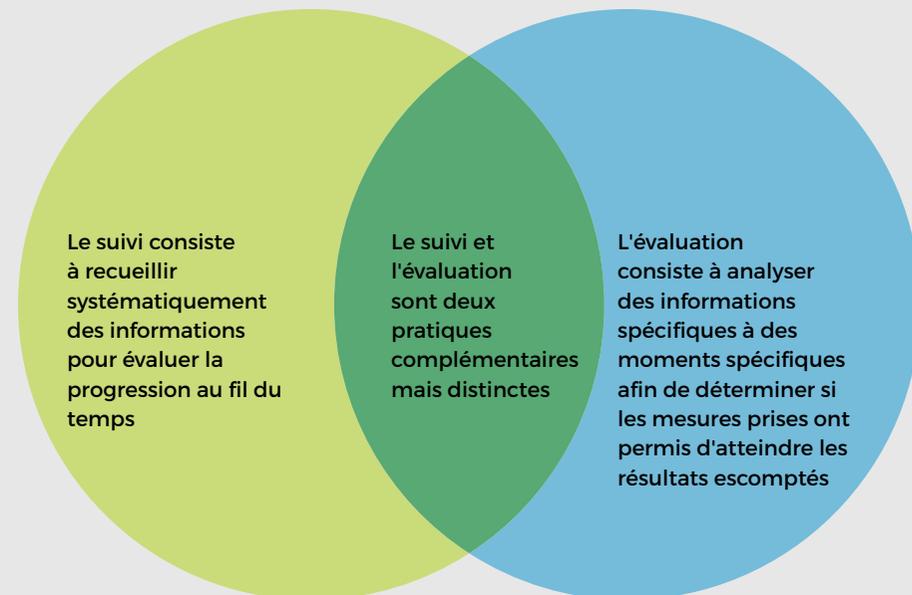
CHAPITRE 2

Pourquoi le suivi et l'évaluation sont-ils importants ?

Le suivi et l'évaluation sont nécessaires pour déterminer si un programme, un projet ou une intervention est en voie ou non d'atteindre les résultats souhaités. Lorsqu'ils sont effectués correctement, le suivi et l'évaluation utilisent des informations pour démontrer les changements positifs, négatifs, directs ou indirects qui se sont produits ainsi que les objectifs qui ont été atteints ou non, tout en dégagant des enseignements à prendre en compte dans les travaux futurs. Le suivi et l'évaluation servent également à l'apprentissage, à la contextualisation, à l'adaptation des programmes et à la responsabilisation. Il est important que les informations du suivi et de l'évaluation soient diffusées, dans des formats appropriés, aux individus et aux communautés qui participent au travail ainsi qu'aux personnes qui pourraient être intéressées par les résultats (autres organisations, bailleurs de fonds, autorités gouvernementales nationales ou régionales). Le suivi et l'évaluation font partie des bonnes pratiques de l'action humanitaire et de la programmation et contribuent au respect des principes clés des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.

Pour que le suivi et l'évaluation permettent effectivement d'apprécier la situation avant, pendant et après un projet, cet aspect doit être intégré dès le départ aux activités d'un programme. Tout programme bien conçu doit inclure un cadre de suivi et d'évaluation.

FIGURE 2.
Différences et liens⁵ entre le suivi et l'évaluation



Dans le présent cadre, le « suivi » désigne les visites, les observations et les questions que nous posons durant la mise en œuvre d'un programme pour voir si sa progression se déroule comme prévu. L'un des principaux aspects, dans les programmes de SMSPS, consiste par exemple à garantir que le programme ne cause aucun tort, ce que le suivi peut permettre de déterminer.

De la même manière, ici, l'« évaluation » consiste à examiner un programme au début, au milieu (si le calendrier le permet) et à la fin de sa mise en œuvre pour voir s'il a atteint les résultats souhaités. Naturellement, il est important de savoir quels sont ces résultats souhaités pour pouvoir les évaluer.

Par exemple, prenons un projet visant à réduire les symptômes chez des personnes ayant des problèmes de santé mentale spécifiques. La gravité des symptômes, ainsi que d'autres indicateurs du projet (comme le nombre d'intervenants, les facteurs de risque et de protection, ou le nombre de personnes dans des groupes à risque accédant à des moyens de subsistance) peuvent être **suivis** pendant toute la durée du projet.

La gravité des symptômes peut aussi être **évaluée** lors de la première rencontre avec les prestataires de services (point de départ), à certains moments du projet (mi-parcours) et à la fin du projet (point final ou évaluation). Des mesures complémentaires sont également possibles à ces différentes étapes de collecte d'informations.

UTILISATION DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION POUR ESTIMER LE RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ

À l'heure actuelle, le domaine de la SMSPS est en déficit de financement. Comment utiliser ces ressources limitées ? Les décideurs sont de plus en plus nombreux à rechercher des informations sur le rapport coût-efficacité, un élément déterminant pour décider de quelle manière investir les maigres ressources allouées à la SMSPS. Le « rapport coût-efficacité » désigne ici la comparaison entre (a) le coût financier de différents programmes et (b) les effets de ces programmes, mesurés à l'aide d'indicateurs courants du bien-être (comme les changements dans le fonctionnement, la santé ou le bien-être subjectif). Il renseigne donc sur la rentabilité du projet. À l'heure actuelle, il existe peu de données et très peu de travaux comparatifs sur le rapport coût-efficacité des interventions humanitaires, notamment des programmes de SMSPS dans les situations d'urgence. C'est une lacune importante. Les agences sont encouragées à travailler avec des économistes spécialisés dans l'aide sociale et la santé afin de commencer à recueillir des données sur le rapport coût-efficacité, en utilisant les indicateurs liés aux objectifs qui sont définis dans le Cadre commun.⁶



CHAPITRE 3

Emploi d'un langage commun

De nombreuses organisations ont leurs propres démarches, terminologie et techniques de suivi et d'évaluation. Le langage utilisé pour décrire les composantes des cadres de suivi et d'évaluation varie lui aussi. Certaines organisations commencent par définir une « vision » globale ou un « but ultime ». À partir de là, elles peuvent employer des termes complémentaires comme « but du projet », « objectif premier » ou encore « finalité du projet ». Certaines organisations désignent également les « résultats » en tant que « objectifs », « réalisations », « projets à livrer (deliverables) » ou « activités ». Les « indicateurs » peuvent être appelés « cibles », « mesures de réussite » ou « moyens de vérification ». Ceux-ci peuvent ensuite être divisés en « indicateurs d'impact », « indicateurs de résultat » ou encore « indicateurs de méthode ». Pour complexifier encore le suivi et l'évaluation dans le secteur humanitaire, les organisations et les bailleurs de fonds utilisent également différents cadres de conception des projets (comme divers cadres logiques ou théories du changement) et différents « niveaux » de détail dans leur élaboration. Les organisations diffèrent également quant aux éléments d'un projet qu'elles vont suivre ou évaluer.

Le cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, décrit dans cette publication, n'est pas destiné à remplacer les structures ou démarches de suivi et d'évaluation existantes ou privilégiées. Au lieu de cela, son organisation simple permettra aux particuliers et aux organisations d'en utiliser l'objectif et les résultats pour compléter leurs propres cadres de suivi et d'évaluation et les structures spécifiques de leurs projets. Ce cadre peut également être pris comme une approche complémentaire en vue d'atteindre davantage d'objectifs mondiaux, comme ceux des Objectifs de développement durable et/ou du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.

Des informations pratiques sur l'application de ce Cadre commun sont présentées au chapitre 7.

PRINCIPALE TERMINOLOGIE EMPLOYÉE

Dans le présent Cadre commun, les principaux termes du suivi et de l'évaluation ont la signification suivante :⁷

Objectif global : résultat final spécifique souhaité ou escompté consécutivement à l'atteinte, au moins partielle, des résultats du projet. Les résultats au niveau d'un objectif sont généralement désignés en tant qu'impacts. Une combinaison de plusieurs programmes peut être nécessaire pour atteindre un objectif global. Exemple : réduire les souffrances dans une zone donnée.

Résultats : changements survenus à la suite des activités d'un projet spécifique. À ce niveau, on parle généralement de **résultats** du projet. Exemple : les personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés.

Activités : travail effectivement mis en œuvre. Ce Cadre commun ne recommande pas d'activités spécifiques. Cependant, les activités de chaque organisation devront être prises en compte au regard de la manière dont elles contribuent à l'atteinte des résultats et de l'objectif. **Au niveau d'une activité, les résultats sont généralement désignés en tant que réalisations.** Exemple : le personnel des services sociaux est formé aux bonnes procédures d'orientation dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial.

Indicateurs : unité de mesure spécifiant ce qui doit être mesuré. Les indicateurs permettent de déterminer si l'impact, les résultats ou les réalisations souhaités ont été atteints ou non. Ces indicateurs peuvent être quantitatifs (par ex. pourcentage ou nombre de personnes) ou qualitatifs (par ex. perceptions, qualité, type, connaissances, aptitude).

Indicateur d'impact : dans le présent Cadre, les indicateurs d'impact sont alignés sur l'objectif et entendent refléter le résultat (ou impact) des actions à une échelle sociale et institutionnelle (ou organisationnelle) plus large. Exemple : amélioration du fonctionnement. Il existe différentes méthodes pour mesurer l'impact, qui font appel à des indicateurs aussi bien quantitatifs que qualitatifs. Ici, l'impact est reconnu comme un changement au niveau de la personne ainsi qu'à celui du collectif ou du groupe.

Indicateur de résultat : dans le présent Cadre, les indicateurs de résultat sont alignés sur le résultat défini et entendent refléter les changements survenus pour des personnes ou des groupes de personnes suite à un programme ou à une intervention donné(e) de SMSPS. Exemple : nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge clinique pour des troubles mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances dans le cadre de services médicaux (primaires, secondaires ou tertiaires).

Indicateur de réalisation : les indicateurs de réalisation sont alignés sur le plan d'activités et permettent d'indiquer si une activité s'est déroulée comme prévu. Étant donné que les indicateurs de réalisation sont associés à des activités spécifiques, ils ne sont pas traités dans le présent Cadre général. Exemple : nombre de membres du personnel des services sociaux formés aux procédures d'orientation dans le domaine de la SMSPS.

Généralement, un projet élabore un cadre logique ou une théorie du changement pour un ou plusieurs résultats. Cependant, il peut être nécessaire de mener plusieurs projets pour observer un changement au niveau des indicateurs d'impact et atteindre l'objectif global.

Moyens de vérification : outil utilisé pour mesurer l'indicateur. Le présent cadre commun ne donne pas un moyen de vérification pour chaque indicateur, en raison des préférences variées des différentes organisations quant à la façon de mesurer le changement. Les indicateurs présentés ici peuvent être appliqués quelle que soit la manière d'évaluer le changement vis-à-vis d'un indicateur spécifique (par exemple, entretiens à questions ouvertes, formulaires d'enquête, ou combinaison des deux), tant que l'outil utilisé est approprié.

L'objectif et les résultats du Cadre commun utilisent bien d'autres termes, qui peuvent avoir différentes significations pour les intervenants de l'humanitaire ou du développement, les professionnels de la SMSPS ou les autres acteurs de la mise en œuvre. Pour référence et pour confirmer la signification de ces termes dans le présent Cadre, voir le chapitre 5.

Il est cependant important de confirmer dès le départ les principaux termes employés dans la définition de l'objectif du Cadre commun, à savoir :

L'OBJECTIF GLOBAL DU CADRE COMMUN

Réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial.

Souffrance^{8*} : état d'une personne en situation de douleur, de détresse ou de difficulté.⁹

Santé mentale : état de bien-être [psychologique] (pas simplement l'absence de trouble mental) qui permet à une personne d'exploiter son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler de façon productive et d'apporter une contribution à sa communauté.¹⁰

Bien-être psychosocial : dimension psychosociale du bien-être. Bien qu'il n'y ait pas de définition officielle, les praticiens emploient souvent l'adjectif « psychosocial » pour décrire l'interaction entre les aspects sociaux (comme les relations interpersonnelles et les liens sociaux, les ressources, normes et valeurs sociales, les rôles sociaux, la vie communautaire, spirituelle et religieuse) et les aspects psychologiques (comme les émotions, pensées, comportements, connaissances et stratégies d'adaptation) qui contribuent au bien-être global.

L'expression « santé mentale » est souvent employée à tort pour désigner simplement l'absence de maladie mentale. Néanmoins, les notions de « santé mentale » et de « bien-être psychosocial » se recoupent. La santé mentale est indissociable du bien-être psychosocial et vice-versa. **L'expression combinée « santé mentale et bien-être psychosocial »** est souvent employée pour désigner l'objectif conjugué de différents praticiens et agences qui travaillent dans le domaine de la SMSPS.

* La souffrance peut être individuelle et/ou collective (Kleinman, A., Das, V. et Lock, M.M., éd., Social Suffering, University of California Press, Berkeley, 1997). Les individus peuvent souffrir de façon particulière et suite à une variété d'expériences, mais c'est généralement dans un contexte social (ou général) qui renseigne sur le type de souffrance ; par conséquent, les individus peuvent également souffrir de façon collective face à certains événements et structures sociales (par exemple, des structures sociales, politiques, économiques et humanitaires).

CHAPITRE 4

Objectif et résultats du Cadre commun

Chaque programme, projet ou activité de SMSPS exigera d'avoir son propre cadre de suivi et d'évaluation, adapté et pertinent. Cependant, pour pouvoir réunir des informations sur la SMSPS au niveau mondial et démontrer son efficacité dans les situations d'urgence, il faudra que diverses interventions de SMSPS mesurent certains indicateurs communs d'impact et de résultat. L'objectif, les résultats et les indicateurs associés présentés dans le Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (voir pages 14 et 15) reflètent la nécessité de partager davantage les connaissances et d'améliorer les programmes de SMSPS dans les interventions d'urgence.

On ne s'attend pas à ce que chaque initiative mise en œuvre par les différentes organisations fasse le point par rapport à chaque objectif ou indicateur d'impact ou de résultat énoncé dans ce Cadre commun. Cependant, au fur et à mesure de l'utilisation du Cadre commun, le domaine de la SMSPS commencera à acquérir un langage commun et une connaissance des pratiques les plus appropriées dans les situations d'urgence.

Le but du Cadre commun est d'encourager l'utilisation d'un certain nombre de résultats pour constituer une base d'informations sur la SMSPS et mieux informer les personnes qui travaillent dans ce domaine sur les objectifs et impacts importants. Pour y parvenir, il est recommandé que chaque programme ou projet de SMSPS utilise :

Au moins UN indicateur d'impact issu de l'objectif du Cadre commun ;

+

Au moins UN résultat et indicateur de résultat correspondant issu du Cadre commun.

OBJECTIF GLOBAL DU CADRE

L'objectif du Cadre commun est : **réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial.**

Cet objectif comporte deux éléments importants :

- Premièrement, l'objectif de réduire la souffrance, conforme à l'impératif établi dans la Charte humanitaire, qui affirme qu'« il faut agir pour prévenir ou alléger la souffrance humaine résultant d'une catastrophe ou d'un conflit ».¹¹
- Deuxièmement, une concentration sur la SMSPS, puisque l'objectif affirmé est d'améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des personnes.

Qu'il s'agisse de suivre les principes clés des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, de contribuer à satisfaire les besoins fondamentaux des personnes, ou de tâcher de réduire les symptômes de troubles mentaux, toutes ces actions sont susceptibles d'améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial et/ou de réduire la souffrance. Enfin, cet objectif suggère que tout programme de SMSPS devrait chercher à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des populations affectées par une crise humanitaire ou à réduire la souffrance qu'elles vivent.

INDICATEURS RELATIFS À CET OBJECTIF

-  **Fonctionnement** (par exemple, capacité de réaliser les activités essentielles du quotidien, qui diffèrent en fonction de facteurs tels que la culture, le sexe, l'âge)
-  **Bien-être subjectif*** (aspects du bien-être subjectif pouvant être mesurés, comme se sentir calme, en sécurité, fort, optimiste, capable, reposé, intéressé, joyeux, ne pas se sentir impuissant, déprimé, anxieux ou en colère)
-  Ampleur d'un état prolongé de **détresse invalidant et/ou présence d'un trouble mental**, neurologique ou lié à la consommation de substances (ou symptômes).
-  **Aptitude des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale à faire face** aux problèmes (par exemple, grâce à des compétences de communication, de gestion du stress, de résolution de problèmes, de gestion des conflits ou à des compétences professionnelles)
-  **Comportement social** (par exemple, aide apportée aux autres, comportement agressif, violence, actes discriminatoires)
-  **Liens sociaux** – a trait à la qualité et au nombre de liens qu'une personne a (ou pense avoir) avec d'autres personnes de son cercle familial, amical et de connaissances. Les liens sociaux peuvent également aller au-delà du cercle social immédiat et s'étendre, par exemple, à d'autres communautés.

RÉSULTATS DU CADRE

Le Cadre commun a identifié cinq résultats susceptibles de contribuer à la réalisation de l'objectif fixé. Ces cinq résultats s'appliquent aux deux niveaux auxquels les programmes de SMSPS sont généralement mis en œuvre :

-  **Communauté**, où les activités de SMSPS sont centrées sur les aspects sociaux pour assurer la sécurité, les droits de l'homme, la dignité et les besoins fondamentaux, encouragent le soutien de la communauté et de la famille, avec notamment des actions pour le développement optimal des enfants et des jeunes, et favorisent un environnement social qui aide les individus, les familles et les communautés à exploiter tout leur potentiel. Les initiatives de SMSPS axées sur la communauté font habituellement participer de plus grands groupes d'enfants ou d'adultes, ou s'associent à des systèmes ou des structures sociales ou juridiques dans le cadre de démarches au niveau de la communauté.
-  **Personnes**, où les activités de SMSPS sont centrées sur les individus et les familles qui peuvent avoir besoin d'une aide spécifique, passant par un soutien ciblé, spécialisé ou non. Les personnes peuvent bénéficier d'interventions de SMSPS au niveau individuel, familial ou en petits groupes ; les intervenants qui travaillent sur ce type d'initiatives de SMSPS suivent, d'une manière ou d'une autre, la progression individuelle des bénéficiaires de ce service.

Le Cadre commun est résumé dans le tableau 1. Le tableau 2 présente le Cadre dans sa totalité, avec l'objectif, les résultats et les indicateurs. Les chapitres suivants détaillent le lien entre chaque résultat et un ou plusieurs des aide-mémoire des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, expliquent le principe de chaque résultat et donnent des informations spécifiques sur les termes clés employés dans la formulation de ces résultats et de leurs indicateurs.

* Le « bien-être subjectif » renvoie à tous les types d'appréciations, positives et négatives, ressenties par toute personne concernant sa vie.. Cela inclut les appréciations cognitives réfléchies, comme la satisfaction par rapport à sa vie ou son travail, l'intérêt et l'implication, et les réactions émotionnelles aux réactions de la vie, comme les sentiments de joie ou de tristesse (Diener, E., "Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being", Journal of Happiness Studies, vol. 7, n°4, novembre 2006, p. 397 à 404.)12 Divers aspects du bien-être subjectif peuvent être mesurés pour traduire cet indicateur.

TABLEAU 1

Résumé du Cadre commun

Objectif : réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial

Résultats :

Axés sur la
communauté

1 Les interventions d'urgence ne causent pas de préjudices et sont respectueuses de la dignité, participatives, guidées par la communauté et acceptables sur le plan social et culturel

2 Les personnes sont en sécurité, protégées et les violations des droits de l'homme sont condamnées

3 Les structures familiales, communautaires et sociales favorisent le bien-être et le développement de tous leurs membres

Axés sur les
personnes

4 Les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale

5 Les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés

Principes clés sous-jacents : 1. Droits de l'homme et équité, 2. Participation, 3. Ne pas nuire, 4. Services et systèmes de soutien intégrés, 5. Tirer parti des ressources et capacités disponibles, 6. Dispositifs de soutien polymorphes

Le Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*

OBJECTIF GLOBAL

Réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial [O]

PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT (IO)

- IO.1 Fonctionnement (par exemple, capacité de réaliser les activités essentielles du quotidien, qui diffèrent en fonction de facteurs tels que la culture, le sexe, l'âge)
- IO.2 Bien-être subjectif (aspects du bien-être subjectif pouvant être mesurés, comme se sentir calme, en sécurité, fort, optimiste, capable, reposé, intéressé, joyeux, ne pas se sentir impuissant, déprimé, anxieux ou en colère)
- IO.3 Ampleur d'un état prolongé de détresse invalidant et/ou présence d'un trouble mental, neurologique ou lié à la consommation de substances (ou symptômes)
- IO.4 Aptitude des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale à faire face aux problèmes (par exemple, grâce à des compétences de communication, de gestion du stress, de résolution de problèmes, de gestion des conflits ou à des compétences professionnelles)
- IO.5 Comportement social (par exemple, aide apportée aux autres, comportement agressif, violence, actes discriminatoires)
- IO.6 Liens sociaux, ayant trait à la qualité et au nombre de liens qu'une personne a (ou pense avoir) avec d'autres personnes de son cercle familial, amical et de connaissances. Les liens sociaux peuvent également aller au-delà du cercle social immédiat et s'étendre, par exemple, à d'autres communautés.

Remarque : certains de ces six indicateurs peuvent servir d'indicateurs de résultat, en fonction de la logique du programme (théorie du changement).

RÉSULTATS

(1) Les interventions d'urgence ne causent pas de préjudices et sont respectueuses de la dignité, participatives, guidées par la communauté et acceptables sur le plan social et culturel [R1]

PRINCIPAUX INDICATEURS DE RÉSULTAT (R)

- 01.1 Pourcentage de personnes affectées qui indiquent que les interventions d'urgence (i) sont conformes aux valeurs locales, (ii) sont appropriées et (iii) se déroulent de façon respectueuse
- 01.2 Pourcentage de personnes affectées qui indiquent participer activement à différentes phases des interventions d'urgence (par exemple, participation à l'évaluation des besoins, à l'élaboration du programme, à sa mise en œuvre et aux activités de suivi et d'évaluation)

- 01.3 Pourcentage de communautés cibles où la population locale a pu elle-même concevoir, organiser et mettre en œuvre les interventions d'urgence
- 01.4 Pourcentage d'intervenants qui sont formés et suivent les indications (par exemple les Directives du CPI) sur la manière de ne pas nuire
- 01.5 Nombre d'événements négatifs que les bénéficiaires estiment être dûs aux interventions humanitaires et/ou de SMSPS
- 01.6 Nombre de personnes affectées qui ont connaissance des codes de conduite des acteurs humanitaires et des modalités pour faire part de leurs préoccupations quant à des violations
- 01.7 Modifications apportées au programme après réception de commentaires par le biais de mécanismes de communication des observations
- 01.8 Prise en compte des perceptions des besoins (à savoir, des besoins perçus comme des problèmes graves par les personnes affectées, par exemple concernant le logement, les moyens de subsistance)

(2) Les personnes sont en sécurité, protégées et les violations des droits de l'homme sont condamnées [R2]

- 02.1 Nombre de violations des droits de l'homme signalées
- 02.2 Pourcentage de communautés cibles (villages, quartiers ou établissements tels qu'hôpitaux psychiatriques ou orphelinats) qui ont des mécanismes formels ou informels pour assurer la protection, le suivi et le signalement des risques pour la sécurité ou des groupes à risque (comme les enfants, les femmes, les personnes atteintes de graves troubles mentaux)
- 02.3 Pourcentage de communautés cibles dans lesquelles des représentants des groupes cibles participent à la prise de décisions concernant leur sécurité
- 02.4 Pourcentage de membres des groupes cibles qui, après formation, utilisent leurs nouvelles connaissances et compétences pour prévenir les risques et orienter les personnes
- 02.5 Nombre de membres de groupes à risque (comme les enfants ou les personnes ayant survécu à des violences sexuelles) qui utilisent des espaces sûrs
- 02.6 Pourcentage de membres des groupes cibles (ensemble de la population ou groupes à risque) qui se sentent en sécurité
- 02.7 Nombre de mécanismes de protection (tels que services sociaux ou réseaux de protection communautaires) et/ou nombre de personnes qui bénéficient de l'aide de mécanismes de protection formels ou informels
- 02.8 Nombre de personnes qui ont signalé des violations des droits de l'homme et perceptions quant à la réponse des institutions qui traitent leur demande

* Il est recommandé de ventiler les données par sexe et par âge pour tous les indicateurs pertinents. Les indicateurs présentés ici ne sont pas exhaustifs. En plus de sélectionner au moins un indicateur d'impact et un indicateur de résultat, les praticiens de la SMSPS peuvent librement créer des indicateurs supplémentaires correspondant à d'autres éléments des objectifs et résultats de leurs projets spécifiques.

(3) Les structures familiales, communautaires et sociales favorisent le bien-être et le développement de tous leurs membres [R3]

- 03.1 Nombre d'enfants qui sont avec des membres de leur famille ou qui bénéficient d'autres solutions de prise en charge suivant leurs besoins spécifiques et leur intérêt
- 03.2 Étendue des connaissances et des compétences des intervenants quant au rôle des parents et au développement de l'enfant
- 03.3 Qualité des interactions entre les intervenants et les enfants
- 03.4 Importance des liens familiaux ou de la cohésion familiale
- 03.5 Importance du capital social, à la fois cognitif (degré de confiance et de réciprocité entre communautés) et structurel (appartenance et participation à des groupes sociaux, civils ou communautaires)
- 03.6 Pourcentage de communautés cibles (villages ou quartiers) dans lesquelles des mesures ont été prises pour identifier, mobiliser ou renforcer les ressources locales contribuant au bien-être et au développement psychosocial
- 03.7 Pourcentage de communautés cibles dans lesquelles des rituels funéraires communautaires ont été organisés
- 03.8 Pourcentage de structures sociales, formelles et informelles, qui proposent des activités ou des dispositifs de soutien pour la santé mentale et le bien-être psychosocial
- 03.9 Nombre de personnes affectées qui utilisent différentes structures sociales, formelles et informelles (écoles ou éducation non formelle pour les enfants de tout âge, services de soins, services sociaux, programmes pour le développement de la petite enfance, groupes de femmes et clubs de jeunes)
- 03.10 Nombre de personnes dans des groupes à risque qui ont des moyens de subsistance
- 03.11 Nombre d'enfants qui ont la possibilité de faire l'apprentissage de compétences socio-affectives adaptées à leur développement

(4) Les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale [R4]

- 04.1 Nombre de personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale qui indiquent recevoir un soutien adéquat de la part de membres de leur famille
- 04.2 Capacité des intervenants à faire face aux problèmes (grâce, par exemple, à des compétences en matière de gestion du stress, de gestion des conflits, de résolution de problèmes, d'exercice des responsabilités parentales, ou en sachant où trouver de l'aide ou les informations et ressources nécessaires pour obtenir des soins)

- 04.3 Importance du capital social des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale (aussi bien cognitif que structurel)
- 04.4 Perceptions, connaissances, attitudes (y compris stigmatisation) et comportements des membres de la communauté, de la famille et/ou des prestataires de services à l'égard des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale

(5) Les personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés [R5]

- 05.1 Pourcentage d'établissements médicaux, de services sociaux et de programmes communautaires dont le personnel est formé à reconnaître les troubles mentaux et à aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- 05.2 Pourcentage d'établissements médicaux, de services sociaux et de programmes communautaires dont le personnel bénéficie d'un encadrement pour reconnaître les troubles mentaux et aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- 05.3 Pourcentage d'établissements médicaux, de services sociaux et de programmes communautaires qui ont et appliquent des procédures pour l'orientation des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- 05.4 Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient de soins psychosociaux et psychologiques ciblés (premiers soins psychologiques, mise en lien des personnes ayant des problèmes psychosociaux avec les ressources et services appropriés, gestion des cas, consultations psychologiques, psychothérapie ou autres interventions psychologiques)
- 05.5 Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient d'une prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances dans le cadre de services médicaux (primaires, secondaires ou tertiaires)
- 05.6 Nombre de personnes par groupe à risque (par exemple, enfants isolés ou non accompagnés, enfants associés à des groupes armés, personnes ayant survécu à des violences sexuelles) qui bénéficient de soins ciblés (premiers soins psychologiques, mise en lien des personnes ayant des problèmes psychosociaux avec les ressources et services appropriés, gestion des cas, consultations psychologiques, psychothérapie ou prise en charge clinique des troubles mentaux)
- 05.7 Pourcentage de programmes de SMSPS ciblés qui offrent des soins fondés sur des données probantes et adaptés à la culture, au contexte et à l'âge du groupe cible
- 05.8 Degré de satisfaction des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale et/ou de leur famille quant aux soins dont elles ont bénéficié.

CHAPITRE 5.

Description des résultats et des indicateurs du Cadre commun

Les résultats du Cadre commun sont liés à des aspects et aide-mémoire spécifiques des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence ; le principe de chaque résultat est ainsi présenté afin d'en comprendre l'intention.

Ces résultats et indicateurs de résultat correspondants utilisent également une série de termes importants qui peuvent avoir différentes significations selon les personnes. Les chapitres ci-dessous renseignent sur le lien entre ces résultats et les Directives ainsi que sur les idées que recouvrent les principaux termes utilisés, aussi bien pour les résultats que pour les indicateurs.



RÉSULTAT 1.

Les interventions d'urgence ne causent pas de préjudice et sont respectueuses de la dignité, participatives, guidées par la communauté et acceptables sur le plan social et culturel

Lien avec les résultats énoncés dans les Directives du CPI, aux aide-mémoire : 3.3, 5.1, 6.1, 6.4, 7.1, 8.1, 9.1, 10.1, 11.1

Principe : réduire les facteurs de stress et éviter que des interventions d'urgence inadéquates ne causent des préjudices est essentiel pour favoriser et protéger le bien-être psychosocial, prévenir les situations de détresse et éventuellement les troubles, et pour garantir l'implication de la communauté et la mise en place de mécanismes de sauvegarde et de protection.

PRINCIPAUX TERMES ET DÉFINITIONS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 1 :

- **Interventions d'urgence** fait référence à toutes les activités d'intervention d'urgence internationales, nationales et locales, dans tous les secteurs (par ex. nutrition, eau et assainissement, santé).
- **Ne pas causer de préjudice** consiste à garantir que les interventions d'urgence n'exposent pas les personnes à des risques (physiques, mentaux, sociaux, matériels, émotionnels ou juridiques) et ne causent pas d'autres préjudices aux populations affectées, notamment du fait du personnel humanitaire, de violations des droits fondamentaux (notamment de violations de l'intimité et de la dignité) ou de la reproduction de déséquilibres préjudiciables (nouveaux ou existants) des pouvoirs dans la prise de décisions.
- **Respectueux de la dignité** fait référence au résultat attendu des interventions d'urgence, qui tient compte des préoccupations des personnes affectées, les traite avec respect, en tant que sujets et non en tant qu'objets, et permet à des segments des communautés affectées d'informer et de guider l'intervention d'urgence, y compris les personnes ou les groupes qui peuvent nécessiter une attention particulière.

- **Participatif** fait référence à l'implication des membres de la communauté dans l'intervention d'urgence, mais suppose également que cette participation est volontaire, ne vient pas alourdir leur fardeau et tient compte des capacités et de la situation de la population affectée.
- **Guidé par la communauté** fait référence au fait que les personnes – y compris les membres de groupes marginalisés – contribuent à la définition des priorités, à la planification et à l'exécution des actions destinées à améliorer leur situation. Cela se produit lorsque les communautés sont en mesure de prendre des décisions importantes concernant l'aide qui est apportée et la manière dont elle est apportée. Il faut pour cela mobiliser les communautés et reconnaître et/ou renforcer les capacités des structures communautaires existantes, formelles et informelles.
- **Acceptable sur le plan social et culturel** qualifie les interventions d'urgence qui tiennent compte des normes et des valeurs de la population affectée et les respectent durant l'exécution des actions qui les composent. Cela désigne la prise en compte de la diversité des valeurs culturelles et sociales au sein de la population affectée et la reconnaissance du fait que les situations d'urgence entraînent souvent un changement des pratiques, qui peut être accepté par certains membres de la communauté et déconcertant pour d'autres.*

* Étant donné que certaines pratiques locales causent des préjudices, les acteurs humanitaires doivent faire preuve de sens critique et ne soutenir les pratiques locales que si elles sont conformes aux normes internationales en matière de droits de l'homme.

INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 1 :

- R1.1 : Pourcentage de personnes affectées qui indiquent que les interventions d'urgence (i) sont conformes aux valeurs locales, (ii) sont appropriées et (iii) se déroulent de façon respectueuse
- R1.2 : Pourcentage de personnes affectées qui indiquent participer activement à différentes phases des interventions d'urgence (par exemple, participation à l'évaluation des besoins, à l'élaboration du programme, à sa mise en œuvre et aux activités de suivi et d'évaluation)
- R1.3 : Pourcentage de communautés cibles où la population locale a pu elle-même concevoir, organiser et mettre en œuvre les interventions d'urgence
- R1.4 : Pourcentage d'intervenants qui sont formés et suivent les indications (par exemple les Directives du CPI) sur la manière de ne pas nuire
- R1.5 : Nombre d'événements négatifs que les bénéficiaires estiment être dûs aux interventions humanitaires et/ou de SMSPS
- R1.6 : Nombre de personnes affectées qui ont connaissance des codes de conduite des acteurs humanitaires et des modalités pour faire part de leurs préoccupations quant à des violations
- R1.7 : Modifications apportées au programme après réception de commentaires par le biais de mécanismes de communication des observations
- R1.8 : Prise en compte des perceptions des besoins (à savoir, des besoins perçus comme des problèmes graves par les personnes affectées, par exemple concernant le logement, les moyens de subsistance)



RÉSULTAT 2.

Les personnes sont en sécurité, protégées et les violations des droits de l'homme sont combattues

Lien avec les résultats énoncés dans les Directives du CPI, aux aide-mémoire : 3.1, 3.2, 3.3, 6.2, 6.3, 8.1

Principe : se sentir en sécurité et être protégé permet de réduire les problèmes psychosociaux et de santé mentale, ou d'empêcher l'apparition ou l'aggravation de ces problèmes. Promouvoir la justice suite à des actes ou à des causes de violations peut contribuer au rétablissement social et psychologique des personnes affectées, y compris des personnes atteintes d'une maladie mentale et vivant avec des aidants, formels ou informels.

PRINCIPAUX TERMES ET DÉFINITIONS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 2 :

En coordination avec les mécanismes de protection existants, les acteurs de la SMSPS ont un rôle à jouer pour créer des conditions permettant aux membres de la communauté de faire face de façon sûre aux menaces et aux violations des droits de l'homme.

- **Se sentir en sécurité** peut passer par le fait de : (i) permettre aux membres de la communauté de reconnaître les dangers et les menaces, de les prévenir et d'y répondre, (ii) prendre en compte l'effet de ces dangers ou de ces menaces sur le bien-être émotionnel, social et psychologique, (iii) apporter une aide aux personnes victimes de violations des droits, y compris à celles prises en charge de façon formelle ou informelle, lutter contre les risques, les menaces ou les préjudices existants, (iv) mettre en place des systèmes d'orientation fonctionnels, des mesures et des réseaux de responsabilisation, (v) sensibiliser à l'impact des menaces et des violations des droits de l'homme sur les personnes, (vi) aider les communautés à accéder à la justice, (vii) renforcer les capacités des communautés et des États (à savoir les détenteurs d'obligations) pour identifier les risques éventuels, les atténuer et y répondre, (viii) lutter contre les conditions sous-jacentes qui peuvent entraîner des violences aux niveaux individuel, familial, scolaire et communautaire.

Soutenir les personnes en situation de détresse ou de maladie peut également améliorer leur protection et les aider à se sentir plus en sécurité. Les personnes qui vivent dans la sécurité et le bien-être sont moins susceptibles d'être victimes ou de commettre des abus, ce qui contribue à lutter contre le cercle vicieux des atteintes à autrui.

- **Être protégé** consiste à garantir que des systèmes soient en place pour contribuer à prévenir ou à réduire l'impact des menaces ou des violations des droits de l'homme. Ce peut être le résultat d'un travail sur la protection des droits et la création d'environnements protecteurs. La prise en compte des questions de justice, de réparation ou de droits légaux, ainsi que des actions dans ces domaines, peuvent être nécessaires. Il s'agit notamment de comprendre le contexte et les approches qui permettent aux personnes affectées de combattre les facteurs structurels influant sur leur bien-être et sur leur rétablissement.
- **Lutter contre les violations des droits de l'homme** implique des aspects de suivi, de signalement, de documentation et d'accompagnement ou de soutien des personnes de tout âge afin de réclamer justice pour des violations des droits de l'homme, lorsque la situation locale le permet. De nombreux points sont importants pour lutter contre les violations des droits de l'homme, notamment, sans s'y limiter, les suivants :



En fonction de la situation locale, il peut être nécessaire de créer ou de renforcer les procédures pour lutter contre les violations des droits de l'homme dans le cadre des lois et coutumes locales.

Les mesures pour lutter contre les violations peuvent être prises avant (prévention), pendant ou après la commission de ces violations.

Certains groupes peuvent courir un risque particulier de préjudices et de violations de leurs droits, souvent à cause de vulnérabilités ou de discriminations qui existaient avant la situation d'urgence (personnes atteintes de troubles mentaux graves, enfants et adultes en institutions, etc.).

Les acteurs de la SMSPS peuvent travailler avec des structures ou des mécanismes qui prennent en compte les questions de sécurité, de protection et de justice, ou avec des communautés, des familles et des personnes qui cherchent à y accéder.

Un soutien technique peut être nécessaire pour documenter les violations des droits de l'homme, notamment pour assurer la sécurité, la protection et la gestion éthique des informations personnelles.

INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 2 :

- R2.1 : Nombre de violations des droits de l'homme signalées
- R2.2 : Pourcentage de communautés cibles (villages, quartiers ou établissements tels qu'hôpitaux psychiatriques ou orphelinats) qui ont des mécanismes formels ou informels pour assurer la protection, le suivi et le signalement des risques pour la sécurité ou des groupes à risque (comme les enfants, les femmes, les personnes atteintes de graves troubles mentaux)
- R2.3 : Pourcentage de communautés cibles dans lesquelles des représentants des groupes cibles participent à la prise de décisions concernant leur sécurité
- R2.4 : Pourcentage de membres des groupes cibles qui, après formation, utilisent leurs nouvelles connaissances et compétences pour prévenir les risques et orienter les personnes
- R2.5 : Nombre de membres de groupes à risque (comme les enfants ou les personnes ayant survécu à des violences sexuelles) qui utilisent des espaces sûrs
- R2.6 : Pourcentage de membres des groupes cibles (ensemble de la population ou groupes à risque) qui se sentent en sécurité
- R2.7 : Nombre de mécanismes de protection (tels que services sociaux ou réseaux de protection communautaires) et/ou nombre de personnes qui bénéficient de l'aide de mécanismes de protection formels ou informels
- R2.8 : Nombre de personnes qui ont signalé des violations des droits de l'homme et perceptions quant à la réponse des institutions qui traitent leur demande

RÉSULTAT 3.

Les structures familiales, communautaires et sociales favorisent le bien-être et le développement de tous leurs membres

Lien avec les résultats énoncés dans les Directives du CPI, aux aide-mémoire : 5.2, 5.3, 5.4, 7.1, 8.2.

Principe : le développement humain, la santé mentale et le bien-être psychosocial existent en présence de relations et de liens sociaux qui se voient souvent perturbés dans les situations d'urgence. Cela peut avoir un impact négatif sur le bien-être. La protection, la restauration et la transformation positive des structures familiales et communautaires peuvent créer un environnement favorable au bien-être de leurs membres et favoriser leur rétablissement psychologique et social.

PRINCIPAUX TERMES ET DÉFINITIONS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 3 :

● **Les structures familiales, communautaires et sociales** (parfois considérées comme « systèmes ») peuvent être formelles ou informelles. Elles peuvent offrir un cadre de cohésion sociale et de confiance permettant de soutenir les personnes dans un environnement social plus large. Le soutien social, communautaire et familial permet aux personnes d'apprendre et de s'adapter en permanence pour suivre les étapes de développement. Cela est particulièrement vrai pour les enfants et les adolescents, mais peut aussi l'être pour les adultes, qui doivent parfois s'adapter à un changement de situation ou à de nouvelles opportunités. Ces structures sont, par exemple, les systèmes de recherche et de réunification des familles, les structures d'éducation formelle, les systèmes religieux ou spirituels, les pratiques traditionnelles des communautés, les structures de soins, les institutions ou structures informelles telles que les groupes de femmes, les organisations / clubs pour les enfants ou les jeunes, ou les groupes de sensibilisation.

- **Le développement**, au sens de développement humain, peut être défini vis-à-vis de deux dimensions¹⁴ : (1) l'amélioration directe des aptitudes humaines, qui assure une vie longue et en bonne santé, des connaissances et un niveau de vie décent, (2) la création de conditions permettant aux personnes de participer à la vie politique et communautaire, d'œuvrer en faveur de la durabilité environnementale et de vivre dans la sécurité et le respect des droits et de l'égalité des genres. Le développement humain a lieu tout au long de la vie. Il concerne donc tous les groupes d'âge, suit des étapes adaptées à l'âge et contribue à aider les gens, de façon individuelle ou collective, à multiplier leurs choix, opportunités et possibilités afin qu'ils aient une chance raisonnable de mener une vie productive et créative.
- « **Tous les membres** » fait référence au fait que ces structures doivent inclure tous les membres de la communauté (à savoir toutes les personnes, quels que soient leur âge, leur sexe, leur niveau d'éducation, leur état de santé ou de handicap, leur situation familiale, leur appartenance à un groupe religieux ou ethnique / social, etc.).

Des femmes participent à un cours de broderie encadré par du personnel de l'OIM dans un camp de personnes déplacées.



Muse Mohammed, © OIM, 2016, Nigeria

INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 3 :

- R3.1 : Nombre d'enfants qui sont avec des membres de leur famille ou qui bénéficient d'autres solutions de prise en charge suivant leurs besoins spécifiques et leur intérêt.
- R3.2 : Étendue des connaissances et des compétences des intervenants quant au rôle des parents et au développement de l'enfant
- R3.3 : Qualité des interactions entre les intervenants et les enfants
- R3.4 : Importance des liens familiaux ou de la cohésion familiale*
- R3.5 : Importance du capital social, à la fois cognitif (degré de confiance et de réciprocité entre communautés) et structurel (appartenance et participation à des groupes sociaux, civils ou communautaires)
- R3.6 : Pourcentage de communautés cibles (villages ou quartiers) dans lesquelles des mesures ont été prises pour identifier, mobiliser ou renforcer les ressources locales contribuant au bien-être et au développement psychosocial
- R3.7 : Pourcentage de communautés cibles dans lesquelles des rituels funéraires communautaires ont été organisés
- R3.8 : Pourcentage de structures sociales, formelles et informelles, qui proposent des activités ou des dispositifs de soutien pour la santé mentale et le bien-être psychosocial
- R3.9 : Nombre de personnes affectées qui utilisent différentes structures sociales, formelles et informelles (écoles ou éducation non formelle pour les enfants de tout âge, services de soins, services sociaux, programmes pour le développement de la petite enfance, groupes de femmes et clubs de jeunes)
- R3.10 : Nombre de personnes dans des groupes à risque qui ont des moyens de subsistance
- R3.11 : Nombre d'enfants qui ont la possibilité de faire l'apprentissage de compétences socio-affectives adaptées à leur développement

* S'il n'existe pas de définition communément admise de la cohésion sociale, les définitions actuelles mettent l'accent sur le sentiment d'appartenance, la participation, le degré d'attachement au groupe et le partage (équitable) des résultats sociaux et économiques. (Cook, Philip, Marisa O. Ensor et Natasha Blanchet-Cohen, Participatory Action Research on Community Mechanisms Linking Child Protection with Social Cohesion: Interim report, Burundi/Chad, International Institute for Child Rights and Development (IICRD), 2015).

RÉSULTAT 4.

Les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale

Lien avec les résultats énoncés dans les Directives du CPI, aux aide-mémoire : 5.2, 5.3, 5.4, 6.3, 6.4, 6.5.

Principe : le soutien de la communauté et de la famille peut aider les personnes ou les groupes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale. Généralement, ce sont les premiers soutiens que reçoivent les personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale. La famille et les aidants sont la principale source de protection et de bien-être chez les enfants. Ce soutien peut être renforcé, affaibli, voire devenir défaillant après une situation d'urgence. Établir, restaurer ou renforcer ces mécanismes de soutien permet de garantir que les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale puissent être prises en charge dans leur famille et leur communauté, en particulier lorsque les services formels sont rares ou limités.

PRINCIPAUX TERMES ET DÉFINITIONS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 4 :

- **Les problèmes psychosociaux et de santé mentale** peuvent inclure les problèmes sociaux (comme la discrimination ou la violence sexuelle), la détresse psychologique, les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, les déficiences intellectuelles ou une combinaison de plusieurs problèmes.
- **La communauté** comprend les membres de la communauté et les institutions formelles et non formelles (par ex. écoles, établissements de santé, institutions religieuses, groupes de soutien aux aidants et relève de proximité).

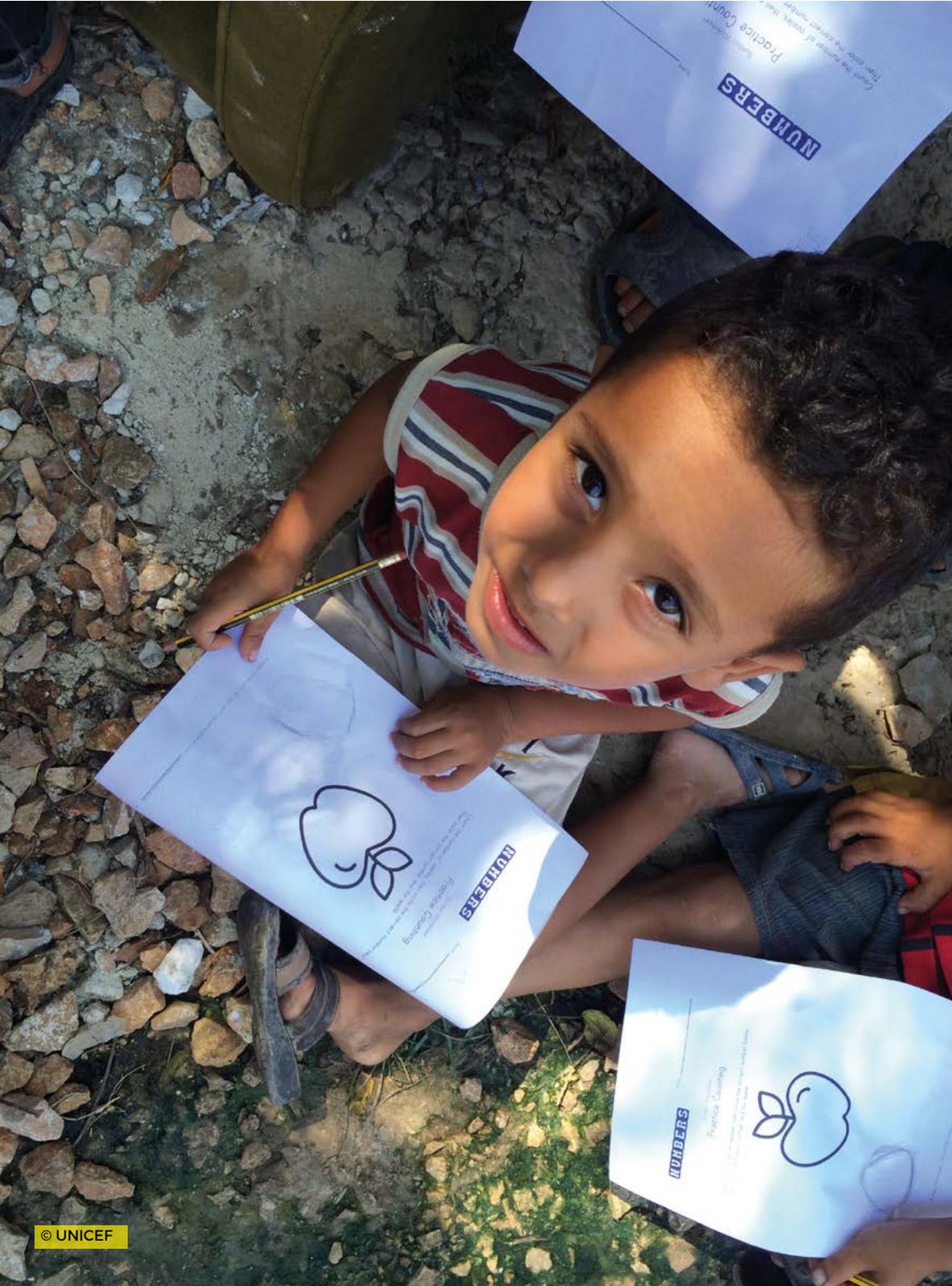
Il y a **soutien de la communauté et de la famille** lorsque :

La famille contribue à répondre aux besoins individuels des personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale (par exemple en tenant compte de leur détresse psychologique ou en les aidant dans les tâches du quotidien).

Les membres de la communauté apportent un soutien (par exemple en organisant des pratiques culturelles ou de guérison, en proposant un emploi et/ou en encourageant les autres membres de la communauté à les respecter et à les inclure, en luttant par exemple contre la discrimination ou en favorisant activement l'inclusion sociale).

Les institutions de la communauté facilitent l'accès et l'inclusion des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale (par exemple en permettant aux personnes atteintes de troubles mentaux graves d'accéder à des moyens de subsistance ou en intégrant les enfants atteints de troubles du développement dans le système éducatif).

La communauté et la famille tentent de réduire leur souffrance en allégeant leur charge de stress, de crainte, d'insécurité et de discrimination, et en aidant les autres à accroître leurs contributions fonctionnelles à la vie communautaire et familiale. La communauté et la famille peuvent être mobilisées pour aider des personnes et des groupes qui n'ont pas de réseaux de soutien, comme les enfants devenus orphelins ou d'autres personnes nécessitant une protection particulière.



- Il faut néanmoins tenir compte du fait que la communauté et la famille peuvent elles-mêmes être à l'origine des problèmes psychosociaux et de santé mentale ou de leur persistance. Elles peuvent également limiter l'accès des personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale aux opportunités et aux services. Il peut donc être nécessaire de compléter les activités de SMSPS axées sur ce résultat par d'autres interventions centrées sur la communauté afin d'aider directement les personnes qui en ont besoin.

INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 4 :

- R4.1 : Nombre de personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale qui indiquent recevoir un soutien adéquat de la part de membres de leur famille
- R4.2 : Capacité des intervenants à faire face aux problèmes (grâce, par exemple, à des compétences en matière de gestion du stress, de gestion des conflits, de résolution de problèmes, d'exercice des responsabilités parentales, ou en sachant où trouver de l'aide ou les informations et ressources nécessaires pour obtenir des soins)
- R4.3 : Importance du capital social des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale (aussi bien cognitif que structurel)
- R4.4 : Perceptions, connaissances, attitudes (y compris stigmatisation) et comportements des membres de la communauté, de la famille et/ou des prestataires de services à l'égard des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale

RÉSULTAT 5.

Les personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés

Lien avec les résultats énoncés dans les Directives du CPI, aux aide-mémoire : 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 8.2.

Principe : les personnes qui présentent des problèmes psychosociaux et de santé mentale, quel que soit leur âge, peuvent avoir besoin de soins ciblés, en plus du soutien disponible auprès de leur famille ou de leur communauté. Dans ce cas, l'accès à des soins ciblés peut favoriser la santé mentale, le bien-être et le rétablissement des personnes affectées.

PRINCIPAUX TERMES ET DÉFINITIONS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 5 :

- **Les problèmes psychosociaux et de santé mentale** peuvent inclure les problèmes sociaux (comme la discrimination ou la violence sexuelle), la détresse psychologique, les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, les déficiences intellectuelles ou une combinaison de plusieurs problèmes.
- **Le recours à des soins ciblés appropriés** indique que les soins ciblés prodigués à la personne ont été mis en œuvre et utiles d'une ou plusieurs manières (par exemple, amélioration des aptitudes fonctionnelles ou d'adaptation, réduction des symptômes du trouble mental, augmentation du soutien social, diminution des problèmes sociaux, etc., sans effet négatif important). Pour que ces soins ciblés soient le plus bénéfiques possibles, il faut entreprendre des démarches et des interventions réalisables, fondées sur des données probantes, et visant à répondre à des besoins spécifiques. Des soins ciblés adaptés et permettant de répondre à d'autres besoins particuliers, comme ceux des enfants, des personnes ayant des problèmes de développement, de genre ou d'autres handicaps, peuvent également être nécessaires.

• **Des soins appropriés** signifie que les personnes reçoivent individuellement une aide et un traitement adaptés à leurs besoins, conformément aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.* Cela implique que « l'accès à des soins appropriés » est inclusif, disponible, accessible, acceptable et de bonne qualité. Cet accès approprié devrait être assuré par les détenteurs d'obligations (par ex. les États) mais il peut l'être temporairement par des acteurs non étatiques (par ex. des organisations non gouvernementales), dans des contextes d'urgence, de rétablissement et de développement.

• **Des soins ciblés** peuvent être prodigués par des professionnels spécialisés (comme des psychiatres qualifiés, des travailleurs sociaux, des psychologues, etc.), des conseillers / assistants non professionnels formés ou des prestataires de services formés et pas nécessairement spécialisés dans la SMSPS (comme des infirmiers / médecins généralistes, des agents de santé communautaires et des enseignants). Les soins ciblés vont des services communautaires à l'hospitalisation, et d'un soutien informel à un soutien formel.**

* Comme l'Observation générale n°14 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant (1990), et l'article 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2008).

** Par exemple : (i) les personnes qui ont des problèmes sociaux peuvent avoir besoin d'une protection et de services sociaux spécifiques, ainsi que de réseaux d'aide plus généraux (groupes de loisirs, groupes de mères, etc.) afin de faciliter leur réhabilitation et leur réintégration dans la vie de la communauté ; (ii) les personnes touchées par un deuil ou une grande détresse peuvent avoir besoin d'un soutien psychologique de base, d'un soutien social de la part des membres de la famille et de la communauté, et d'un processus de deuil adapté aux particularités culturelles ; (iii) les personnes atteintes de troubles mentaux ont besoin d'accéder à des soins de santé mentale et à des services sociaux / dispositifs de soutien plus généraux de la part de leur entourage (personnes, famille et communauté).

Une membre du personnel de l'OIM dirige une séance collective de conseils aux femmes dans un camp de personnes déplacées.



Muse Mohammed, © OIM. Nigeria

INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 5 :

Certains indicateurs associés au résultat 5 reflètent des services qui se recoupent et des termes qui peuvent être diversement employés par certains professionnels (par exemple, nombre de personnes qui bénéficient de soins psychosociaux, d'interventions psychologiques et d'une prise en charge clinique). Ces concepts ont toutefois été séparés dans les indicateurs afin que les intervenants puissent utiliser l'approche la plus adaptée à leurs interventions.

- R5.1 : Pourcentage d'établissements médicaux, de services sociaux et de programmes communautaires dont le personnel est formé à reconnaître les troubles mentaux et à aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- R5.2 : Pourcentage d'établissements médicaux, de services sociaux et de programmes communautaires dont le personnel bénéficie d'un encadrement pour reconnaître les troubles mentaux et aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- R5.3 : Pourcentage d'établissements médicaux, de services sociaux et de programmes communautaires qui ont et appliquent des procédures pour l'orientation des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- R5.4 : Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient de soins psychosociaux et psychologiques ciblés (premiers soins psychologiques, mise en lien des personnes ayant des problèmes psychosociaux avec les ressources et services appropriés, gestion des cas, consultations psychologiques, psychothérapie ou autres interventions psychologiques)
- R5.5 : Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient d'une prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances dans le cadre de services médicaux (primaires, secondaires ou tertiaires)
- R5.6 : Nombre de personnes par groupe à risque (par exemple, enfants isolés ou non accompagnés, enfants associés à des groupes armés, personnes ayant survécu à des violences sexuelles) qui bénéficient de soins ciblés (premiers soins psychologiques, mise en lien des personnes ayant des problèmes psychosociaux avec les ressources et services appropriés, gestion des cas, consultations psychologiques, psychothérapie ou prise en charge clinique des troubles mentaux)
- R5.7 : Pourcentage de programmes de SMSPS ciblés qui offrent des soins fondés sur des données probantes et adaptés à la culture, au contexte et à l'âge du groupe cible
- R5.8 : Degré de satisfaction des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale et/ou de leur famille quant aux soins dont elles ont bénéficié

CHAPITRE 6.

Mesure des indicateurs à l'aide de moyens de vérification

Lorsque l'on utilise le Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, la première étape consiste à définir un objectif global, des indicateurs d'impact pour mesurer la progression vis-à-vis de cet objectif, les résultats souhaités ainsi que les indicateurs de résultat associés. L'étape suivante consiste à déterminer la manière de mesurer les indicateurs d'impact et/ou de résultat. Les moyens de vérification définissent des outils (par ex. enquêtes, questionnaires, groupes de discussion et rapports de projets) expliquant de quelle manière les indicateurs vont être mesurés. Il peut s'agir d'outils spécifiques ou simplement d'informations devant être recueillies pour faire le bilan par rapport aux indicateurs donnés. Les indicateurs peuvent être quantitatifs et/ou qualitatifs. Il est possible que certains indicateurs nécessitent plusieurs moyens de vérification, en fonction de ce qui est mesuré et de la manière dont cela est mesuré.

UTILISATION D'OUTILS DE VÉRIFICATION APPROPRIÉS

À l'heure actuelle, les outils de vérification qui peuvent être mis en œuvre pour mesurer les indicateurs suggérés dans le présent Cadre commun varient fortement en ce qui a trait à leur convenance interculturelle et à leurs propriétés psychométriques (marqueurs de validité et de fiabilité). Certains outils ont fait l'objet de recherches approfondies et ont été validés dans plusieurs cultures et contextes.* Cependant, d'autres outils doivent être adaptés et testés dans différents contextes et cultures afin de garantir qu'ils soient acceptables mondialement. En outre, de nombreux outils sont assortis de droits d'auteur et d'autres restrictions pour leur adaptation et leur utilisation. Dans ce cas, les organisations souhaitant utiliser ou adapter ces mesures doivent obtenir l'autorisation des titulaires des droits d'auteur.

Pour ces raisons, le présent Cadre commun ne donne aucune recommandation spécifique quant aux outils de vérification à utiliser pour les indicateurs suggérés dans cette publication. Cependant, les points suivants s'avèrent importants pour décider des moyens de vérification à utiliser : Ces concepts ont toutefois été séparés dans les indicateurs afin que les intervenants puissent utiliser l'approche la plus adaptée à leurs interventions.

- L'outil de vérification tient-il compte de l'âge, des questions de genre et du public ?
- L'outil mesure-t-il spécifiquement l'indicateur d'intérêt ?
- Quelles sont la validité et la fiabilité de l'outil dans le contexte en question ou dans des contextes socioculturels similaires (en tenant compte du fait que les adaptations linguistiques peuvent influencer sur sa validité et/ou fiabilité) ? Si ces facteurs ne sont pas connus, il faudra déterminer si ce travail de validation doit être entrepris dans le cadre des mesures et des pratiques de suivi et d'évaluation.
- Les propriétaires des outils ont-ils des droits d'auteur et/ou des autorisations à donner ?
- L'outil donne-t-il des informations de nature quantitative ou qualitative, ou les deux ?
- L'utilisation de l'outil exige-t-elle la participation des bénéficiaires du projet, en particulier des enfants, enrichissant le processus de suivi et d'évaluation pour les participants ?

* Comme l'échelle de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'évaluation de l'incapacité (OMS/DAS), qui permet de mesurer la capacité d'une personne à exercer ses rôles, ou le questionnaire PHQ-9, utilisé pour mesurer la dépression.

- L'utilisation de l'outil exige-t-elle du temps, des efforts et la participation des participants au projet ? Par exemple, une enquête ou des groupes de discussion sont-ils nécessaires si les informations sont déjà disponibles dans des sources secondaires, comme la documentation du projet ? De plus, l'utilisation de l'outil créera-t-elle une charge inutile pour les participants ? (Gardez à l'esprit que les participants ne souhaiteront peut-être pas passer beaucoup de temps à répondre à des enquêtes ou à des questionnaires ou se rendre disponibles pour des entretiens.)
- Comment les résultats issus des outils de vérification seront-ils transmis, documentés et diffusés de sorte à être compris par tous les participants ? Autrement dit, comment pouvez-vous garantir que l'analyse de données quantitatives soit communiquée en des termes simples aux communautés concernées ?

POURQUOI VENTILER LES DONNÉES ?

Lorsque l'on collecte des informations pour évaluer la situation par rapport à un objectif et/ou résultat, il est important que les données tiennent compte des groupes particuliers qui ont des besoins spéciaux ou qui sont susceptibles de répondre différemment aux interventions. Par conséquent, les indicateurs mesurés doivent comporter des données ventilées en fonction, entre autres, du genre et des tranches d'âge, y compris des tranches d'âge relatives aux enfants et aux adultes. Suivant le contexte ou le programme mis en œuvre, il peut également être nécessaire de ventiler les données par origine ethnique, statut (par exemple, réfugié ou hôte), handicap, niveau d'éducation, etc.



CHAPITRE 7.

Conseils pratiques pour l'utilisation du Cadre commun

Chaque programme de SMSPS est unique. Le type de programmes et la manière dont ils vont être mis en œuvre dépendent du contexte, des besoins qui ont été déterminés, de l'expérience et des capacités de l'organisation ou des partenaires d'exécution, des ressources locales, ainsi que des capacités, du calendrier, du budget et d'autres considérations. Le but n'est PAS que les programmes de SMSPS utilisent tous les résultats ou indicateurs présentés dans ce Cadre commun. Néanmoins, la majorité des programmes de SMSPS dans les situations d'urgence ou des cadres de suivi et d'évaluation devraient inclure **au moins UN indicateur d'impact et au moins UN indicateur de résultat du présent Cadre commun.**



© IFRC

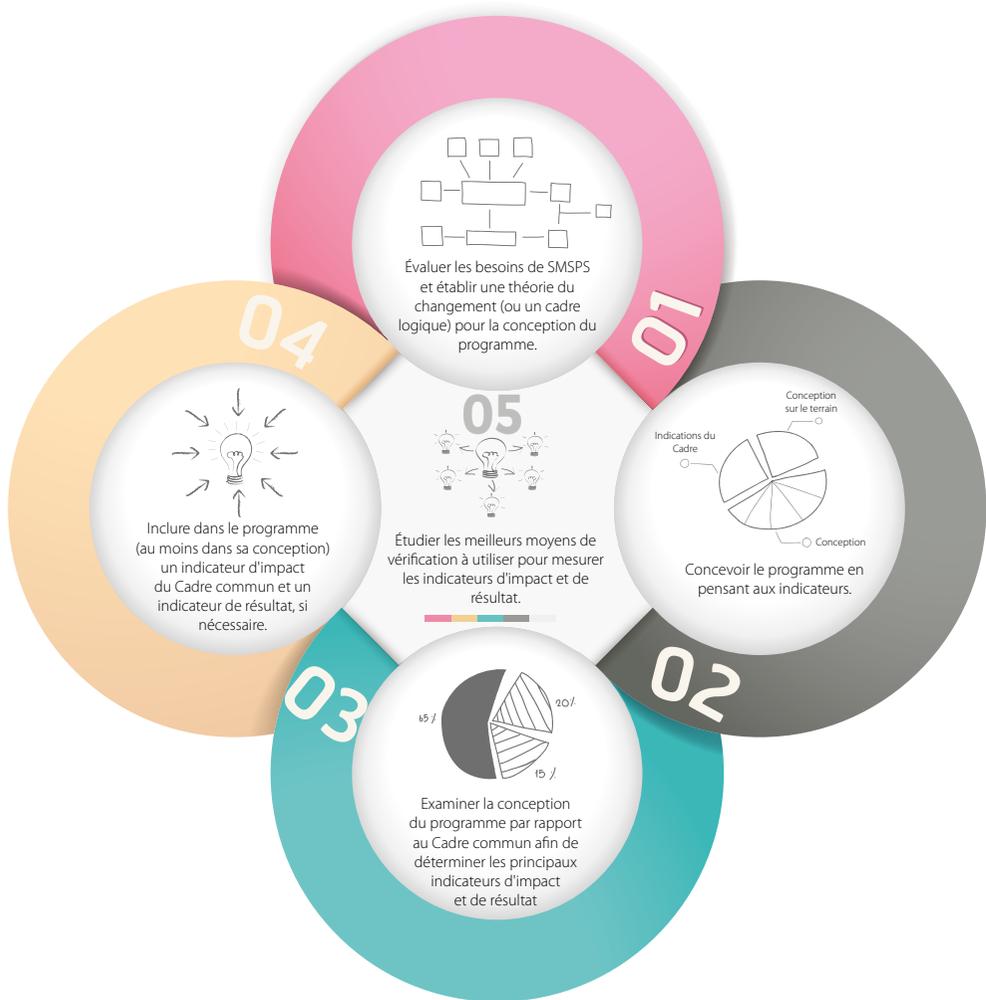
UN PROCESSUS EN CINQ ÉTAPES

Parallèlement à la coordination des mesures d'urgence (par ex. groupes de travail pour la SMSPS dans les interventions d'urgence), le processus suivant peut être déployé afin d'y inclure des indicateurs du présent Cadre commun de suivi et d'évaluation (voir la figure 3) :

1. Évaluations habituelles de la SMSPS. La conception d'un programme de SMSPS débute suivant les besoins qui ont été déterminés.
2. Chaque organisation tient compte de ses propres résultats et réalisations pour la conception du programme. Chaque organisation réfléchit à la manière dont son projet va contribuer à l'objectif du Cadre commun.
3. Durant la phase de conception, les praticiens / acteurs sont encouragés à revoir le Cadre commun pour vérifier la concordance de la ou des intervention(s) proposée(s).
4. Les programmes utilisent (au moins) un indicateur d'impact et au moins un indicateur de résultat du Cadre commun. Ils incluent également des indicateurs de réalisation spécifiques au programme en question.
5. Étudiez les moyens de vérification qui peuvent être utilisés pour mesurer vos indicateurs d'impact et de résultat, qui peuvent être des mesures précédemment utilisées par votre organisation ou par d'autres.

FIGURE 3.

Diagramme présentant la manière dont des programmes individuels de SMSPS et des plans de suivi et d'évaluation peuvent inclure des aspects du Cadre commun.



L'idée fondamentale du Cadre commun est de pouvoir l'utiliser de sorte à ce qu'il « corresponde » au mieux à l'objectif, aux résultats et aux réalisations souhaités de différents programmes de SMSPS. Il a été conçu de façon suffisamment générale pour convenir à la majorité des initiatives de SMSPS mises en œuvre dans les situations d'urgence. Cela signifie toutefois que certains indicateurs ou résultats de ce Cadre commun peuvent s'appliquer à un grand nombre d'activités ou de programmes. Par exemple : une intervention encourageant les familles à mieux s'occuper des membres du foyer atteints de troubles mentaux peut correspondre au résultat 2 (Les personnes sont en sécurité, protégées et les violations des droits de l'homme sont combattues), l'objectif du projet étant de tenir en sécurité les personnes atteintes de troubles mentaux et de garantir leurs droits à une protection et à un traitement. Cependant, le même projet peut aussi correspondre au résultat 4 (Les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale), les activités du projet visant à apporter aux familles les connaissances et les ressources nécessaires pour mieux soutenir les membres de la famille atteints de troubles mentaux.

Enfin, il revient au praticien qui conçoit le programme d'associer les résultats qui conviennent le mieux aux indicateurs proposés dans le Cadre commun. Il peut pour cela s'inspirer de sa propre conception des programmes de SMSPS, des activités des programmes, de la description des résultats donnée dans la présente publication ou des aide-mémoire des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.

Pour aider davantage les organisations dans l'utilisation du Cadre commun, les annexes 2 à 5 présentent des exemples de scénarios pour quatre interventions courantes de SMSPS dans les situations d'urgence. Ces scénarios montrent de quelle manière ces types d'interventions et les programmes types de SMSPS peuvent être liés et intégrés au Cadre commun. Bien que ces scénarios représentent des versions abrégées des programmes, ils devraient aider les concepteurs de programmes de SMSPS et les planificateurs du suivi et de l'évaluation qui souhaitent intégrer au moins un indicateur d'impact et au moins un indicateur de résultat du Cadre commun.

CHAPITRE 8.

Considérations éthiques touchant au suivi et à l'évaluation

Les principes éthiques aident à déterminer ce qui peut être utile ou préjudiciable. Il est important d'appliquer ces principes éthiques à tous les aspects du suivi et de l'évaluation afin d'éviter les pratiques potentiellement délétères ou risquées et d'assurer la sécurité des personnes concernées. La recherche, souvent décrite comme le recueil et l'analyse systématiques de données, englobe de nombreux aspects du travail de suivi et d'évaluation. Que l'on parle de recherche ou de suivi et d'évaluation, les deux démarches consistent à recueillir et analyser des données, et incluent souvent un engagement direct ou indirect auprès des personnes, tout au long du processus. Le suivi et l'évaluation doivent ainsi toujours tenir compte de considérations déontologiques spécifiques afin de garantir que les activités en question ne nuisent pas aux personnes concernées.

À cet égard, le Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial a publié des recommandations pour la réalisation de recherches éthiques relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial dans les situations d'urgence (*Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergencies*). Ces recommandations portent sur six domaines de recherche importants : (1) objet et bénéfices de la recherche, (2) analyse des questions d'éthique, (3) participation, (4) sécurité, (5) neutralité et (6) conception. Ces six domaines sont à leur tour décomposés en sous-éléments (voir figure 4) qui constituent un cadre pour la collecte de données dans les situations d'urgence. Tous ces domaines doivent tenir compte de considérations éthiques, conformément aux recommandations du CPI.

FIGURE 4.

Six grands domaines couverts par les recommandations pour la réalisation de recherches éthiques relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial dans les situations d'urgence (*Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergencies*)⁵



CHAPITRE 9.

Diffusion des résultats et des enseignements

Il est reconnu que l'absence de cadre commun de suivi et d'évaluation des activités de SMSPS dans les situations d'urgence a entraîné d'énormes variations au niveau des objectifs, des résultats et des indicateurs qu'utilisent les organisations pour mesurer l'efficacité de leur travail. Il s'est ainsi avéré difficile de démontrer la valeur ou l'impact des programmes de SMSPS dans les situations d'urgence. Cependant, même si les organisations utilisent le présent Cadre commun de suivi et d'évaluation, il est essentiel qu'elles en diffusent les résultats afin que d'autres puissent bénéficier de leurs enseignements. Au fil du temps, les données en résultant pourront être rassemblées dans un corpus qui servira à plaider en faveur des ressources de SMSPS. Les organisations qui utiliseront ce Cadre commun sont donc encouragées à faire connaître leurs conclusions, résultats, difficultés et enseignements, que leur impact ait été positif ou non. Il est tout aussi essentiel de savoir ce qui n'a pas fonctionné, afin d'éviter de refaire les mêmes erreurs.

Tout programme de SMSPS devrait inclure un rapport de suivi et d'évaluation, quel qu'en soit le format, reflétant une pratique éthique et responsable. Il existe de nombreuses manières, formelles et informelles, de consigner les résultats, comme les modèles de rapports standards des organisations ou des bailleurs de fonds, les notes de projets, les rapports publiés, les feuilles d'information ou les articles de revues à comité de lecture (en accès libre). Selon le mode de consignation des résultats, il existe également de nombreuses manières, formelles et informelles, de faire connaître les conclusions. Les résultats peuvent par exemple être publiés sur le site Internet www.MHPSS.net, partagés avec d'autres acteurs du secteur à l'occasion de réunions sur la SMSPS, de groupes de coordination nationaux ou de conférences, ou encore publiés sous forme de rapports ou d'articles.

Le but ultime est de garantir que la plupart, sinon toutes les organisations menant des activités de SMSPS dans les situations d'urgence évaluent certains concepts communs, en contribuant à terme aux analyses documentaires qui font avancer l'état des connaissances collectives en la matière.

CONCLUSION

Les travaux se développent dans le domaine de la SMSPS dans les situations d'urgence. Les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence sont fréquemment utilisées pour orienter ces travaux. On a aussi souvent tenté de déterminer les meilleurs effets possibles des démarches de SMSPS, mais les acteurs mondiaux de la SMSPS ont accusé le manque de cadre commun de suivi et d'évaluation pour rendre compte de leur travail de façon unifiée. Fruit d'analyses universitaires, de consultations d'experts et d'enquêtes sur le terrain – fondées sur les six principes clés des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence –, le Cadre commun de suivi et d'évaluation décrit dans la présente publication propose un objectif, cinq résultats, ainsi qu'une sélection d'indicateurs. Ce Cadre entend aider les organisations à appliquer au moins une (ou quelques-unes) de ces mesures, dans le respect de l'éthique, en vue d'améliorer le bien-être mental et psychosocial.



DONNEZ-NOUS VOTRE AVIS

Le Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence est le premier produit de ce type. Il est destiné à guider les démarches de suivi et d'évaluation en lien avec les objectifs des *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Son utilisation et son essai sur le terrain devraient donner lieu à de nouveaux enseignements utiles. Vos commentaires sur l'aide apportée par cette publication ou vos suggestions en vue de l'améliorer contribueront grandement à ses révisions futures. Merci d'envoyer vos commentaires au Groupe de référence du CPI pour la SMSPS, à l'adresse :

[<mhps.refgroup@gmail.com>](mailto:mhps.refgroup@gmail.com)

RÉFÉRENCES

1 Comité permanent interorganisations, *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, CPI, Genève, 2007.

2 Tol, W. A., et al., "Research Priorities for Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings", *PLoS Medicine*, vol. 8, n°9, 2011, e1001096.

3 Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Department of Mental Health, 'Developing a Common Framework for Monitoring and Evaluation of Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Humanitarian Settings: Report on review, phase 1: Review of common practices in monitoring and evaluation of MHPSS in emergencies', rapport non publié, 2014.

4 Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Department of Mental Health, 'Developing a Common Framework for Monitoring and Evaluation of Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Humanitarian Settings: Report on review, phase 2: Selection of indicators and means of verification', rapport non publié, 2015.

5 Charities Evaluation Services, "About Monitoring and Evaluation", The National Council for Voluntary Organisations, Londres, www.ces-vol.org.uk/about-performance-improvement/about-monitoring-evaluation.html, consulté le 19 octobre 2015.

6 Phillips, C, "What is Cost-Effectiveness?", deuxième édition dans la série "What is...?" sur l'économie de la santé, Hayward Medical Communications, une division de Hayward Group Ltd., Royaume-Uni, 2009, www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/Cost-effect.pdf, consulté le 16 février 2016.

7 Groupe des Nations Unies pour le développement, "UNDG Results-Based Management Handbook: Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level", GNUD, New York, 2011, <https://undg.org/home/guidance-policies/country-programmemeing-principles/results-based-management-rbm/>, consulté le 29 octobre 2015.

8 Kleinman A., V. Das et M. Lock, éd., *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley, 1997.

9 Dictionnaire Oxford, définition de "suffering"(souffrance), www.oxforddictionaries.com/definition/english/suffering, consulté le 9 mars 2016.

10 Organisation mondiale de la Santé, "La santé mentale : renforcer notre action", Principaux repères, OMS, Genève, mis à jour en 2016, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/, consulté le 24 avril 2016.

11 Le Projet Sphère, La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, édition 2011, livre numérique, Practical Action Publishing, Royaume-Uni, 2011.

12 Diener, E., "Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being", *Journal of Happiness Studies*, vol. 7, n°4, novembre 2006, p. 397 à 404

13 Minnesota Department of Health, *Social Connectedness. Evaluating the Healthy People 2020 Framework: The Minnesota Project*, juillet 2010, p. 13.

14 Programme des Nations Unies pour le développement, "What is Human Development?", PNUD, New York, 2015, <http://hdr.undp.org/en/content/what-human-development>, consulté le 20 octobre 2015.

15 Groupe de référence du Comité permanent interorganisations pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, *Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergency Settings*, CPI, Genève, 2014.

Annexe 1

Analyses universitaires pour l'élaboration du Cadre commun

INTRODUCTION

L'université Johns-Hopkins a procédé à deux types d'analyses afin d'aiguiller l'élaboration du Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Elle s'est tout d'abord intéressée aux documents relatifs aux cadres logiques et à la « théorie du changement ». Elle a ensuite analysé la littérature universitaire afin de repérer les stratégies les plus fréquemment utilisées pour suivre et évaluer les interventions de SMSPS dans les contextes humanitaires des pays à revenu faible et intermédiaire. La première phase du processus d'analyse a révélé d'importants recoupements pouvant prêter à confusion dans les objectifs et les résultats des projets, ainsi qu'un manque de clarté dans la définition des objectifs et des finalités des programmes et recherches en matière de SMSPS. En outre, si la plupart des rapports sur les projets de SMSPS traitaient de concepts plus généraux de SMSPS (par ex. description du soutien psychosocial en général, apport d'informations et renforcement du soutien communautaire et familial), l'analyse a révélé que les recherches restent essentiellement axées sur les interventions cliniques individuelles et la formation pour atteindre ces objectifs. Les conclusions de la première phase de l'analyse ont confirmé qu'un cadre commun de suivi et d'évaluation pour la SMSPS, fondé sur les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, serait très utile pour améliorer la capacité des acteurs de la SMSPS à définir leurs plans de travail suivant un objectif et une série de résultats communs. La deuxième phase de l'analyse a consisté à définir des indicateurs potentiels pour le cadre.

MÉTHODES

Les cadres logiques et les documents relatifs à la théorie du changement ont été obtenus auprès d'organisations membres du Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial. Ils portaient sur différentes disciplines dans lesquelles sont déployées des activités de SMSPS.

Tous les cadres logiques, documents sur la théorie du changement, emplacements géographiques, agences, individus, bailleurs de fonds et détails budgétaires ont été anonymisés avant d'extraire les données de ces documents. Les bases de données Embase, PILOTS, PsycInfo, PubMed / MEDLINE ainsi que les bases de données régionales de l'OMS ont été consultées à la recherche d'études révisées par les pairs. La recherche de publications universitaires s'est limitée à des articles révisés par les pairs qui décrivaient le suivi et l'évaluation concernant la SMSPS dans les contextes humanitaires des pays à revenu faible et intermédiaire. L'analyse a fait appel à des stratégies d'induction et de déduction. Les concepts relatifs à la santé mentale et au soutien psychosocial ont été regroupés « à partir de zéro », en employant une stratégie d'induction pour l'analyse thématique du contenu. Une stratégie de déduction a permis, dans un premier temps, de mettre les données en correspondance, puis de regrouper les thèmes suivant l'objectif et les résultats définis par le Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial. Le classement inductif des thèmes a permis de noter des différences systématiques dans la mise en correspondance ainsi que des manques dans la version actuelle du cadre.

RÉSULTATS

À partir de l'analyse déductive, la répartition des correspondances entre les informations extraites des cadres logiques et des articles et l'objectif, les résultats et les indicateurs du Cadre commun envisagé est présentée respectivement aux figures 5 et 6. Dans les cadres logiques et les articles révisés par les pairs, l'analyse inductive a permis de relever **six thèmes** au niveau de l'objectif et des résultats :

1. Améliorer la résilience, favoriser le bien-être social et prévenir les problèmes psychosociaux et de santé mentale. L'idée fondamentale que recouvre ce thème est que les programmes visent à soutenir ou à améliorer la résilience et le bien-être des personnes.
2. Objectif consistant à réduire les troubles mentaux, les symptômes psychosociaux et les déficiences fonctionnelles associées grâce à une prise en charge.
3. Renforcer les capacités afin de pouvoir identifier les problèmes de SMSPS, intervenir et les contrôler. Si ce thème peut être implicite à l'objectif global prévu pour le Cadre, il n'était pas directement reflété dans les résultats, ce qui indiquait une lacune potentielle (étant donné que de nombreux cadres logiques et articles le mentionnaient explicitement comme objectif).
4. Objectif consistant à favoriser un développement humain optimal au sein des systèmes sociaux existants. Ce thème est différent du second par le fait que les programmes s'attachaient spécifiquement à soutenir ou améliorer les structures et systèmes communautaires contribuant au bon développement des personnes et à une meilleure qualité de vie, notamment à la santé physique et au développement socioéconomique.
5. Objectifs de macro-niveau qui visent à rétablir la paix entre les groupes après un conflit et à régler les problèmes structurels au sein des sociétés.
6. Objectifs relatifs à la protection des groupes vulnérables, tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées.

CONCLUSIONS

Globalement, il est ressorti des analyses que le Cadre commun envisagé pourrait s'appliquer aux programmes et à la littérature existants, mais qu'il était pour cela essentiel de définir clairement des objectifs et des résultats. Il est également apparu que même si la littérature révisée par les pairs mentionne des moyens de vérification valables sur le plan psychométrique, ceux-ci ne sont pas couramment appliqués aux cadres logiques ou aux théories du changement utilisés dans la programmation.

FIGURE 5.

Fréquence de correspondance entre les résultats du Cadre commun de suivi et d'évaluation et les cadres logiques

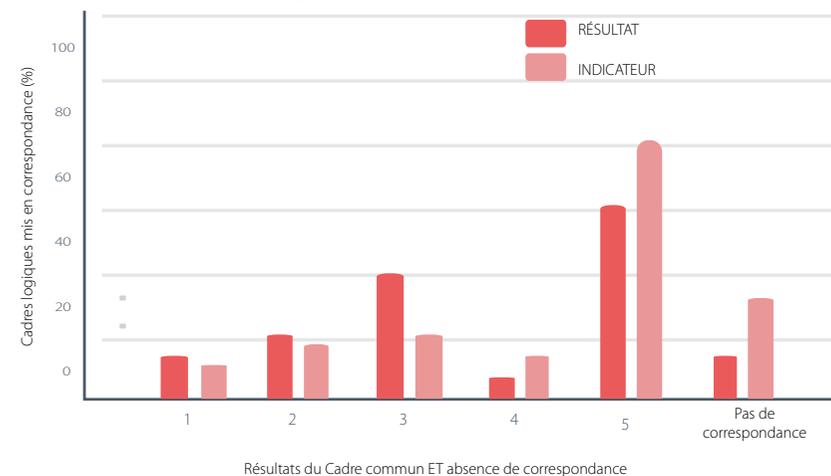
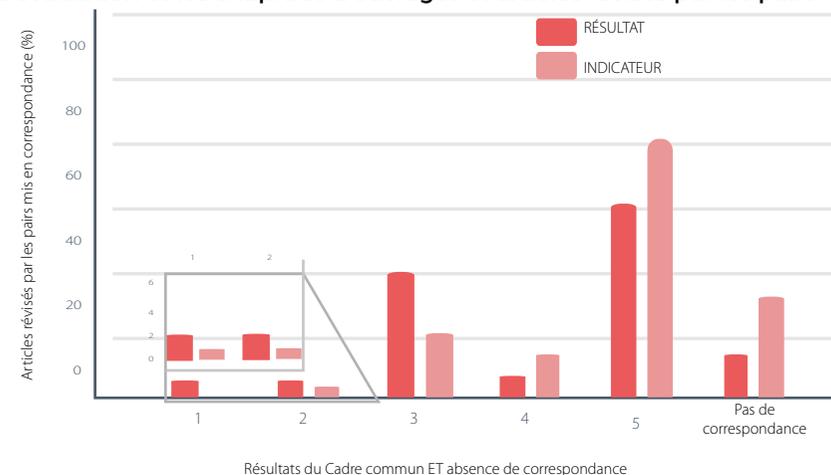


FIGURE 6.

Fréquence de correspondance entre les résultats du Cadre commun de suivi et d'évaluation et les chapitres d'ouvrages et articles révisés par les pairs



Observations concernant les annexes 2, 3, 4 et 5

Les annexes suivantes présentent des exemples de cadres logiques pour différents types d'interventions de SMSPS dans les situations d'urgence. Il ne s'agit pas d'exemples techniques ou détaillés de programmes de SMSPS et ils ne se veulent pas instructifs ni illustratifs de la conception type de programmes de SMSPS. Ils entendent cependant montrer, de façon succincte, comment des aspects du Cadre commun de suivi et d'évaluation peuvent être intégrés à la conception d'un programme plus large, spécifique à une organisation.

La description du contexte et du programme se basent sur des scénarios courants dans les situations d'urgence et sur les types d'objectifs, de résultats et de réalisations que visent ces programmes. À partir du contexte, des besoins qui ont été évalués et des priorités de l'organisation, un programme est préparé avec les éléments suivants :

- Pour les objectifs du programme, au moins un indicateur d'impact (IO) est sélectionné parmi ceux du Cadre commun et fait partie des mesures.
- Pour les résultats du programme, au moins un résultat ainsi qu'un ou plusieurs indicateur(s) de résultat (R) sont sélectionnés parmi ceux du Cadre commun et font partie des mesures.
- Des exemples de réalisations montrent les types d'activités qui peuvent permettre d'atteindre les résultats puis l'objectif.

Il faut noter que la formulation des objectifs, des résultats, voire des indicateurs n'est pas toujours exactement identique à celle du Cadre commun. Des mots clés du Cadre commun sont en revanche employés pour donner plus de poids à l'objectif, aux résultats ou aux indicateurs du programme donné d'une organisation. Le sens des éléments visés ou mesurés reste toutefois le même. Cela montre la flexibilité du Cadre commun pour les différentes organisations et leurs programmes spécifiques. En outre, il convient de noter que le Cadre commun n'aborde pas tous les objectifs, résultats et indicateurs.

Afin d'aider le lecteur à comprendre à quelle partie du Cadre commun se rapportent les objectifs, résultats et indicateurs mentionnés dans ces cadres logiques, des renvois spécifiques ont été ajoutés.



Annexe 2

Exemple de cadre relatif à un approvisionnement d'urgence suite à un séisme

Description du contexte et du programme : un séisme a frappé la capitale du pays, laissant des centaines de milliers de personnes sans logement ni accès aux services de base. Votre organisation a mis en place une intervention d'urgence pour aider les familles à subvenir à leurs besoins immédiats, avec des abris temporaires et la distribution de kits familiaux d'articles non alimentaires. Il vous est demandé d'intégrer les aspects psychosociaux aux opérations de secours initiales, en veillant à respecter les principes clés des *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* et à ce que les personnes bénéficient d'une aide dans le respect de la dignité et de la sécurité.

Exemple (version abrégée) de cadre logique :

Objectif du programme : les familles affectées par le séisme se sentent en sécurité, ont accès aux fournitures d'urgence et se sentent prêtes à faire face aux activités de relèvement d'urgence

Indicateurs

Pourcentage de personnes affectées qui disposent d'un abri et des articles non alimentaires nécessaires
Pourcentage de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui indiquent se sentir en sécurité, calmes et en mesure de faire face aux problèmes [IO.2]

Moyens de vérification

Documentation du projet
Évaluation rapide post-distribution
Entretiens avec des informateurs clés

Résultat A : le matériel nécessaire aux besoins fondamentaux est distribué à 5000 familles

5000 tentes utilisées par des familles qui en ont besoin
5000 kits familiaux d'articles non alimentaires utilisés par des familles qui en ont besoin

Réalisation A.1 : distribution de 5000 tentes 4 places

Réalisation A.2 : distribution de 5000 kits familiaux d'articles non alimentaires

Résultat B : les interventions d'urgence ne causent pas de préjudice et sont respectueuses de la dignité, participatives, guidées par la communauté et acceptables sur le plan social et culturel [R1]

Pourcentage d'intervenants qui sont formés et suivent les Directives du CPI concernant la SMSPS dans les situations d'urgence [R1.4]
Nombre de personnes affectées qui ont connaissance des codes de conduite des acteurs humanitaires et des modalités pour faire part de leurs préoccupations quant à des violations [R1.6]
Pourcentage de personnes affectées qui indiquent que les interventions d'urgence (i) sont conformes aux valeurs locales, (ii) sont appropriées et (iii) se déroulent de façon respectueuse [R1.1]

Registres de formation du projet
Registres de distribution
Évaluation rapide post-distribution
Entretiens avec des informateurs clés

Réalisation B.1 : les acteurs de l'intervention d'urgence sont informés au sujet des *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* et utilisent les aide-mémoire correspondant à leurs secteurs

Réalisation B.2 : les femmes, les hommes, les filles et les garçons sont consultés afin de connaître les articles cruciaux à inclure dans les kits non alimentaires

Réalisation B.3 : des prospectus (contenant des informations sur l'organisation, la liste des droits des bénéficiaires et la description du mécanisme de réclamation) sont préparés, imprimés et inclus aux kits à distribuer

Annexe 3

Exemple de cadre relatif à un programme de protection et de soutien des femmes victimes ou exposées à la violence sexuelle

Description du contexte et du programme : un conflit fait rage depuis des années et les femmes rapportent des violences sexuelles courantes, qui durent encore aujourd'hui. Elles ne se sentent pas en sécurité et libres d'aller et venir dans la communauté. De plus, de nombreuses femmes présentent des symptômes dépressifs et se sentent incapables de vaquer aux activités quotidiennes. En collaboration avec une agence locale de protection sociale, votre organisation met en place un programme pour répondre aux besoins des femmes victimes ou exposées à la violence sexuelle dans la communauté Zal.

Exemple (version abrégée) de cadre logique :

Exemple (version abrégée) de cadre logique :	Indicateurs	Moyens de vérification
Objectif du programme : réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial [O] chez les femmes de la communauté Zal	Pourcentage de femmes de la communauté Zal qui se sentent en sécurité dans leur communauté [R2.6] Pourcentage de femmes de la communauté Zal bénéficiant de services de santé mentale et de soutien psychosocial qui montrent une amélioration dans la réalisation des activités quotidiennes [IO.1] Nombre de cas de violence sexuelle signalés au sein de la communauté Zal	Échelle de l'OMS pour l'évaluation de l'incapacité Enquête auprès des femmes de la communauté au sujet de la sécurité et du bien-être subjectif Documentation des autorités locales
Résultat A : les femmes sont en sécurité, protégées [R2] et libres d'aller et venir dans leur communauté	Pourcentage de femmes qui, après formation, utilisent leurs nouvelles connaissances et compétences pour prévenir les risques et orienter les personnes [R2.4] Pourcentage de femmes de la communauté Zal qui se sentent en sécurité dans leur communauté [R2.6]	Registres de formation du projet Enquête auprès des femmes de la communauté au sujet de la sécurité et du bien-être subjectif
Réalisation A.1 : les enseignants dispensent les modules d'apprentissage de la lecture-écriture et du calcul		
Réalisation A.2 : des modules d'enseignement participatif des compétences de la vie courante sont déployés auprès des enfants		
Réalisation A.3 : les enseignants sont formés à dispenser un enseignement propice aux interactions sociales et au soutien psychosocial chez les enfants		
Résultat B : les travailleurs sociaux de la communauté proposent une thérapie interpersonnelle aux femmes souffrant de dépression [R5]	Nombre de femmes de la communauté Zal bénéficiant d'une thérapie interpersonnelle [R5.4] Pourcentage de femmes de la communauté Zal bénéficiant d'une thérapie interpersonnelle qui signalent une amélioration de leur fonctionnement et une réduction des symptômes dépressifs [IO.1 ; IO.3] Les aidants non professionnels qui assurent des interventions de thérapie interpersonnelle se disent satisfaits du soutien de l'encadrement	Registres des patients Échelle de l'OMS pour l'évaluation de l'incapacité Données hebdomadaires sur la dépression recueillies au début des séances de thérapie interpersonnelle Groupes de discussion avec des aidants non professionnels
Réalisation B.1 : trente aidants non professionnels offrant des thérapies interpersonnelles dans 10 offices de protection sociale de la communauté sont formés		
Réalisation B.2 : des aidants non professionnels offrent des thérapies interpersonnelles		
Réalisation B.3 : les aidants non professionnels offrant des thérapies interpersonnelles participent à l'encadrement hebdomadaire des groupes		

Annexe 4

Exemple de cadre relatif à un programme d'éducation informelle des enfants

Description du contexte et du programme : des familles ont été déplacées par la guerre depuis plus de trois ans et vivent dans un camp de réfugiés. Les enfants ne peuvent pas aller à l'école dans leur communauté d'accueil. Votre organisation coordonne un programme d'éducation informelle pour les enfants réfugiés afin de favoriser l'apprentissage continu, le soutien psychosocial et les activités enseignant les compétences de la vie courante.

Exemple (version abrégée) de cadre logique :

Objectif du programme : améliorer le bien-être psychosocial [O] des enfants vivant dans le camp de réfugiés

Indicateurs

Amélioration des liens sociaux entre les enfants [IO.6]
Amélioration du bien-être subjectif chez les enfants [IO.2]
Amélioration des compétences des enfants en lecture-écriture et en calcul d'au moins deux niveaux au cours du programme

Moyens de vérification

Mesure des liens sociaux des enfants
Registres scolaires
Suivi des indicateurs définis par les enfants

Résultat A : les enfants qui participent au programme améliorent leurs compétences en lecture-écriture, en calcul et en résolution de problèmes [R3]

Amélioration des compétences de lecture-écriture
Amélioration des compétences de calcul
Capacité des enfants à surmonter des problèmes psychosociaux [IO.4]

Registres scolaires
Évaluation qualitative des enfants

Réalisation A.1 : les enseignants dispensent les modules d'apprentissage de la lecture-écriture et du calcul

Réalisation A.2 : des modules d'enseignement participatif des compétences de la vie courante sont déployés auprès des enfants

Réalisation A.3 : les enseignants sont formés à dispenser un enseignement propice aux interactions sociales et au soutien psychosocial chez les enfants

Résultat B : les enfants ayant des besoins spécifiques en matière de protection et de santé mentale sont orientés vers des soins spécialisés

Meilleure connaissance par les enseignants des procédures d'orientation des enfants ayant des besoins spécifiques en matière de protection et de santé mentale
Nombre d'enfants orientés vers des services spécialisés [R5.6]

Registres scolaires

Réalisation B.1 : les réseaux, les voies et les processus d'orientation sont définis et consignés

Réalisation B.2 : les enseignants sont formés aux codes de conduite et savent déterminer s'il est nécessaire d'orienter des enfants et comment procéder

Annexe 5

Exemple de cadre relatif à un programme de santé visant à traiter les personnes atteintes de troubles mentaux dans les services de soins primaires

Description du contexte et du programme : en vue de réduire la fracture sanitaire dans le domaine de la santé mentale, votre organisation s'est associée avec le ministère de la Santé pour offrir une formation et un soutien aux infirmiers de premiers recours afin qu'ils puissent reconnaître, prendre en charge et traiter les femmes, les hommes, les filles et les garçons atteints de troubles mentaux. Une part importante de ce travail consiste à sensibiliser la communauté à la nécessité d'offrir une prise en charge de proximité aux personnes souffrant de troubles mentaux.

Exemple (version abrégée) de cadre logique : Indicateurs

Objectif du programme : améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des personnes atteintes de troubles mentaux [O]

Nombre de personnes atteintes de troubles mentaux qui font part d'une diminution des symptômes [IO.3]

Nombre de personnes atteintes de troubles mentaux qui font part d'une amélioration de leur fonctionnement [IO.1]

Moyens de vérification

Registres des établissements de soins

Registres des patients et questionnaires correspondants

Résultat A : les infirmiers des établissements de premier recours reconnaissent, prennent en charge et apportent une aide aux personnes atteintes de troubles mentaux

Pourcentage d'établissements médicaux dont le personnel est formé à reconnaître les troubles mentaux et à aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale [R5.1]

Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient d'une prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances dans le cadre de services médicaux de premiers recours [R5.5]

Plus grande disponibilité et réapprovisionnement en médicaments essentiels pour traiter les troubles mentaux

Registres du ministère de la Santé

Registres des établissements de soins

Registres des patients

Réalisation A.1 : les infirmiers des établissements de premier recours bénéficient d'une formation et d'un encadrement relatifs au Guide d'intervention du Programme d'action de l'OMS « Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) »

Réalisation A.2 : la fourniture de médicaments psychotropes est assurée

Résultat B : les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale [R4]

Perceptions, connaissances, attitudes et comportements des membres de la communauté à l'égard des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale [R4.4]

Importance du capital social des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale [R4.3]

Enquête auprès de la communauté, au départ et durant le suivi

Entretiens avec des informateurs clés et évaluation du capital social des personnes traitées pour des troubles mentaux

Réalisation B.1 : mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation de la communauté au sujet de la santé mentale

Réalisation B.2 : collaboration avec des organisations locales pour encourager l'inclusion des personnes atteintes de troubles mentaux et leur permettre d'accéder à des moyens de subsistance dans la communauté



Objectif : réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial

Résultats :

Axés sur la communauté

- 1 Les interventions d'urgence ne causent pas de préjudice et sont respectueuses de la dignité, participatives, guidées par la communauté et acceptables sur le plan social et culturel
- 2 Les personnes sont en sécurité, protégées et les violations des droits de l'homme sont condamnées
- 3 Les structures familiales, communautaires et sociales favorisent le bien-être et le développement de tous leurs membres

Axés sur les personnes

- 4 Les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- 5 Les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés

Principes clés sous-jacents : 1. Droits de l'homme et équité, 2. Participation, 3. Ne pas nuire, 4. Services et systèmes de soutien intégrés, 5. Tirer parti des ressources et capacités disponibles, 6. Dispositifs de soutien polymorphes