Guide pour un assessment rapide des besoins psychosociaux et en santé mentale des populations affectées par une catastrophe naturelle

Evelyne josse
2006
www.resilience-psy.com
14 avenue Fond du Diable, 1310 La Hulpe, Belgique
Psychologue clinicienne. Hypnose éricksonnienne, EMDR, thérapie brève
Psychothérapeute en consultation privée, psychologue du programme ASAB, psychologue à Médecins Sans Frontières

En hommage aux victimes des catastrophes naturelles

Déplacés du Sri Lanka suite au tsunami de décembre 2004 (Photo Evelyne Josse, janvier 2005)

Table de matières

Préambule **5**

Introduction **7**
1. L'objectif d'un assessment rapide 8
1.1. Les besoins psychosociaux et en santé mentale 9
1.2. Les réponses nationales et internationales 9
1.2.1. Les réponses au niveau national 9
1.2.2. Les réponses au niveau international 10
1.3. Intervenir pour une organisation humanitaire 10
2. Les étapes d'un assessment 11

Comment récolter des données utiles en santé mentale ? **13**
1. L'observation 13
1.1. Sites d'observation 13
1.2. Avantages et biais 14
2. Les données existantes 14
2.1. Les sources 14
2.2. Avantages et biais 14
3. Les enquêtes 15
3.1. Utilité des enquêtes 15
3.2. Avantages et biais 16
4. Les entretiens individuels 17
4.1. Type d'entretiens 17
4.2. Les informateurs-clés 17
4.3. Avantages et biais 19
5. Les interviews de groupe 20
5.1. Type de groupe 20
5.2. Avantages et biais 21
Conclusions 22

1. Données générales **24**
1. Informations générales 24
2. Description de la population affectée 29
3. Ressources disponibles (mémento) 31

2. Organisation du système de santé mentale.....33
1. Au niveau central.....33
2. Au niveau régional.....39
3. Le système de référence.....43

3. Les autres acteurs.....48
1. Organisations Non Gouvernementales (ONG).....48
2. Autres acteurs.....50

4. Identification des besoins psychosociaux et de santé mentale et des réponses apportées.....52
1. Besoins prévisibles dans le domaine psychosocial et en Santé Mentale.....52
2. Réponses apportées dans le domaine psychosocial et en Santé Mentale.....54

5. Données spécifiques en santé mentale.....60
1. Question en relation avec la santé mentale.....60
2. Caractéristiques culturelles, religieuses, politiques et socio-économiques de la population affectée.....64
3. Evénements traumatiques et stress additionnels.....67
4. Ressources de la communauté favorisant la reconstruction.....69

Annexe 1 : Enquête.....73
1. Impact of Event Scale-Revised (IES-R).....73
2. K10 Symptom Scale.....79

Annexe 2 : Mener un entretien.....84

Annexe 3 : Mener une interview de groupe.....86
1. Indications pratiques.....86
2. Exemple d'une enquête de groupe.....89

Bibliographie.....96
L'auteur.....96

Référence du présent texte : Evelyne Josse (2006), « Guide pour un assessment rapide des besoins psychosociaux et en santé mentale des populations affectées par une catastrophe naturelle », www.resilience-psy.com

Préambule

Les catastrophes naturelles sont de natures très diverses : tremblements de terre, tsunami, inondations, typhons, raz-de-marée, sécheresses, incendies, tempêtes de neige, éruption volcanique, etc.

Ces phénomènes naturels ont en commun d'être des éléments exogènes aux individus qui par leur nature traumatogène[1] sont à l'origine de souffrances pour les populations qui les subissent. Ces souffrances sont multiples et variées :

- Les souffrances physiques : les blessures, le manque d'eau et de nourriture, les morsures de la chaleur ou du froid, etc.
- Les souffrances psychologiques : la douleur engendrée par le décès d'êtres aimés et la perte des biens, la peur d'une récurrence du phénomène naturel, le désarroi, voire la culpabilité, de n'avoir pu secourir des proches, les souvenirs intrusifs des pires moments de l'événement, les angoisses par rapport à un avenir incertain, etc.
- Les souffrances sociales : le déplacement vers d'autres localisations, la désintégration du tissu social, la perte des moyens de subsistance, le bouleversement du mode de vie, etc.

Par ailleurs, ces désastres créent des conditions destructrices de l'équilibre psychosocial : l'hébergement précaire dans un nouvel environnement surpeuplé et dépourvu d'hygiène,

[1] La nature traumatogène de l'événement tient à l'intensité de l'événement (décès de proches, menaces de mort, blessures, séquelles irréversibles), à la multiplicité des facteurs traumatisants (par exemple, avoir tout à la fois perdu des proches et ses biens, avoir été blessé et avoir été déplacé dans un camp surpeuplé), à la proximité physique (au plus la personne est proche du lieu de l'événement traumatique, au plus elle risque de développer un syndrome psychotraumatique) et émotionnelle (au plus les personnes impliquées dans l'événement traumatique sont proches du sujet -famille, amis, connaissances- au plus il court le risque de présenter un PTSD) ainsi qu'à l'imprévisibilité de l'événement. Nous renvoyons le lecteur intéressé à l'article du même auteur : « Le développement des syndromes psychotraumatiques. Quels sont les facteurs de risques ? », http://www.victimology.be

une nouvelle façon de vivre qui ne permet plus de s'adonner aux activités habituelles, une menace accrue de violences sexuelles[1] due aux déplacement, etc.

De plus, les désastres se produisent parfois dans des régions déjà fragilisées par des conflits armés.

On notera encore que les catastrophes dites « naturelles » ne le sont souvent que dans une certaine mesure. Nombre d'entre elles affectent davantage des personnes rendues vulnérables par les conditions indigentes qui leur sont socialement imposées.

Le bien fondé de la prise en compte de la santé mentale des populations touchées par une catastrophe naturelle est aujourd'hui reconnu par les organisations humanitaires. En effet, l'évaluation des besoins psychosociaux est devenue partie intégrante du plan d'urgence pour beaucoup d'entre elles. Toutefois, ce type d'intervention en est encore à ses débuts et devrait être développé.

Pour optimaliser les actions psychosociales des ONG, il est indispensable que les besoins et les ressources des populations soient correctement évalués par un spécialiste averti.

Ce manuel se veut être un outil pratique. Il a pour but d'aider les experts chargés de l'assessment psychosocial auprès des populations affectées par une catastrophe naturelle dans la récolte des données pertinentes destinées si besoin est d'élaborer une réponse appropriée.

[1] Nous renvoyons le lecteur intéressé par la thématique des violences sexuelles aux articles du même auteur : « Accueillir et soutenir les victimes de violences sexuelles. Approche orientée vers la solution », www.resilience-psy.com, 2006 et « Les violences sexuelles. Définitions d'un concept multiforme ». », www.resilience-psy.com, 2006.

Introduction

Une évaluation rapide des besoins psychosociaux et en santé mentale ainsi que des ressources disponibles doit être réalisée aussi vite que possible après la catastrophe. L'objectif opérationnel de cet assessment initial est d'élaborer, si cela s'avère nécessaire, un projet psychosocial. Ce projet éventuel doit se concevoir dans une vision à court terme (de 3 à 6 mois[1]). Son objectif sera de proposer des actions pour répondre aux besoins psychosociaux des populations affectées durant la phase d'urgence aiguë.

La récolte des données nécessaires pour élaborer et démarrer un programme psychosocial ne doit pas excéder 7 à 10 jours.

Cette évaluation doit être remise à jour régulièrement et suivre au plus près une situation qui peut évoluer rapidement.

Une évaluation plus détaillée doit suivre l'assessment préliminaire. Elle devra analyser les causes des problèmes, leurs effets et les relations entre ses différents aspects et les divers acteurs impliqués ainsi que les besoins spécifiques de la population affectée (par exemple, besoins des groupes vulnérables ou des populations localisées dans certaines zones, besoins des bénéficiaires à moyen et long terme).

Cet assessment approfondi peut déboucher sur une extension du programme à court terme pour d'autres groupes-cible, sur de nouvelles activités à court terme ou sur une proposition de programme psychosocial à moyen ou long terme.

[1]Les besoins des populations affectées par une catastrophe naturelle évoluent avec le temps. Au-delà de cette période de 3 à 6 mois, les personnes sont confrontées à des difficultés liées non plus au chaos de l'urgence mais à la reconstruction de leur vie ou à leurs nouvelles conditions d'existence (par exemple, la prolongation d'un hébergement dans un site d'accueil).

1. L'objectif d'un assessment rapide

L'objectif d'un assessment psychosocial en situation d'urgence dans le cadre d'une catastrophe naturelle est de :

- Identifier les besoins psychosociaux et en santé mentale immédiats et subséquents des populations affectées par la catastrophe dans les zones sinistrées.
- Evaluer les actions nationales et internationales mises en œuvre et anticipées à court terme en vue de répondre à ces besoins pour les différents groupes de population concernés dans les zones affectées.
- Evaluer les besoins psychosociaux et en santé mentale non couverts des différents groupes de population concernés dans les différentes zones touchées.
- Identifier les programmes susceptibles de couvrir ces besoins.
- Evaluer la pertinence pour l'organisation humanitaire d'élaborer un programme psychosocial en vue de répondre aux besoins non couverts (activités à mettre en œuvre en accord avec le mandat et les capacités de l'organisation, plus-value de l'ONG par rapport à d'autres acteurs, possibilité d'opérer en respectant les principes humanitaires tels que la neutralité, contraintes, etc.).

Les termes de référence de l'expert chargé de l'assessment doivent contenir :

- Une description précise du contexte (pays, contexte politique, catastrophe, etc.)
- Une description précise de la situation d'urgence (nombre de victimes, zones affectées, populations vulnérables, etc.)
- Les raisons motivant la mission (besoins identifiés par les équipes sur le terrain, justifications concernant les zones d'intervention, etc.)
- Les objectifs de l'assessment
- Les attentes du département opérationnel. Celles-ci ne doivent cependant pas prédéterminer les recommandations de l'évaluateur.

1.1. Les besoins psychosociaux et en santé mentale

La récolte des données doit permettre de :

- Identifier les zones les plus touchées
- Définir la population affectée
- Identifier les groupes et les personnes vulnérables
- Identifier les besoins psychosociaux et en santé mentale
- Déterminer les priorités en terme de besoins psychosociaux et en santé mentale pour les populations affectées

1.2. Les réponses nationales et internationales

1.2.1. Les réponses au niveau national

L'assessment doit permettre d'évaluer les capacités nationales, régionales et locales de réponse aux besoins psychosociaux et en santé mentale des populations touchées par la catastrophe.

L'évaluateur identifiera :

- Les acteurs présents dans la zone affectée : les représentants gouvernementaux, les ONG nationales et locales, les universités, les associations, les groupes communautaires, etc.
- Le secteur d'activité des acteurs présents : santé mentale, support psychosocial, soutien communautaire, etc.
- Les réponses qu'ils ont déjà apportées et celles qu'ils projettent de mettre en oeuvre à court terme
- Leurs capacités à planifier ces activités et à se coordonner
- Leurs ressources financières
- Leurs ressources humaines
- Leurs infrastructures : services psychosociaux, unités hospitalières, centres d'accueil, etc.

1.2.2. Les réponses au niveau international

L'assessment doit également permettre d'évaluer les actions mises en œuvre et programmées à court terme par les acteurs internationaux en vue de répondre aux besoins psychosociaux et en santé mentale des populations touchées par la catastrophe.

L'évaluateur identifiera :

- Les acteurs présents dans la zone affectée : les agences Internationales (Union Européenne, agences des Nations Unies, etc.), les ONG internationales (FICR, MSF, MDM, HI, etc.), les Coopérations étrangères, etc.
- Leur secteur d'activité : l'éducation, la formation, l'approche communautaire, etc.
- Leur plan pour répondre à l'urgence : leur mandat, le type précis d'activités mises en œuvre ou programmées, les populations-cible (les enfants, les femmes, etc.), leur(s) secteur(s) géographique(s) d'intervention, etc.
- Les réponses déjà apportées et celles anticipées à court terme
- Leurs ressources financières (à court, moyen et long terme)
- Les mécanismes de coordination entre acteurs internationaux
- Les mécanismes de coordination avec les acteurs nationaux (autorités, ONG locales, universités, etc.)

1.3. Intervenir pour une organisation humanitaire

La finalité d'un assessment est d'évaluer la nécessité et le bien-fondé pour une organisation humanitaire d'intervenir auprès des populations affectées en élaborant un programme d'intervention psychosocial. Pour ce faire, l'évaluateur devra :

- Identifier les besoins psychosociaux et en santé mentale non couverts des populations affectées par la catastrophe dans les différentes zones touchées
- Evaluer les capacités de l'organisation à répondre à ces besoins non couverts : expertise, ressources financières et humaines, capacités logistiques, capacités organisationnelles, contraintes externes, etc.
- Evaluer la pertinence pour l'organisation de répondre à ces besoins : activités à mettre en œuvre en accord avec le mandat de l'organisation, plus-value de l'organisation par rapport à d'autres acteurs, possibilité de travailler dans le

respect des principes humanitaires (neutralité, impartialité, indépendance, proximité avec les bénéficiaires, etc.), etc.

- Evaluer les risques d'une intervention : sécurité, conséquences négatives pour les populations affectées ou pour d'autres groupes de population, enjeux politiques de l'aide humanitaire, etc.
- Evaluer les conséquences que pourrait entraîner une non-intervention.

2. Les étapes d'un assessment

Les étapes d'un assessment sont :

- La récolte des données
- L'analyse des données
- La rédaction d'un rapport d'assessment
- Le cas échéant, la rédaction d'un plan d'action

L'expert rédigera un rapport d'assessment. Celui-ci doit contenir :

- Une introduction comprenant des informations sur :
  - le pays et la région touchée par la catastrophe
  - le contexte de l'urgence (notamment, les problématiques humanitaires majeures)
  - les populations affectées
  - le rôle de l'organisation dans le pays (si déjà présente) et/ou dans la région touchée
  - Les autres acteurs présents
- La présentation des résultats de la récolte des données :
  - Un résumé des réponses apportées à l'urgence par les acteurs nationaux et internationaux au niveau psychosocial et en santé mentale
  - Un résumé des besoins psychosociaux et en santé mentale non couverts
  - Une analyse de la récolte des données
- Un argumentaire s'il n'y a pas lieu pour l'organisation d'une mise en place d'un programme psychosocial dans la zone touchée
- Un argumentaire et des recommandations s'il y a lieu d'intervenir par la mise en place d'un programme psychosocial dans la zone touchée. L'expert spécifiera :
  - La population-cible et la zone d'intervention
  - Les actions à mettre en œuvre et l'objectif visé par ces actions
  - La meilleure stratégie à adopter pour rencontrer les besoins non couverts des populations affectées
  - Les indicateurs de succès
  - Les conditions préalables à la mise en œuvre du programme psychosocial et les risques éventuels
  - Les ressources nécessaires (logistiques, humaines, budgétaires, etc.)
  - La durée du projet

Comment récolter des données utiles en santé mentale ?

Il existe de nombreuses façons de collecter des informations. Les sources à exploiter sont les suivantes :

1. L'observation
2. Les données existantes
3. Les enquêtes
4. Les entretiens individuels
5. Les interviews de groupe

1. L'observation

1.1. Sites d'observation

Des informations utiles peuvent être recueillies en visitant :

- les zones affectées
- les sites de relogement des populations-cible (camps, centres d'accueil, familles-hôte, etc.)
- les points d'enregistrement (pour y rencontrer les nouveaux arrivants), les centres de distributions, l'unité médicale, etc. dans les sites de relogement
- les centres de santé
- les hôpitaux et les unités de psychiatrie
- les associations locales offrant des services d'aide psychosociale

1.2. Avantages et biais

L'avantage principal de l'observation est qu'elle n'est pas faussée (intentionnellement ou non) par des intermédiaires intervenant dans la récolte des données. Cependant, il est important de se rappeler que les informations ainsi obtenues peuvent néanmoins être biaisées :

- Les données récoltées peuvent varier en fonction de l'observateur et son analyse peut être conditionnée par sa culture d'origine.
- La zone visitée peut ne pas être touchée au même degré que les autres.
- Les personnes les plus traumatisées, évitant généralement le contact, sont moins accessibles aux visiteurs.
- Etc.

2. Les données existantes

2.1. Les sources

Divers organismes officiels (Ministères, ambassades, etc.), les universités, les organisations humanitaires (les ONG internationales, nationales et locales, etc.), les organisations internationales (Union Européenne, Agences des Nations Unies, etc.), les associations locales (services d'aide sociale et psychologique, etc.), etc. sont susceptibles :

- de détenir des informations sur la population-cible (profil démographique, ressources, structures sociales, etc.)
- d'avoir localisé les zones les plus affectées
- d'avoir repéré les groupes de population les plus affectés
- d'avoir identifié certains besoins psychosociaux et en santé mentale des populations affectées

2.2. Avantages et biais

L'avantage de recourir aux données existantes est évident :

- Certaines données peuvent difficilement être recueillies autrement (par exemple, le nombre de victimes)

- Elles permettent de gagner un temps précieux.

On se rappellera cependant que les informations ainsi obtenues peuvent êtres biaisées :

- Les organismes officiels peuvent avoir intérêt à dissimuler, à sous-évaluer ou à surévaluer certaines données

- Les organismes internationaux ne sont pas toujours neutres

- Etc.

3. Les enquêtes

Cf. Annexe 1 : Enquête : «Impact of Event Scale-Revised (IES-R) » et « K 10 Symptom Scale » pour exemples.

3.1. Utilité des enquêtes

Les enquêtes, dont l'objectif est de récolter des données quantitatives, se mènent généralement par voie de questionnaires adressés à une population donnée. Ceux-ci sont établis d'après un guide qui reprend un ensemble de questions prédéterminées, généralement fermées ou appelant des réponses brèves.

Dans le cadre d'un assessment psychosocial en situation de catastrophe, les enquêtes sont généralement effectuées afin d'évaluer :

- le nombre de personnes en souffrance psychologique dans la population affectée
- le type de troubles psychologiques (syndrome de Stress Post-Traumatique, troubles dépressifs ou anxieux, symptômes psychosomatiques, etc.)
- la gravité des troubles psychologiques présentés

Au fil du temps, une masse importante de données a été glanée dans le monde sur les réactions psychologiques (à court, moyen et long terme) manifestées par une population affectée par une catastrophe naturelle majeure.

Selon le World Health Organization :

- 20 à 40% de la population touchée présentent une détresse psychologique légère se résolvant endéans les quelques semaines.
- 30 à 50% présentent une détresse psychologique modérée à sévère se résolvant peu à peu avec le temps ou se perpétuant par une détresse légère chronique.

☞ 50 à 90% de la population affectée présentent une détresse psychologique dans les semaines suivant la catastrophe et sont susceptibles de bénéficier d'interventions psychosociales précoces.

- 15 à 20% présentent un syndrome de Stress Post Traumatique ou un syndrome associé (dépression légère à modérée, troubles anxieux, troubles psychosomatiques, etc.)
- 3 à 4% présentent un trouble psychiatrique majeur (psychose, dépression sévère, trouble anxieux majeur, addiction sévère aux substances psychotropes, etc.)

☞ 15 à 25 % de la population affectée présentent un trouble psychologique significatif dans les semaines suivant la catastrophe et sont susceptibles de bénéficier d'interventions spécifiques en santé mentale (counselling, psychothérapie). Seul un faible pourcentage devra recourir à une prise en charge médicale (médication psychotrope, hospitalisation).

Il peut être intéressant de procéder à un rapide testing dans une population affectée donnée. Cependant, l'évaluateur veillera à ne pas accorder une importance excessive aux enquêtes. Faire passer des questionnaires et les dépouiller prend un temps précieux pour un résultat relativement prévisible en terme de données.

3.2. Avantages et biais

Les enquêtes donnent des indications sur les besoins psychosociaux et en santé mentale de la population. Elles apportent donc des données utiles à la planification d'activités psychosociales tant sur le type d'actions à prévoir que sur le volume de chacune pour une population donnée.

On se rappellera néanmoins que les informations obtenues par les enquêtes peuvent être biaisées :

- Les questionnaires sont conditionnés par la culture de leurs auteurs et peu sont validés pour des contextes non occidentaux.

- Les sujets interrogés peuvent ne pas comprendre les items (ambiguïté des questions, niveau d'éducation de l'interviewé, etc.).

- Pour des raisons qui tiennent également à la culture, les personnes évitent de répondre ou ne pas répondre sincèrement aux questions (par exemple, dans une culture d'honneur, les hommes se tairont sur leurs difficultés d'ordre psychologique).

4. Les entretiens individuels

Cf. Annexe 2 « Mener un entretien » pour des informations plus détaillées.

4.1. Type d'entretiens

Il existe différentes manières de mener des entretiens auprès de la population-cible. Le choix de la méthodologie sera guidé par divers critères dont le type d'information à recueillir, les contraintes temporelles et organisationnelles, etc.

Dans le cadre d'un assessment psychosocial, on recourra le plus fréquemment aux méthodes suivantes :

- **Les entretiens semi-structurés**. Ils sont basés sur un ensemble de sujets déterminés à aborder. Le choix des questions ouvertes est guidé par ces thèmes mais se fait également en fonction des déclaration de l'interviewé.
- **Les entretiens ouverts**. Seuls quelques thèmes sélectionnés sont abordés mais en détail. Le choix des questions se base sur ce que dit l'interviewé.

4.2. Les informateurs-clés

Certaines personnes, autorisées par leur statut (personnel, familial, social ou professionnel), ont des connaissances spécifiques par rapport à des thématiques touchant les populations concernées par la catastrophe. Leur opinion et leur expérience sont considérées comme représentatives de la population-cible ou d'un de ses sous-groupes.

Il est utile de mener des interviews avec :

- **Les sauveteurs**. Ils peuvent apporter de nombreuses informations sur les zones et les populations affectées (nombre de morts, de blessés, gravité des destructions, etc.)
- **Les représentants officiels du gouvernement** au niveau national, régional et local. Ils peuvent livrer des informations sur le plan national d'intervention psychosociale, sur les structures et les institutions officielles, sur les ressources au niveau local, etc. Ils peuvent également apporter de nombreuses informations sur les zones et les populations affectées (nombre de victimes, culture, etc.).
- **Les services médicaux**. Ils peuvent donner des informations sur les motifs de consultation médicale depuis la catastrophe (par exemple, augmentation du nombre de suicides ou de tentatives de suicide, prolifération des troubles anxieux ou dépressifs, multiplication des plaintes somatiques telles que maux de tête, troubles gastro-intestinaux ou respiratoires, etc.).
- **Les médecins traditionnels**. Ils peuvent donner de précieuses indications sur la perception culturelle des troubles mentaux et des maladies.
- **Les accoucheuses**. Leur expérience et leurs contacts avec les femmes et les enfants en font une source d'information très utile. Elles peuvent donner des renseignements sur le mode de prise en charge des enfants, sur la place de la femme dans la société, sur des problématiques telles que les violences sexuelles ou intrafamiliales, etc.
- **Les travailleurs sociaux et psychosociaux**. Ils peuvent donner des renseignements sur les ressources et les structures sociales. Ils peuvent aider à identifier les besoins psychosociaux des populations touchées, etc.
- **Les professionnels de la santé mentale** (psychiatres, psychologues, counsellors). Ils peuvent donner des renseignements sur les ressources et les structures de soins de santé mentale ainsi que sur le système de référence. Ils peuvent aider à identifier les besoins en santé mentale des populations touchées.
- **Les représentants des camps/des sites d'accueil**. Ils ont accès à une large palette d'informations sur les bénéficiaires établis dans leur refuge (profil démographique, background culturels et religieux, personnes posant problème dans le camp, etc.).
- **Les leaders communautaires** (chef de village, chef religieux, etc.). Ils sont souvent au courant des difficultés rencontrées par la population (par exemple, les syndromes psychotraumatiques, les problèmes d'alcoolisme, de violence, etc.). Ils

peuvent également apporter de nombreuses informations sur la culture, les traditions, etc.

- **Les enseignants** (des écoles officielles, traditionnelles). Ils peuvent aider à identifier les difficultés rencontrées par les enfants et les adolescents (absentéisme, difficultés de concentration, troubles anxieux, retrait émotionnel, etc.).
- **Les leaders et les membres des ONG** locales, nationales et internationales (staff local et expatrié). Ils peuvent déjà avoir récolté des données sur les besoins de populations affectées, sur les groupes à risque, sur les zones les plus touchées, etc.
- **Les leaders et les membres d'associations locales** (groupes de femmes, d'indigents, etc.). Proches de la communauté, ils peuvent donner des indications précieuses sur les personnes ou les groupes les plus vulnérables, sur leurs besoins, sur la manière traditionnelle de gérer les traumatismes, sur les quartiers les plus touchés, etc.
- **Les représentants de groupes spécifiques ou vulnérables**. Ils peuvent apporter une vision différente du problème et permettre d'identifier des besoins spécifiques pour certains sous-groupes de la communauté, etc.
- **Les bénéficiaires potentiels**.

4.3. Avantages et biais

Les informateurs-clés sont une ressource précieuse lorsque l'on veut mener rapidement un assessment. En effet, ils peuvent fournir une information riche en un temps très court sans qu'il soit nécessaire d'interroger un grand nombre de personnes.

On se rappellera cependant que les informations ainsi obtenues peuvent inclure des biais :

- Souvent les personnes choisies comme informateurs-clés sont les plus éduquées ou celles qui possèdent une position de pouvoir dans la communauté. Leur opinion risque de ne pas refléter celle des plus vulnérables. Il est donc important de veiller à identifier et à interviewer les personnes qui représentent les groupes les plus vulnérables de la communauté (femmes, jeunes, minorités ethniques, etc.).

- Les interviews sont naturellement teintées par l'histoire personnelle, culturelle, ethnique, les conditions émotionnelles et les capacités intellectuelles de l'interlocuteur

- Les attitudes et les réponses des personnes interrogées sont influencées par leurs attentes vis-à-vis de l'organisation humanitaire (par exemple, dramatisation pour obtenir davantage d'aide, minimisation pour écarter des observateurs étrangers gênants, etc.).

5. Les interviews de groupe

Cf. Annexe 3 « Mener une interview de groupe » pour des informations plus détaillées.

Les interviews de groupe permettent de récolter un grand nombre de données qualitatives. Afin que les informations ainsi obtenues soient représentatives de la population affectée, l'expert veillera à rencontrer des personnes des deux sexes, de tous âges et tous niveaux socio-économiques ainsi que les plus vulnérables.

Si la culture locale le permet, le groupe comprendra des hommes et des femmes, des jeunes, des adultes et des aînés. Cependant, outre ces groupes mixtes, il peut-être utile d'organiser séparément des groupes homogènes (groupes de femmes, groupes d'hommes, groupes de jeunes, groupes de personnes âgées, groupes ethniques ou religieux, etc.).

5.1. Type de groupe

- Les groupes de discussion. Le groupe de discussion est une session d'échange autour de quelques thèmes prédéterminés.
- Les groupes focaux[1]. Le groupe focal est un groupe de discussion dont la particularité réside dans le fait que l'échange est organisé autour d'un thème unique. Cette technique est particulièrement utile lorsque l'on veut explorer en profondeur les difficultés rencontrées, les besoins ressentis, les priorités et les services perçus comme culturellement acceptables par la communauté.

[1] Pour plus d'information, consulter « Le manuel des groupes focaux », Dawson S., Manderson L. et L. Tallo V., International Nutrition Foundation, 1995. Disponible en français et en anglais.

5.2. Avantages et biais

Les interviews de groupe offrent certains avantages :

- Ils sont un moyen efficace de récolter en peu de temps un grand nombre de données qualitatives sur une population donnée. Ils permettent de mettre en lumière les valeurs, les sujets sensibles et tabous (les sujets évités, ceux qui fâchent, etc.), les perceptions, les attitudes, les opinions, le comportement et l'expérience d'une communauté par rapport à un certain nombre de problématiques. Ils aident à comprendre ce que les gens pensent, comment ils pensent et pourquoi ils pensent de cette façon.

- Ils offrent la possibilité de récolter les suggestions des bénéficiaires potentiels quant aux activités psychosociales espérées (leurs besoins, leurs attentes, leurs craintes, etc.).

- Les personnes peuvent être moins inhibées ou intimidées en groupe qu'elles ne le sont dans un entretien individuel, face à face.

- Le processus de groupe stimule une participation active et encourage le dialogue (notamment, les différences d'opinion) entre les différents participants.

Cependant, on restera conscient que :

- Lorsque des sujets tabous ou des problèmes politiquement sensibles sont abordés, la discussion est généralement confisquée par quelques individus dominants et les contraintes sociales ne permettent plus aux autres participants de s'exprimer librement.

- La présence de personnes occupant une position hiérarchique peut inhiber l'expression des autres participants.

- Si la dynamique engendrée par le groupe peut stimuler les participants à s'exprimer, l'inverse peut également se produire En effet, les femmes peuvent être mal à l'aise de parler devant des hommes ; les adolescents peuvent éprouver de la difficulté à s'extérioriser librement devant des adultes et inversement, etc. Il est également patent que dans de nombreuses cultures, les femmes et les enfants sont infériorisés et n'ont pas le droit d'émettre une opinion et moins encore de la faire adopter.

- Dans les situations d'urgence, il n'est pas toujours possible de trouver un lieu de discussion paisible. Lorsque le groupe débat dans un endroit animé, des passants

non concernés peuvent s'immiscer dans la discussion ou s'arrêter pour la suivre en curieux. Cela complique davantage la tâche du facilitateur car dans un grand groupe, il est difficile de maintenir la discussion sur un sujet précis. Par ailleurs, cela rend délicat, voire impossible, l'abord de sujets sensibles ou tabous.

Pour remédier à ces inconvénients, il peut être approprié de sélectionner les participants en sous-groupes homogènes ou d'inviter certains intervenants à un entretien individuel.

Conclusions

Comme nous l'avons vu, les différentes méthodes de collecte de données permettent de recueillir des informations de diverses natures. Les méthodes qualitatives (les enquêtes, certaines données existantes) fournissent des données objectives sur les populations concernées. Les méthodes qualitatives (les enquêtes de groupe, les interviews d'informateurs-clé, etc.) permettent quant à elles d'appréhender en profondeur leurs perceptions et leur vécu de la situation. Approches quantitative et qualitative apportent donc des informations complémentaires. Par ailleurs, chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients. Il est donc essentiel de les combiner ainsi que de croiser et de vérifier toutes les données.

RECOLTE DES DONNEES

1. Données générales

Certaines données ne sont pas spécifiques à l'intervention psychosociale. Elles auront peut-être été déjà recueillies par d'autres intervenants. Si ces données sont disponibles, il est évidemment inutile de les récolter à nouveau.

1. Informations générales

Caractéristiques géographiques et environnementales de la zone affectée :

Estimation des zones sinistrées :

- Maisons endommagées (nombre, situation géographique, etc.):
- Ecoles endommagées (nombre, situation géographique, etc.):
- Etablissements de santé (nombre, situation géographique, etc.) :
- Autres (bateaux, filets de pêche, cultures, bétail, etc.):

Conditions antérieures dans la zone affectée, mode de vie de la communauté avant l'événement traumatique, changements dus à l'événement traumatique :

Localisation de la population affectée et sites d'accueil :

- Camps/centres de transit :

- Situation géographique (plans des camps) :
- Environnement (rural, urbain, côtier, autre) :
- Accessibilité (facile, difficile, zone dangereuse, etc.) :
- Type (tentes, semi-permanents, autres) :
- Nombre de personnes :
- Composition des groupes habitant dans chaque camp :
- Personne(s) responsable(s) :
- Divers :

- Refuges:

- Situation géographique (plans des refuges) :
- Environnement (rural, urbain, côtier, autre) :
- Accessibilité (facile, difficile, zone dangereuse, etc.) :
- Type (écoles, autres bâtiments) :
- Nombre de personnes :
- Composition des groupes habitant dans chaque refuge :
- Personne(s) responsable(s) :
- Divers :

- Localisation des personnes affectées hébergées chez des proches :
- Situation géographique (localisation des sites d'accueil) :
- Environnement (rural, urbain, côtier, autre) :
- Accessibilité (facile, difficile, dangereuse, etc.) :
- Nombre de personnes :
- Divers :

Autres localisations :

Identification des mouvements actuels et attendus de population (relocalisation, etc.) :

Développements attendus suite à l'événement traumatique (relocalisation, aide gouvernementale, aide humanitaire, etc.) :

Sécurité

- Risque de nouvelles occurrences de l'événement traumatique :
- Risque de violence civile (vols, pillages, etc.) :
- Risque spécifique de violences sexuelles :
  - Qui sont les agresseurs (responsables administratifs, militaires, civils, membres de la communauté, etc.)? :
  - Type de violences sexuelles (viols, faveurs sexuels en échange de services, etc.)
  - Causes des violences sexuelles (promiscuité dans les camps, mouvement de population, etc.) :
  - Situations et zones risque :
- Risque de conflit politique, ethnique ou autre :
- Y a-t-il des données actualisées concernant l'insécurité, les violations des droits de l'homme ou d'autres formes de violence ? Quelles sont les organisations responsables ? :

En cas de conflit ou de risque de conflit politique, ethnique ou autre, divisions administratives et politiques dans la zone affectée :

Situation des besoins de base :

- Mortalité, nombre de morts et causes :
- Nourriture, eau, assainissement, abris et vêtements, autres besoins de base :

Aspects économiques :

- Emplois ou activités génératrices de revenus :

- Distribution des ressources et position par groupes ethniques, politiques et autres (inégalités, etc.) :

Remarque :

2. Description de la population affectée

Profil démographique des bénéficiaires :

- Population totale de la zone :
- Estimation de la population par âge, par sexe :
- Minorités ethniques, culturelles, religieuses, etc. :

Caractéristiques de la population bénéficiaire :

- Langue :
- Religion :
- Composition ethnique :
- Lieu d'origine (rural, urbain, côtier, autre) :
- Niveau d'éducation :
- Conditions économiques :
- Autres :

Estimation du nombre de victimes :

- Nombre de morts :
- Nombre de blessés :
- Nombre de sinistrés (perte du logement, des terres cultivées, des moyens de subsistance, etc.) :
- Nombre de déplacés :

Estimation des populations vulnérables :

- Personnes déplacées :
- Orphelins, enfants non accompagnés :
- Enfants/adolescents chefs de famille :
- Enfants soldats, enfants des rues :
- Endeuillés (famille de personnes décédées, de disparus) :
- Familles monoparentales, mères seules :
- Malades mentaux chroniques, handicapés physiques et mentaux :
- Personnes âgées :
- Personnes ayant vécu des événements traumatiques (traumatisme de guerre, violences sexuelles, etc.) :
- Minorités ethniques, religieuses, etc. :
- Autres :

3. Ressources disponibles (mémento)

Autorités nationales centrales et régionales : Ministère de la Santé, de l'Education, des Affaires sociales, de l'Intérieur, de la Sécurité, etc.
Agences, associations, universités, ONG internationales, régionales et locales au niveau central et au niveau local d'intervention
Actions des autorités et des associations auprès de la population touchée au niveau des secteurs vitaux : nourriture, eau, abri, assainissement, aide matérielle
Ressources médicales Services disponibles : centres de soins de santé primaires, hôpitaux, etc. Ressources en professionnels de la santé (y compris les médecins traditionnels) Politique nationale et actions mises en place pour faire face à l'urgence
Ressources sociales, psychosociales et en santé mentale Politique nationale, actions des autorités et des associations au niveau des activités sociales, psychosociales et de santé mentale (prise en charge des populations affectées et des déplacés, réunification des familles, prise en charge des enfants et des adolescents non accompagnés, orphelins et chefs de famille, enfants des rues, enfants soldats, des veuves, des victimes de viol, de guerre, etc.)
Ressources en santé mentale Services disponibles et type de services Ressources en personnel dans le domaine de la santé mentale Formations disponibles en santé mentale Statistiques nationales sur les troubles psychologiques et les maladies mentales ainsi que sur le nombre de suicides.

Ressources psychosociales Services disponibles et type de services Ressources en personnel dans le domaine social et psychosocial Groupes d'entraide, groupes communautaires, etc.
Système religieux : rites, groupes religieux, communautés spirituelles, leaders religieux, actions mises en place dans le cadre de l'urgence
Ressources communautaires Associations de femmes, de jeunes, de handicapés, de groupes minoritaires, culturelles, de sport, etc.
Réseaux de support social Leaders communautaires (par village, quartier, camp, etc.), famille, pairs, voisins, etc.
Médias nationaux et locaux (espaces de diffusion d'informations)
WHO. Atlas: Country profiles on mental health resources: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas
Remarque:

2. Organisation du système de santé mentale

1. Au niveau central
Existe-t-il un département responsable de la Santé Mentale ? Quelle est la position de ce département au sein du Ministère de la Santé ?
Coordonnées de la personne responsable de la Santé Mentale :
Existait-il une politique nationale de santé mentale avant la catastrophe ?
Un plan national en Santé Mentale a-t-il été mis en place pour faire face à l'urgence ? - Par qui ? - A-t-il été implémenté ? - Si oui, depuis quand ? - Est-il opérationnel ?

- Le plan prévoit-il une réponse :
    - A court terme (urgence)?
    - A moyen terme (réhabilitation) ?
    - A long terme (reconstruction) ?
    - Un volet préventif ?
    - Un volet curatif ?

- Quelle(s) population(s) le plan concerne-t-il ?

- Le plan est-il officialisé sous forme d'un document écrit ?

- Quel est le niveau visé par le plan national ?
    - Les psychiatres ?
    - Les psychologues ?
    - Les counsellors ?
    - Le niveau communautaire ?
    - Autre :

S'il n'existe pas de plan national, qu'advient-il des personnes en souffrance psychologique ?

Existe-t-il un comité de coordination au niveau national ? - Coordonnées de l'institution/de la personne responsable : - Réunions (lieu, horaire, etc.) : - Organismes représentés :
Existe-t-il une base de données, des guides ou du matériel accessible utiles en santé mentale : - Si oui, où sont-ils disponibles ? : - Sites Web :
Des investigations des besoins psychosociaux en santé mentale ont-elles été menées par les instances centrales ? - Coordonnées du responsable de l'assessment ? - Un rapport peut-il être obtenu ? - Conclusions de l'assessment :

Quels sont les autres Ministères impliqués à titre divers dans le domaine psychosocial et de la Santé Mentale dans le cadre de l'urgence ?

- Ministère de l'Action sociale ? Coordonnées de la personne responsable :
- Ministère de l'Education ? Coordonnées de la personne responsable :
- Ministère de l'Intérieur ? Coordonnées de la personne responsable :
- Ministère de la sécurité ? Coordonnées de la personne responsable :
- Autres :

Quelles sont les autres instances nationales impliquées à titre divers dans le domaine psychosocial et de la Santé Mentale ?

- Autorités administratives :
  Coordonnées de la personne responsable :
- Autorités militaires :
  Coordonnées de la personne responsable :
- Autorités politiques :
  Coordonnées de la personne responsable :
- Autres :

Quel est le pourcentage du budget alloué à la Santé Mentale par le gouvernement ?

Ce pourcentage a-t-il changé depuis la catastrophe ?

Quels sont les salaires des professionnels nationaux de la Santé Mentale ? Si un barème national n'existe pas, quels sont les salaires habituellement pratiqués ? (nécessaire pour la budgétisation du projet) :
Quels sont les besoins psychosociaux et en santé mentale non couverts identifiés par : - le Ministère de la Santé : - les autres ministères concernés : - les autorités administratives : - les autres acteurs au niveau central :
De quelle nature sont ces besoins ? : Quelle(s) population(s)-cible concernent-ils ? : Dans quelle(s) région(s)/quel(s) village(s) ? :
Quelles sont les possibilités de collaboration avec les instances au niveau central ? :
Quelles sont les difficultés prévisibles en terme de collaboration ? :

Auprès de quelle(s) instance(s) centrale(s) (Ministères, autorités administratives, militaires, etc.) un accord/agrément doit-il être obtenu : - pour mener un assessment psychosocial et en santé mentale ? - pour implémenter un programme psychosocial et de santé mentale ?
De quel type d'agrément s'agit-il ?
Pouvoir centralisé ou décentralisé ? :
Remarque (spécificités du contexte, contraintes, difficultés, points forts, etc.) :

2. Au niveau régional

Qui est le représentant du Ministère de la Santé en charge de la Santé Mentale au niveau régional ?

- Au niveau provincial :

  Coordonnées de la personne responsable :

- Au niveau du district :

  Coordonnées de la personne responsable :

- Autre(s) niveau(x) :

S'il existe un plan national, est-il opérationnel sur le terrain ?

Existe-t-il un comité de coordination au niveau régional ?

- Coordonnées de l'institution/ de la personne responsable :
- Réunions (lieu, horaire, etc.) :
- Organismes représentés :

Quels sont les autres représentants des Ministères impliqués à titre divers dans le domaine psychosocial et de la Santé Mentale dans le cadre de l'urgence au niveau régional ?

- Ministère de l'Action sociale ? Coordonnées de la personne responsable :
- Ministère de l'Education ? Coordonnées de la personne responsable :
- Ministère de l'Intérieur ? Coordonnées de la personne responsable :
- Autres :

Quelles sont les autres instances régionales impliquées à titre divers dans le domaine psychosocial et de la Santé Mentale ?

- Autorités administratives :
- Coordonnées de la personne responsable :
- Autorités militaires :
- Coordonnées de la personne responsable :
- Autorités politiques :
- Coordonnées de la personne responsable :
- Autres :

Quels sont les besoins psychosociaux et en santé mentale non couverts identifiés par : ❑ les représentants du Ministère de la Santé au niveau régional : ❑ les représentants des autres ministères concernés : ❑ les autorités administratives régionales : ❑ les autres acteurs au niveau régional :
De quelle nature sont ces besoins ? Quelle population-cible concernent-ils ? Dans quelle(s) région(s)/quel(s) village(s) ?
Quelles sont les possibilités de collaboration avec les instances au niveau régional ?
Quelles sont les difficultés prévisibles en terme de collaboration au niveau régional ?
Auprès de quelle(s) instance(s) régionale(s) (Ministères, autorités administratives, militaires, etc.) un accord/agrément doit-il être obtenu : - pour mener un assessment psychosocial et en santé mentale ? - pour implémenter un programme psychosocial et de santé mentale ?
De quel type d'agrément s'agit-il ?

Remarque (spécificités du contexte, contraintes, difficultés, points forts, etc.) :

3. Le système de référence

Existe-t-il des structures de soins psychologiques et psychiatriques ?

- Au niveau des soins de santé primaires :
- Au niveau de l'hôpital général :
- Quel(le) est l'hôpital psychiatrique/l'unité psychiatrique de référence ? :
    - Consultation ambulatroire :
    - Hospitalisation :
- Autre :

Si oui:

- Situation géographique des services :
- Accessibilité géographique pour la population affectée :
- Accessibilité financière (gratuité, recouvrement des coûts, etc.) pour la population affectée :
- Public-cible (enfants, adultes) :
- Qualité des services :

Hôpital ou unité psychiatrique :

- Situation géographique :
- Accessibilité géographique pour la population affectée :
- Accessibilité financière (gratuité, recouvrement des coûts, tarif, etc.) pour la population affectée :
- Consultation ambulatoire (lieu, jour et heure de consultation) :
- Nombre de lits d'hospitalisation :
- Qualité des services :

Un système de détection des personnes souffrant de troubles psychologiques/psychiatriques a-t-il été mis en place depuis la catastrophe ?

Par qui (Plan national en santé mentale, ONGI, ONGL, institutions internationales telles que les agences des UN, etc.) ? :

Existe-t-il des mesures particulières pour la population affectée (exemple : gratuité des soins) :

Si oui, critères d'inclusion :

Services disponibles en santé mentale - Nombre de services : - Type de services : - Capacité des services : - Accessibilité pour la population affectée :
Ressource en professionnels de la santé mentale dans la région touchée par l'événement traumatique (nombre, profil, niveau de formation général et expertise spécifique dans le domaine du traumatisme psychique, localisation) : - Psychiatres : - Psychologues : - Infirmiers psychiatriques : - Counsellors : - Travailleurs sociaux : - Agents de santé communautaire : - Autres :
Ressource en professionnels de la santé mentale parmi la communauté affectée, dans les camps :

Formation en santé mentale

- Existe-t-il un programme de formation en santé mentale ?
- Si oui, par quel organisme est-il mis en place ?
- Par quel(s) organisme(s) est-il délivré ?
- A qui est-il adressé ?
    - Psychiatres :
    - Psychologues :
    - Infirmiers psychiatriques :
    - Counsellors :
    - Travailleurs sociaux :
    - Agents de santé communautaire :
    - Autres :
- Quel est le contenu de la formation ?
- Quel est son coût ?
- Où se donne-t-elle ?

Ressources communautaires

Existe-t-il des activités mises en place au niveau communautaire pour répondre aux besoins psychosociaux et en santé mentale des populations affectées ?

Autres ressources en santé mentale :

Médicaments psychotropes

- Sont-ils disponibles localement ?
- Lesquels ?
    - Antidépresseurs :
    - Anxiolytiques :
    - Antipsychotiques :
    - Thymo-régulateurs :
    - Hypnotiques :
    - Antiépileptiques :
    - Autres :
- Où sont-ils disponibles (hôpital de référence, hôpital psychiatrique ou unité psychiatrique, soins de santé primaire, etc.) :
- Existe-t-il des protocoles de prescriptions ?
- Quel est le coût de ces médications pour les patients ?

Remarque :

3. Les autres acteurs

1. Organisations Non Gouvernementales (ONG)

Quelles sont les ONG internationales, présentes dans la région, impliquées dans le domaine psychosocial et la santé mentale?

Données sur les différentes ONG internationales :

- Plan spécifique :
- Durée prévue du programme (court, moyen ou long terme) :
- Zone d'intervention et couverture géographique :
- Population-cible et population-cible spécifique (femmes, enfants, etc.) :
- Qualité des services :
- Financements (fonds propres, fonds d'urgence, etc.) :
- Pourcentage du budget alloué à la Santé Mentale par les ONG :
- Quels sont les salaires habituellement attribués aux professionnels nationaux de la Santé Mentale par les ONG (nécessaire pour la budgétisation du projet) ? :

Quelles sont les ONG locales impliquées dans le domaine psychosocial et de la santé mentale?
Données sur les différentes ONG locales : - Par qui sont-elles administrées (autorités politiques, institutions religieuses, société civile, communauté, etc.) : - Plan spécifique : - Durée prévue du programme (court, moyen ou long terme) : - Zone d'intervention et couverture géographique : - Population-cible et population-cible spécifique (femmes, enfants, etc.) : - Services offerts et qualité des services : - Financements :
Des investigations des besoins psychosociaux en santé mentale ont-elles été menées par les ONG internationales? Par les ONG locales ? - Par qui ? : - Coordonnées du responsable de l'assessment ? : - Leur rapport peut-il être obtenu ? :
Existe-t-il un comité de coordination des différentes ONG locales et internationales ? - Coordonnées de l'institution/ de la personne responsable : - Réunions (lieu, horaire, etc.) : - Organismes représentés :

2. Autres acteurs

Les universités (coordonnées, rôle, action dans le cadre de l'urgence, etc.) :

- Universités nationales :

- Universités étrangères :

Collèges et associations professionnelles (coordonnées, autorité de tutelle, rôle, action dans le cadre de l'urgence, etc.) :

Groupes religieux (coordonnées, autorité de tutelle, rôle, action dans le cadre de l'urgence, etc.) :

Aide humanitaire militaire

- Armée nationale :

- Armée(s) étrangère(s) :

Autres :

Quels sont les besoins psychosociaux et en santé mentale non couverts identifiés par : - Les ONG internationales : - Les ONG locales : - Les universités : - Les collèges et associations professionnelles : - Les groupes religieux - Autres :
De quelle nature sont ces besoins ? Quelle population-cible concernent-ils ? Dans quelle(s) région(s)/quel(s) village(s) ?
Remarque :

4. Identification des besoins psychosociaux et de santé mentale et des réponses apportées

1. Besoins prévisibles dans le domaine psychosocial et en Santé Mentale

Catégorie 1

Nombre de personnes présentant une détresse psychologique légère se résolvant endéans les quelques semaines

20 à 40% de la population touchée par l'événement traumatique majeur

Catégorie 2

Nombre de personnes susceptibles d'avoir besoin d'un soutien psychosocial = Nombre de personnes susceptibles de présenter une détresse psychologique modérée à sévère se résolvant peu à peu avec le temps ou se perpétuant par une détresse légère chronique

30 à 50% de la population touchée par l'événement traumatique majeur = …….. personnes pour la région concernée

Catégorie 3

Nombre de personnes susceptibles de requérir une intervention spécifique en santé mentale = nombre de personnes susceptibles de présenter un syndrome de Stress Post Traumatique ou un syndrome associé (dépression légère à modérée, troubles anxieux, troubles psychosomatiques, etc.)

15 à 20% de la population touchée par l'événement traumatique (contre 10% dans la population générale dans le monde) = …….. personnes pour la région concernée

Catégorie 4

Nombre de personnes susceptibles de requérir une intervention psychiatrique = nombre de personnes susceptibles de présenter un trouble psychiatrique majeur (psychose, dépression sévère, trouble anxieux majeur, addiction sévère aux substances psychotropes, etc.)

3 à 4% de la population adulte (contre 2 à 3% dans la population générale dans le monde) = …….. personnes pour la région concernée

NB : Les personnes des catégories 1, 2, 3 et 4 sont toutes susceptibles de bénéficier d'une intervention précoce de type psychosocial.

Remarque :

2. Réponses apportées dans le domaine psychosocial et en Santé Mentale

Information / Psycho-éducation de la population affectée au sujet de l'événement critique, de ses conséquences sociales et psychologiques, information sur les changements dans le futur, où trouver de l'aide, quel type d'aide est disponible, etc.

- Cette information est-elle délivrée ? :
- Si oui, par quel(s) organisme(s) ? :
- Par quel(s) média(s) ? (leaflets, radio, presse écrite ou télévisée, etc.) :
- Remarque :

Réunification et tracing des familles

- Cette activité est-elle menée ? :
- Si oui, par quel(s) organisme(s) ? :
- A quel(s) endroit(s) ? :
- Remarque :

Outreach actif (visites à domicile/dans les camps, cliniques mobiles, etc.) et détection des vulnérables, des personnes souffrant de syndromes psychotraumatiques

- Cette activité est-elle menée ? :
- Si oui, par quel(s) organisme(s) ? :
- A quel endroit ? :
- Remarque :

Groupes de parole - Cette activité est-elle menée ? : - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel(s) endroit(s) ? : - Remarque :
Counselling individuel - Cette activité est-elle menée ? : - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :
Activités occupationnelles communautaires - Cette activité est-elle menée ? : - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :

Autres groupes/activités communautaires - Cette activité est-elle menée ? : - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :
Rituels par rapport aux personnes décédées et disparues - Cette activité est-elle menée ? : - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :
Autres rituels (notamment, réintroduction des pratiques religieuses) - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :

Activités éducatives pour les enfants - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :
Activités récréatives pour les enfants - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :
Activités expressives pour les enfants - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :

Formation et supervision du personnel de santé (soins de santé primaires) - Cette activité est-elle menée ? : - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :
Formation et supervision des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, counsellors) - Cette activité est-elle menée ? : - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :
Formation et supervision d'agents communautaires (volontaires) - Cette activité est-elle menée ? : - Si oui, par quel(s) organisme(s) ? : - A quel endroit ? : - Remarque :

Formation et supervision d'autres personnes (personnel des ONG, etc.)

- Cette activité est-elle menée ? :
- Si oui, par quel(s) organisme(s) ? :
- A quel endroit ? :
- Remarque :

Autres activités menées

- Nature de l'activité
- Par quel(s) organisme(s) ? :
- A quel endroit ? :
- Population-cible :
- Remarque :

5. Données spécifiques en santé mentale

1. Question en relation avec la santé mentale
Comment les émotions/pensées (en général) sont-elles exprimées (chagrin, colère, joie, suspicion, peur, désaccord, préjudice, intolérance, etc.) ?
Quel est le mode culturel d'expression de la souffrance psychique (introverti, extraverti, etc.)?
Comment la communauté comprend-t-elle et gère-t-elle la violence?
Quelles sont les coutumes concernant la résolution de conflits ?
Comment la communauté comprend-t-elle et gère-t-elle les problèmes liés à l'abus de substances psychotropes, au SIDA, etc. ?

Mode traditionnel de prise en charge des vulnérables

- Quelles sont les méthodes traditionnelles de traitement spécifique ?

- Quelle est la capacité de la communauté à les réintégrer comme individus socialement acceptables (par exemple pour les femmes violées ou les enfants soldats) ? Quels sont les rites de réintégration ?

Comment la communauté considérait/considère–elle les malades et les handicapés mentaux ?

Etaient/sont-ils stigmatisés ou marginalisés ?

Comment la culture/ les traditions de la communauté affectée considère-t-elle/réagit-elle face à la maladie mentale et aux problèmes d'ordre psychologique ?

Cela a-t-il changé depuis la catastrophe?

Les personnes souffrant de troubles psychologiques ou de maladies mentales étaient/sont-ils stigmatisés ou marginalisés ?

Croyances locales et coutumes concernant les maladies mentales :

- Termes locaux (comment le patient et/ou son entourage nomme(n)t-il(s) la maladie qu'il pense avoir ?) :

- Les croyances traditionnelles (quelle explication personnelle/culturelle son entourage et lui-même donnent-ils par rapport aux causes de sa maladie ?) :

- Les traitements de troubles émotionnels et des maladies mentales (qu'a-t-il essayé de faire pour se soigner ?) :

NB : La plupart des troubles que les pays développés étiquettent de maladies mentales tombent dans la catégorie des maladies traditionnelles et sont, de ce fait, souvent ignorées par les cliniques et les hôpitaux.

Comment les gens comprennent-ils les événements traumatiques qu'ils ont vécus (croyances, significations, etc.) ?
Comment gèrent-ils leur traumatisme ? Quels sont leurs mécanismes de coping ?
Diagnostic en santé mentale : Durant la phase d'urgence aiguë, quels sont les réactions et les symptômes observés dans la population au niveau émotionnel, physique, cognitif, comportemental, relationnel et social ? Durant la phase post-immédiate, quels sont les réactions et les symptômes observés dans la population au niveau émotionnel, physique, cognitif, comportemental, relationnel et social.
Est-ce que les gens demandent de l'aide ou un soutien psychologique ? Si oui, comment cela est-il perçu par la communauté ?
Motifs des consultations médicales dans les jours suivant l'événement traumatique :
Les symptômes psychologiques (reviviscence de l'événement traumatique, comportements d'évitement, hypervigilance, hyperactivité neurovégétative) et psychosomatiques (plaintes somatiques sans cause médicale) : - Sont-ils rencontrés par le personnel médical depuis la catastrophe ? L'étaient-ils avant ? Si oui, constate-t-on une augmentation de ces troubles ? Quelle proportion des consultations ces syndromes psychotraumatiques représentent-ils? - Sont-ils reconnus par le personnel médical comme des signes de souffrance psychotraumatique ?

Besoins et souffrances exprimés par la population affectée :
Identification des vulnérables Groupes et individus vulnérables : Difficultés et besoins spécifiques :
Comment les personnes gèrent-elles la mort, les obsèques, le deuil, la perte ?
Dans le contexte actuel, y a-t-il des situations pour lesquelles les traditions et les rituels ne peuvent être pratiqués ? (Exemple : les disparus, les obsèques des personnes décédées lors de l'événement traumatique, etc.)
Remarque :

2. Caractéristiques culturelles, religieuses, politiques et socio-économiques de la population affectée

Caractéristiques de la communauté avant et après l'événement traumatique, forces, résistances
Structures et hiérarchies sociales, clans, tribus, ethnies
Structure familiale : familles élargies, prise en charge des ressources financières, des problèmes familiaux, taille moyenne des familles
Structures économiques : type de production et gestion des ressources au niveau de la famille, du district ou du camp, au niveau national
Activités dans lesquelles les bénéficiaires étaient impliqués avant l'événement traumatique (utile pour planifier des activités)

Système d'éducation :

- Nombre d'écoles (en fonctionnement et fermées) :
- Ressource en personnel (directeurs, instituteurs, professeurs) :
- Type d'éducation scolaire :
- Rôles et activités traditionnels des enseignants (si ceux-ci ne sont pas engagés dans un système officiel) :
- Programmes d'éducation pour la population affectée :
- Problèmes d'éducation générés par l'événement traumatique, collaboration possible

Bref historique de la communauté /du pays, y compris les conflits ou les catastrophes naturelles antérieurs

Tabous et sanctions spécifiques, traditions, interactions sociales, rituels (exemple : deuils et obsèques, viol, justice, etc.) :

Emergence d'une structure sociale, d'une auto-organisation dans la population affectée, activités existantes

Y a-t-il émergence de leaders communautaires ?

De quel type (politiques, ethniques, religieux, militaires, etc.) ?

Y a-t-il émergence de groupes sociaux, de partis, etc. ?

Société matrilinéaire ou patrilinéaire ?
Type de religion et rôle des leaders religieux ? Rôle des guérisseurs traditionnels ? Rôle des « autorités » communautaires ?
Remarque :

3. Evénements traumatiques et stress additionnels

La personne a été blessée :

Gravité des blessures :

Risque de séquelles :

La personne a couru des risques en participant aux recherches des victimes et a craint de provoquer un sur-accident (par exemple, provoquer un éboulement en fouillant les décombres à la recherche de survivants après un tremblement de terre) :

La personne a dû attendre longuement des soins médicaux par insuffisance des dispositifs de secours (tout en souffrant de douleurs) :

La personne a attendu les secours dans des conditions psychologiques (incertitudes par rapport à l'arrivée de ceux-ci, inquiétude pour les proches, etc.) et environnementales difficiles (espaces clos, enfumés, inondés, surchauffés ou glacials, etc.) en étant parfois blessée :

La personne a perdu des proches :

Les funérailles ont-elles eu lieu ? :

Les principes culturels ont-ils pu être respectés ? :

Des proches ont subi des blessures corporelles :

Etat de santé actuel de ces proches :

La personne est en situation d'attente dramatique concernant un proche disparu ou gravement blessé :
La personne a été séparée de certains membres de sa famille : Dans quelles circonstances ? :
La personne a perdu son logement et a été relogée dans un abri temporaire :
La personne a perdu ses biens :
La personne a perdu ses moyens de subsistance :
La personne a été confrontée à la vision de victimes gravement blessées ou de personnes décédées, parfois très mutilées :
La personne a été confrontée à la vision apocalyptique de multiples destructions :
Il existe des risques d'une nouvelle occurrence de l'événement traumatique (par exemple, risque de répliques dans le cas d'un tremblement de terre) :
Il existe un risque d'épidémies mortelles :
Les conditions de vie sont pénibles (manque d'eau potable et de nourriture, environnement surpeuplé, peu hygiénique et promiscuité dans les camps, campement de fortune dans les maisons partiellement détruites, etc.) :
La personne a vécu des événements traumatiques antérieurs (guerre, catastrophe naturelle, etc.) :
Il existe pour la personne un risque de connaître d'autres événements traumatiques subséquents au désastre (exemple : viols dans les camps) :
La personne est confrontée à des événements potentiellement traumatisants indépendants de la catastrophe (par exemple, violence domestique) :
Remarque :

4. Ressources de la communauté favorisant la reconstruction

Résilience (capacité à faire face aux événements traumatiques) générale et fonctionnement de la communauté affectée :

Facteurs physiques de résilience :

- Quelles sont les conditions de la santé physique de la communauté :
- Les besoins de base sont-ils satisfaits ? :
- Les conditions d'hébergement sont-elles acceptables ? :
- Les conditions sécuritaires sont-elles bonnes ? :

Facteurs psychologiques de résilience :

- Les personnes ont-elles un sentiment de contrôle (possibilité de prendre part dans les processus de décision les concernant, accès à des activités génératrices de revenus, etc.) ? :
- Ont-elles accès à l'information ? :
- La communauté a-t-elle des croyances ou une expérience favorisant les processus de résilience ? :

Facteurs sociaux de résilience :

- Les vulnérables sont-ils acceptés et intégrés dans la communauté ? :

- Les funérailles des victimes décédées ont-elles été observées en respectant les prescriptions culturelles ? :

- La communauté montre-t-elle une cohésion et de la solidarité ? :

- Y a-t-il communication entre les tribus, les groupes ethniques ou politiques, entre les communautés affectées et d'accueil ? :

- Existe-t-il des groupes de soutien ou d'entraide dans la communauté affectée ? :

- Existe-t-il des groupes de soutien ou d'entraide mis en place par la communauté d'accueil pour la communauté affectée (par exemple, entre les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes âgées, entre les hommes et les femmes, parmi les femmes, parmi les handicapés) ? :

- Les activités culturelles et sociales (y compris les fêtes traditionnelles et les rituels religieux) se poursuivent-elles ? :

- Existe-t-il des activités communautaires ? :

- Existe-t-il des activités formelles ou informelles d'éducation pour les enfants ? :

- Existe-t-il des activités de loisirs pour les enfants ?

Remarques générales
Points clés

ANNEXES

Annexe 1 : Enquête

1. Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

(Weiss and Marmar, 1997)

http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/ptsd/ies-r.html

Note: This is the IES-R not the 15 item version (IES).

Devised By: The IES-R was developed by Daniel S. Weiss and Charles R. Marmar in 1997 to parallel the DSM-IV criteria for PTSD. The original IES was developed prior to the adoption of Posttraumatic Stress Disorder as a legitimate diagnosis in the DSM-III published in 1980, and only tap 2 of the 4 criteria set out for PTSD in the DSM-IV: intrusion and avoidance (Weiss & Marmar, 1997). IES-R was intended to tap hyperarousal cluster of symptoms, the 4th criterion for PTSD.

Type of Instrument: The IES-R is similar to IES in that it is a self-report measure designed to assess current subjective distress for any specific life event. The IES-R has 22 items, 7 items having being added to the original 15-item IES (Weiss & Marmar, 1997). The 7 items comprise 6 that tap hyperarousal symptoms such as: anger and irritability, heightened startle response, difficulty concentrating, hypervigilance; and 1 new intrusion item that taps the dissociative-like re-experiencing when experiencing true flash-back. The hyperarousal subscale and the new intrusion item along with the existing intrusion and avoidance subscales parallel the DSM-IV criteria for PTSD.

The 7 items were randomly interspersed with the existing 7 intrusion and 8 avoidance items. The only modification to the IES items was the bifurcation of the item "I had trouble falling asleep or staying asleep" into "I had trouble falling asleep" (assigned to the hyperarousal subscale), and "I had trouble staying asleep" (retained in the intrusion subscale).

Respondents are asked to rate each item in the IES-R on a scale of 0 (not at all), 1 (a little bit), 2 (moderately), 3 (quite a bit) and 4 (extremely) according to the past 7 days.

Reliability: In their study of 4 different population samples, Weiss and Marmar (1997) reported that the internal consistency of the 3 subscales was found to be very high, with intrusion alphas ranging from .87 to .92, avoidance alphas ranging from .84 to .86, and hyperarousal alphas ranging from .79 to .90 (Briere, 1997).

Split-half/Cronbach's Alpha: NA

Test-Retest Reliability: Test-retest data were available for 2 of the samples in the Weiss and Marmar (1997) study. Data from sample 1 (n = 429) yielded the following test-retest correlation co-efficients for the subscales: intrusion = .57, avoidance = .51, hyperarousal = .59. From sample 2 (n = 197) the correlation coefficients were considerably higher: intrusion = .94, avoidance = .89, hyperarousal = .92. It is believed that the shorter interval between assessments and the greater recency of the traumatic event for Sample 2 contributed to the higher coefficients of stability.

Alternate Form Reliability: NA

Inter-rater Reliability: NA

Validity:

Criterion (or Predictive) Validity: Weiss and Marmar noted that the hyperarousal subscale has good predictive validity with regard to trauma (Briere, 1997). The intrusion and avoidance subscales, which are original IES components, have been shown to detect change in repondents' clinical status over time and detect relevant differences in the response to traumatic events of varying severity (Weiss and Marmar, 1997, Horowitz et al, 1979).

Content Validity: Not available for the hyperarousal subscale. The intrusion and avoidance subscales which are originally IES items had high endorsements of up to 85% (Horowitz, et al 1979).

Construct Validity: Weiss and Marmar (1997) utilised the item-to-subscale correlation with that item removed from the subscale generated by the standard alpha coefficient analyses. These were then compared to the cross-subscale Pearson correlations. The results showed that only 1 item ("I had trouble falling asleep") showed a stronger relationship between it and a different subscale. The corrected correlation of this item with its assigned hyperarousal subscale was .71, and its correlation with the intrusion subscale was .79. Nineteen items showed a correlation with their assigned subscale that was higher than with the other subscales; and 2 items ("I had trouble staying asleep" and " I avoided letting myself get upset when I though about it or was reminded of it") showed a correlation that was equal.

The explanations given by Weiss and Marmar (1997) for these results are that the 2 sleep items are very highly correlated, driving a relationship between them in terms of intrusion and hyperarousal; and as to the equal relationship of the avoidance item with the avoidance and intrusion subscales, this may have occurred because the presentation of the thought or the reminder invokes intrusion, and the not dealing with it invokes avoidance.

Convergent Validity: NA

Discriminant Validity: NA

Scoring Method:

Avoidance Subscale: Mean of items 5, 7, 8 11, 12, 13, 17, 22

Intrusions Subscale: Mean of items 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20

Hyperarousal subscale: Mean of items 4, 10, 15, 18, 19, 21

IES-R score: Sum of the above 3 clinical scales.

For valid comparisons with scores from the IES, use just the sum of the Avoidance and Intrusion subscales.

Norms: NA

References:

Briere, J. (1997). Psychological assessment of adult posttraumatic states. Washington D.C.: American Psychological Association.

Horowitz, M., Wilner, M., and Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41, 209-218.

Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale -Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guildford.

Below is a list of difficulties people sometimes have after stressful life events. Please read each item, and then indicate how distressing each difficulty has been for you DURING THE PAST SEVEN DAYS with respect to _____, how much were you distressed or bothered by these difficulties?

	Not at all	**A little bit**	**Moderately**	**Quite a bit**	**Extremely**
Any reminder brought back feelings about it	0	1	2	3	4
I had trouble staying asleep	0	1	2	3	4
Other things kept making me think about it	0	1	2	3	4
I felt irritable and angry	0	1	2	3	4
I avoided letting myself get upset when I thought about it or was reminded of it	0	1	2	3	4
I thought about it when I didn't mean to	0	1	2	3	4
I felt as if it hadn't happened or wasn't real	0	1	2	3	4
I stayed away	0	1	2	3	4

from reminders about it					
Pictures about it popped into my mind	0	1	2	3	4
I was jumpy and easily startled	0	1	2	3	4
I tried not to think about it	0	1	2	3	4
I was aware that I still had a lot of feelings about it, but I didn't deal with them	0	1	2	3	4
My feelings about it were kind of numb	0	1	2	3	4
I found myself acting or feeling as though I was back at that time	0	1	2	3	4
I had trouble falling asleep	0	1	2	3	4
I had waves of strong feelings about it	0	1	2	3	4
I tried to remove it from my	0	1	2	3	4

memory					
I had trouble concentrating	0	1	2	3	4
Reminders of it caused me to have physical reactions, such as sweating, trouble breathing, nausea, or a pounding heart	0	1	2	3	4
I had dreams about it	0	1	2	3	4
I felt watchful or on-guard	0	1	2	3	4
I tried not to talk about it	0	1	2	3	4

Scoring:
Avoidance Subscale = mean of items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22
Intrusion Subscale = mean of items 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20
Hyperarousal Subscale = mean of items 4, 10, 15, 18, 19, 21
Above written by: Ms. Estela Hutchings & Dr. Grant J. Devilly

2. K10 Symptom Scale

http://www.crufad.com/K10/k10info.htm

Edited by Gavin Andrews MD, UNSW, Jan 03
© 2003 CRUfAD

This is a scale of psychological distress developed for use in epidemiological surveys. It is suitable for use as an outcome measure in people with anxiety and depressive disorders. It is reproduced below.

The 10-item scale has five response categories and the score is the sum of those responses. Score range from 10 to 50. People who score 0-15 have one quarter the population risk of meeting criteria for an anxiety or depressive disorder as identified by the CIDI, and a remote chance of reporting a suicidal an anxiety or depressive disorder as identified by the CIDI, and a remote chance of reporting a suicidal attempt in their lifetime. People who score 16-30 have a one in four chance (three times the population risk) of having a current anxiety or depressive disorder and 1% chance (three times the population risk) of ever having made a suicide attempt. People who score 30-50 have a three out of four chance (ten times the population risk) of meeting criteria for an anxiety or depressive disorder and 6% chance (20 times the population risk) of ever having made a suicide attempt. The first group comprise 78% of the population and are told their score is low and that they probably do not need the self help information. The second group, 20% of the population, are encouraged to use the information and techniques on the self help page. The third group, 2% of the population, are strongly encouraged to see a doctor even if they do not use the site.

Below we list the sensitivity and specificity of the scale against CIDI diagnoses of anxiety or depressive disorders. The scale was developed by R. Kessler, School of Public Health, Harvard University, Boston (Kessler, Andrews et al 2002) and the normative data are from the Australian Survey of Mental Health and Well-being (Andrews and Slade 2001)- see the research page for the appropriate references.

Performance of the K10 against a DSM-IV diagnosis of any current Anxiety or Affective Disorder (weighted prevalence in the population = 7.1%)

K10 Score	Miss Rate	False Alarm Rate	Hit Rate (Sensitivity)	Correct Rejection Rate (Specificity)
>=14	0.06	0.37	0.94	0.63
15	0.10	0.28	0.90	0.72
16	0.14	0.22	0.86	0.78
17	0.19	0.17	0.81	0.83
18	0.23	0.13	0.77	0.87
19	0.29	0.10	0.71	0.90
20	0.34	0.08	0.66	0.92
21	0.40	0.06	0.60	0.94
22	0.45	0.05	0.55	0.95
23	0.50	0.03	0.50	0.97
24	0.55	0.03	0.45	0.97
25	0.59	0.02	0.41	0.98
26	0.64	0.02	0.36	0.98
27	0.67	0.01	0.33	0.99
28	0.69	0.01	0.31	0.99
29	0.73	0.01	0.27	0.99
30	0.76	0.01	0.24	0.99
31	0.79	0.00	0.21	1.00
32	0.82	0.00	0.18	1.00

Question 1	In the past 4 weeks, about how often did you feel tired out for no good reason?	None of the time...	☐
		A little of the time...	☐
		Some of the time...	☐
		Most of the time...	☐
		All of the time...	☐
Question 2	In the past 4 weeks, about how often did you feel nervous?	None of the time...	☐
		A little of the time...	☐
		Some of the time...	☐
		Most of the time...	☐
		All of the time...	☐
Question 3	In the past 4 weeks, about how often did you feel so nervous that nothing could calm you down?	None of the time...	☐
		A little of the time...	☐
		Some of the time...	☐
		Most of the time...	☐
		All of the time...	☐
Question 4	In the past 4 weeks, about how often did you feel hopeless?	None of the time...	☐
		A little of the time...	☐
		Some of the time ...	☐
		Most of the time...	☐
		All of the time...	☐
Question 5	In the past 4 weeks, about how often did you feel restless or fidgety?	None of the time...	☐
		A little of the time...	☐
		Some of the time...	☐

		Most of the time... ☐
		All of the time... ☐
Question 6	In the past 4 weeks, about how often did you feel so restless you could not sit still?	None of the time... ☐
		A little of the time... ☐
		Some of the time... ☐
		Most of the time... ☐
		All of the time... ☐
Question 7	In the past 4 weeks, about how often did you feel depressed?	None of the time... ☐
		A little of the time... ☐
		Some of the time... ☐
		Most of the time... ☐
		All of the time... ☐
Question 8	In the past 4 weeks, about how often did you feel that everything was an effort?	None of the time... ☐
		A little of the time... ☐
		Some of the time ... ☐
		Most of the time... ☐
		All of the time... ☐
Question 9	In the past 4 weeks, about how often did you feel so sad that nothing could cheer you up?	None of the time... ☐
		A little of the time... ☐
		Some of the time... ☐
		Most of the time... ☐
		All of the time... ☐

Question 10	In the past 4 weeks, about how often did you feel worthless?	None of the time...	☐
		A little of the time...	☐
		Some of the time...	☐
		Most of the time...	☐
		All of the time...	☐

Annexe 2 : Mener un entretien

Les informateurs-clé peuvent être issus de niveaux socio-économiques très différents. Dans le cadre d'une récolte des données, l'évaluateur en charge de l'assessment peut tout aussi bien rencontrer un ministre qu'un indigent. Par ailleurs, les personnes interrogées peuvent être d'origines ethniques diverses. L'intervieweur devra donc toujours veiller à s'adapter à son interlocuteur (par exemple, il adaptera ses questions pour qu'elles soient compréhensibles, il adaptera son comportement de sorte qu'il soit culturellement ou socialement acceptable, etc.).

Présentation
L'intervieweur commence l'entretien par la présentation de son organisation (son objet social, les activités en cours dans le pays et/ou dans le contexte de l'urgence, les projets pour le futur, etc.) et se présente lui-même (son nom, son rôle au sein de l'organisation, etc.).

En fonction de la personne rencontrée, il lui demande de préciser sa fonction s'il est censé appréhender globalement son rôle ou son statut (par exemple, pour les autorités administratives) ou il l'invite à se présenter (par exemple, pour un informateur-clé de la communauté).

L'intervieweur explique ensuite à son interlocuteur les raisons qui l'ont conduit à demander une entrevue (notamment, à quoi vont servir les informations récoltées). Dans certains cas, il convient de demander à l'informateur-clé son accord pour l'interview.

Les règles

- L'anonymat

L'intervieweur doit garantir à son interlocuteur que les informations qu'il livrera seront traitées de façon anonyme. Dans les contextes sensibles, les notes prises lors de l'entretien ne doivent pas comporter de renseignements permettant d'identifier la personne interviewée.

- La neutralité

Lorsqu'il interroge une personne dans le cadre d'une enquête, l'intervieweur doit s'abstenir d'exprimer son propre point de vue ou ses valeurs personnelles. Son rôle consiste à écouter son interlocuteur et à l'aider à s'exprimer sur des thèmes choisis.

- La confidentialité

Pour que les personnes puissent parler de leur situation sans craintes et se confier, il faut qu'elles soient assurées que leurs déclarations ne seront pas divulguées.

La sécurité physique
Dans un contexte de guerre ou de conflit, l'intervieweur doit s'assurer qu'en s'informant auprès d'une personne choisie comme informateur-clé, il ne met pas celle-ci en danger dans sa communauté et/ou dans sa région d'habitation.

La sécurité psychologique
L'intervieweur doit être conscient des possibles répercussions psychologiques soulevées par ses questions. En effet, une retraumatisation[1] peut survenir lorsqu'une personne évoque les événements traumatiques qu'elle a vécus.

L'interprète
Si les services d'un interprète sont nécessaires, l'intervieweur le/la choisira préférentiellement du même groupe ethnique que la personne interrogée.

L'interprète peut aider à comprendre la culture de la communauté. Cependant, sa présence peut limiter le type d'information récoltées (par exemple, si l'interprète est un homme, les femmes interviewées éviteront peut-être certains sujets tels que les abus sexuels ou la violence intra-familiale).

[1] Une retraumatisation apparaît lorsqu'un événement déclenche l'afflux de souvenirs du traumatisme initial.

Annexe 3 : Mener une interview de groupe

1. Indications pratiques

Thématique
Une interview de groupe est une réunion de discussion organisée autour d'un thème unique groupe focal) ou de plusieurs thèmes (discussion de groupe) pour une durée spécifique.

Dans le groupe, le ou les sujets sont abordés librement et spontanément sous la guidance d'un facilitateur.

Dans certains cas, les interviews de groupe (notamment, les groupes focaux) permettent d'aborder et d'approfondir des sujets sensibles ou tabous.

Composition du groupe
Le groupe est généralement composé de 6 à 12 personnes, sélectionnées en fonction des informations que l'on souhaite récolter. Lorsqu'il comporte plus de 6 participants, il est souhaitable qu'il soit animé par deux facilitateurs et ce d'autant plus que le sujet est sensible (par exemple, les violences sexuelles dont ont pu être victimes certaines femmes) ou douloureux (par exemple, le décès ou la disparition de membres de la communauté). En effet, il est difficile pour un seul animateur de guider le groupe tout en étant attentif aux besoins émotionnels des participants.

Le facilitateur
Le rôle du facilitateur est de conduire la discussion et non d'y participer activement.

Idéalement, il ou elle devrait avoir une connaissance du traumatisme psychique et de l'aide humanitaire ainsi qu'une expérience de l'animation de groupe.

Lorsque le groupe est homogène, il peut être préférable que le facilitateur soit du même sexe que les participants. Par exemple, les femmes s'exprimeront plus librement sur les thématiques sexuelles[1] si toutes les personnes présentes sont de sexe féminin.

Le lieu
Le facilitateur doit veiller à ce que le groupe de discussion se tienne dans un endroit facilement accessible, confortable, sécurisant et offrant une intimité suffisante.

Il sera attentif à ce que la disposition des places soit propice à la communication. Par exemple, la disposition en cercle favorise le contact visuel et la communication entre les participants.

Heure et date
Le facilitateur doit s'assurer que le moment prévu pour la réunion convient à tous les participants. En effet, les horaires qui conviennent aux hommes ne conviennent peut-être pas aux femmes, les heures qui arrangent les jeunes n'arrangent peut-être pas les aînés, etc.

Dès le début de la réunion, le facilitateur en fixera la durée (par exemple, 2 heures). Cependant, il devra rester flexible et s'adapter à l'évolution du groupe. Lorsque des sujets sensibles ou douloureux sont abordés (par exemple, le décès ou la disparition de proches dans la catastrophe), il peut être opportun d'écourter une réunion trop éprouvante pour les participants ou au contraire de l'allonger afin que chacun puisse s'exprimer. Le facilitateur ne prendra de décision qu'avec le consentement du groupe. Par ailleurs, même si le temps imparti est écoulé, une session ne pourra être interrompue brusquement alors qu'une personne fait part d'un vécu douloureux.

Tâches du facilitateur
Les tâches du facilitateur sont les suivantes :

- Avant la tenue du groupe, il dresse la liste des informations qu'il souhaite recueillir et rédige les questions pertinentes pour les obtenir.
- Il accueille les participants et les remercie de leur présence.
- Il présente son organisation (son objet social, les activités en cours dans le contexte de l'urgence, les projets pour le futur, etc.) et se présente lui-même (son nom, la fonction qu'il exerce au sein de l'organisation, etc.).
- Il explicite l'objectif du groupe focal (notamment, le but visé par l'organisation en ce qui concerne d'éventuelles activités futures pour la communauté) ainsi que son déroulement.

[1] Notamment sur les violences sexuelles, phénomènes répandus dans la plupart des contextes où des populations sont déplacées.

- Il énonce **les règles de base** du groupe :
    - **La confidentialité**. Le facilitateur encourage les participants à respecter une discrétion absolue quant aux propos échangés dans le groupe (ce qui est dit dans la réunion ne doit pas être rapportés aux personnes étrangères au groupe). Cependant, les participants doivent être conscients qu'une confidentialité stricte est illusoire.
    - **L'anonymat**. Le facilitateur s'engage à utiliser de manière anonyme les informations fournies par le groupe (les participants ne pourront être reconnus à travers son analyse des données).
    - **Le respect de la parole de chacun**. Le facilitateur demande aux participants de ne pas s'interrompre mutuellement.
    - **Le respect de l'opinion de chacun**. Le facilitateur invite les participants à ne pas conteste ni critiquer les propose des autres. Les participants sont présents pour exprimer leur opinion, leur vécu, leurs idées, etc. et non pour être unanimement d'accord. Le facilitateur doit préciser qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
- Il invite les participants à se présenter.
- Il leur demande s'ils ont des questions, des suggestions, des attentes particulières préalablement au débat.
- Il introduit le thème de la discussion et ouvre le débat par des questions-clé d'ordre général.
    - Les questions générales aident les participants à se détendre et à communiquer librement.
    - Elles permettent à l'animateur d'appréhender les perceptions et les attitudes générales du groupe par rapport à la thématique abordée
    - Elles mettent en évidence la façon culturelle d'exprimer les émotions au sein de cette communauté.
- Progressivement, il pose des questions plus spécifiques ou plus délicates. Celles-ci encouragent les participants à développer leurs idées et leurs sentiments.
- Afin que la discussion puisse glisser facilement d'un sujet à l'autre, le facilitateur regroupe les questions par thème.
- Il s'assure que chaque membre participe activement à la discussion en distribuant la parole et en veillant à ce que chacun puisse s'exprimer.
- Il facilite le dialogue en posant des questions et en relançant le débat, sans jamais faire état d'un avis personnel.

- Il aide les participants à exposer leurs idées et leurs sentiments. Autant que possible, il leur demandera d'expliciter leur propos.
- Il veille à ce que la discussion reste centrée sur le thème choisi.
- Autant que faire se peut, il contrôle le groupe afin d'éviter l'apparition de débordements émotionnels.
- Lorsqu'une personne manifeste de violentes émotions incoercibles, il peut décider d'interrompre la séance et marquer une courte pause, le temps qu'il puisse la réconforter et la calmer.
- Il protège chaque participant des attaques personnelles et des critiques des autres
- Il clôture le groupe :
    - Il rappelle l'objectif du groupe.
    - Il résume les points les plus importants.
    - Il s'enquiert si tous les sujets importants ont été traités.
    - Il leur demande s'ils ont des questions.
    - Il les remercie de leur participation, de leur contribution et du temps qu'ils lui ont consacré.
- Si d'autres activités sont programmées par l'organisation, il en informe les participants.

2. Exemple d'une enquête de groupe

Le présent questionnaire peut servir de canevas pour mener un groupe de discussion. En aucun cas cependant, il ne doit être suivi à la lettre pour chaque interview de groupe.

- Date de l'interview de groupe :
- Région (province, district) :
- Village :
- Groupe :
- Age et sexe des participants :
    - En dessous de 20 ans : M : …. /F : ….
    - Entre 20 et 30 ans : M : …. /F : ….
    - Entre 30 et 50 ans : M : …. /F : ….

- Plus de 50 ans : M : …. /F : ….

- Religion :
  - Bouddhiste :
  - Musulmane :
  - Chrétienne :
  - Autre :

- Statut :
  - Célibataire : M : …./F : ….
  - Marié : M : …./F : ….
  - Séparé : M : …./F : ….
  - Veuf/veuve : M : …./F : ….

Présentation du facilitateur
Le facilitateur présente son organisation (notamment ce que l'organisation a l'intention de faire dans la région) et se présente (nom, fonction au sein de l'organisation) .

Introduction
Le facilitateur introduit le sujet :

« Votre communauté a été affectée par (le tremblement de terre, le tsunami, les inondations, l'éruption volcanique, etc.) il y a … jours maintenant. J'aimerais vous poser quelques questions pour comprendre comment cela se passe pour vous depuis cette catastrophe. Une catastrophe d'une telle ampleur a des répercussions sur le moral des personnes qui l'ont vécue et sur leur façon de voir les choses. Bien entendu, c'est tout à fait normal. Je voudrais savoir comment cela se passe pour les enfants, comment cela se passe pour les femmes et comment cela se passe pour les hommes. Je voudrais que vous m'expliquiez de quelle aide vous avez besoin et notamment de quel soutien psychologique vous pensez que vous ou d'autres personnes de votre communauté pourraient bénéficier. Par exemple, je voudrais savoir si vous avez remarqué des attitudes ou des comportements particuliers dans votre entourage depuis la catastrophe et comment vous réagissez par rapport à ça.

Les informations que vous me donnerez vont permettre à notre organisation d'évaluer les services les plus utiles à fournir pour votre communauté.

Je voudrais insister sur le fait que tout ce qui se dit dans le groupe doit rester dans le groupe et ne peut en sortir. Ce que nous allons dire ici doit rester confidentiel et ne peut être raconté à d'autres personnes qui n'ont pas participé à cette séance. Ce que nous allons nous dire doit rester privé. C'est important pour que chacun se sente à l'aise de parler. Ok ?

Vous avez des questions ?

Présentation des participants
Pour commencer, j'aimerais qu'on fasse un petit tour de l'assemblée pour que chacun puisse se présenter et que nous puissions faire un peu plus ample connaissance.

Questions générales
Avant la catastrophe, quel métier exerciez-vous ? Est-ce que vous pouvez continuer à exercer cette activité ? Si non, pourquoi ? Que faites-vous maintenant ? Que font les femmes pour s'occuper ? Que font les hommes ?

Quelles sont les religions pratiquées par les membres de votre communauté ? Quel est le rôle de la religion dans votre vie ?

Quelles sont actuellement vos plus grandes difficultés ? Quels sont vos plus gros soucis ?

Les besoins primaires
Le facilitateur commence par poser des questions sur la résolution des besoins de base. En effet, il est impensable de mettre en œuvre des activités psychosociales proprement dites alors que les rescapés ont faim, sont blessés ou malades et ne savent pas où dormir. La première action humanitaire qui favorise le processus de récupération psychologique est certainement d'assurer les besoins primaires de la communauté.

Une des premières questions que je me pose, c'est de savoir si vous recevez de l'aide.

Ceux d'entre vous qui ont perdu leur logement, ont-ils reçu un abri ? Où avez-vous été relogés ? Cet abri, à quelle distance se trouve-t-il par rapport à votre ancien logement ? Savez-vous combien de temps vous allez rester dans ces abris temporaires ? Vous donne-t-on des informations sur ce que le gouvernement prévoit pour vous dans un avenir proche ?

Est-ce que vous avez un accès à de l'eau propre à la consommation ?

Est-ce que vous recevez de la nourriture ? Combien de fois par semaine recevez-vous de l'aide alimentaire ? Quand avez-vous reçu de la nourriture la dernière fois ? Recevez-vous des quantités suffisantes ? Quelle organisation vous apporte cette aide ?

Est-ce que vous recevez des vêtements ?

Ceux d'entre vous qui en ont besoin, ont-il accès aux soins médicaux ? Des équipes médicales sont-elles venues sur place ? Avez-vous du vous rendre dans un centre de santé ou un hôpital ? A quelle distance se trouvent ces infrastructures de santé ?

Avez-vous reçu des couvertures, du savon, des ustensiles pour cuisiner, etc. ?

Bénéficiez-vous d'un autre type d'aide ?

Dans la région, est-ce qu'il y a des personnes ou des groupes de personnes qui se sont impliqués dans l'aide aux victimes de la catastrophe ?

Les perceptions par rapport à la catastrophe

Qu'est-ce que les gens disent par rapport à la catastrophe ? Quelles explications donnent-ils à ce qui est arrivé ? Comment comprennent-ils ce phénomène naturel ?

Est-ce que quelqu'un est venu vous expliquer ce qu'est … (un tremblement de terre, un tsunami, une éruption volcanique, etc.) ? Quelles questions vous posez-vous par rapport à ce phénomène naturel ?

Syndromes psychotraumatiques

Qu'est-ce qui a changé dans votre personnalité ou dans celle des personnes de votre entourage depuis la catastrophe ? Comment vous sentez-vous depuis ?

Depuis la catastrophe, est-ce que certains d'entre vous ou des personnes de votre entourage ont la tête envahie par des images de la catastrophe, des souvenirs des pires moments qui s'imposent tout le temps à l'esprit sans qu'on puisse y échapper?

Est-ce que vous craignez que l'événement ne se reproduise à nouveau ?

Est-ce que certains éprouvent de problème de sommeil comme par exemple, des difficultés à s'endormir, des réveils pendant la nuit ou des cauchemars ?

Est-ce que certains d'entre vous préfèrent éviter de retourner à l'endroit de la catastrophe ? Est-ce que vous évitez de parler ou de faire des choses qui vous rappellent la catastrophe ?

Est-ce que vous vous sentez tendus, toujours sur le qui-vive, sur vos gardes, comme s'il allait arriver quelque chose ?

Est-ce que certains se sentent anxieux ou ressentent des peurs qu'ils n'avaient pas avant ?

Est-ce que certains se sentent déprimés, tristes, sans envie et fatigués ?

Est-ce que certains ressentent des malaises physiques comme par exemple des maux de tête, des douleurs dans le dos ou dans le ventre ?

Support psychosocial

Savez-vous s'il y a dans la région quelqu'un du Ministère de la Santé ou quelqu'un d'autre qui est responsable de la Santé Mentale ?

Est-ce qu'il existait, avant la catastrophe, des associations pour les personnes qui ont des difficultés psychologiques ou des problèmes sociaux? De quel type d'associations s'agit-il ?

Depuis la catastrophe, est-ce qu'il y a de nouvelles associations, notamment des associations étrangères, qui ont entrepris des actions pour aider les personnes qui ont des difficultés sociales ou psychologiques ?

Est-ce que ces associations ont engagé des actions spécifiques depuis la catastrophe ?

Est-ce que le gouvernement a mis des actions en place depuis la catastrophe pour apporter un soutien psychologique aux rescapés ?

Savez-vous si des organisations ou le gouvernement projettent de mettre en œuvre un programme psychosocial dans la région ?

Comment votre communauté réagit-elle vis-à-vis des personnes qui ont une maladie mentale ? Est-ce que cela a changé depuis la catastrophe ?

Et comment votre communauté réagissait-elle avant la catastrophe par rapport aux personnes déprimées ou angoissées ? Est-ce que ça a changé depuis la catastrophe ?

Est-ce que les personnes demandent de l'aide psychologique quand elles en ont besoin? A qui s'adressent-elles? Où vont-elles?

Est-ce que des activités communautaires sont organisées dans votre village (région, camp, etc.), des activités qui procurent un bien-être et un soutien émotionnel ?

Au sein de notre organisation, nous sommes en train de réfléchir à ce qui pourrait vous aider maintenant psychologiquement à traverser ce que vous vivez. Qu'est-ce que vous pensez qui vous serait utile pour retrouver du bien-être psychologique maintenant et dans le futur ?

Les funérailles

Lorsqu'une personne décède, comment ça se passe habituellement pour la famille ? Comment se déroulent les funérailles ? Comment se pratique le deuil ? Comment les membres de la communauté soutiennent-ils les personnes en deuil ?

Est-ce que vous avez pu procéder aux funérailles pour les personnes décédées durant la catastrophe ? Est-ce que ça s'est passé comme ça se passe habituellement ? Si non, comment cela s'est-il déroulé et pourquoi ?

Y a-t-il des personnes portées disparues, dont on n'a pas retrouvé le corps ? Comment les familles de ces personnes réagissent-elles ? Des rituels sont-ils organisés pour ces disparus ?

Autres rituels

Est-ce que des cérémonies, des rituels ou des fêtes traditionnelles ont été interrompus ou n'ont plus lieu depuis la catastrophe ?

Structures sociale et familiale

Est-ce que des familles ont été dispersées à cause de la catastrophe ? Est-ce que la catastrophe a affecté le fonctionnement habituel des familles ? Par exemple, est-ce que le fait de vivre dans un camp a changé la structure des familles ?

Est-ce que la façon de fonctionner au sein de la communauté a changé depuis la catastrophe ? Est-ce que les choses sont différentes d'avant ?

Les enfants

Comment les enfants réagissent-ils depuis la catastrophe ? Est-ce que vous constatez des changements dans leur comportement ? Ont-ils des problèmes de sommeil ? Font-ils des cauchemars ? Sont-ils plus effrayés qu'auparavant ? Reviennent-ils à des comportements antérieurs de leur développement comme par exemple, refaire pipi au lit ? Pour ceux qui sont retournés à l'école, ont-ils des difficultés scolaires ? Est-ce qu'ils ont des problèmes de santé ou est-ce qu'ils se plaignent de douleur ? Avez-vous remarqué d'autres changements ?

Comment comprennent-ils ce qui est arrivé ? Que leur a-t-on expliqué ? Leur a-t-on expliqué à l'école ce qu'est …(un tremblement de terre, un tsunami, une éruption volcanique, etc.) ?

Est-ce qu'il y a des enfants qui ont perdu un de leurs parents dans la catastrophe ? Est-ce qu'il y a des enfants qui ont perdu leurs deux parents ?

Comment les adultes aident-ils un enfant qui vient de perdre un de ses parents ou ses deux parents? Qui s'occupe des enfants orphelins ?

A votre avis, de quoi les enfants qui ont vécu cette catastrophe ont-ils besoin ? Comment peut-on aider les enfants à faire face à ce qu'ils ont vécu ?

Est-ce que les enfants allaient à l'école avant la catastrophe ? Y vont-ils maintenant ? Si non, pourquoi ? Les écoles ont-elles été détruites ? Est-ce qu'il y a des difficultés pour que les enfants retournent à l'école ? S'ils ne vont pas à l'école, que font-ils de la journée ?

Les vulnérables

D'après vous, quelles sont les personnes qui sont le plus en difficulté depuis la catastrophe ?

Pour les femmes qui ont perdu leur mari, comment font-elles pour subvenir aux besoins de leur famille ?

Les hommes ont-ils de problèmes particuliers depuis la catastrophe ? Si oui, connaissaient-ils ces problèmes auparavant ?

Les femmes rencontrent-elles des problèmes spécifiques depuis la catastrophe ? Avaient-elles des problèmes particuliers avant ?

Clôture

Est-ce que vous avez des questions ?

Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous désirez me faire savoir ?

Si quelqu'un désire me parler en privé, je vais rester à votre disposition ici un moment après la fin de la séance.

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré et de toutes les précieuses informations que vous avez partagées avec moi. J'ai appris beaucoup de choses très importantes grâce à vous et je connais mieux maintenant quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontés. Tout ce que vous m'avez dit va être très utile lorsque nous allons considérer les besoins psychosociaux et en santé mentale dans la région et lorsque nous devrons établir des priorités pour nos actions. Je tiens une fois encore à vous remercier et je peux vous dire que j'ai grandement apprécié votre contribution.

Bibliographie

de Jong K., "Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence", Médecins Sans Frontières Holland, 2005.

Josse E., "Le trauma. Guide de prise en charge psychosociale », Médecins Sans Frontières Belgique, 2004

Skinnider M., Blok L., "Manual for the assessment of health and humanitarian emergencies", Médecins Sans Frontières Holland, 2002

Sphere Project, The Sphere Handbook : "Humanitarian charter and minimum standards in disaster response",Geneva, 2004

World Health Organization, "Rapid assessment of mental health needs of refugees, displaced and other population affected by conflict and post-conflict situations: a community oriented assessment", Geneva, 2001

World Health Organization, "Mental health in emergencies. Mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors", Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2003

World Health Organization, "Mental health assistance to the populations affected by the tsunami in Asia. Introduction and population perspective", Geneva, 2005

L'auteur

Evelyne Josse est psychologue diplômée de l'Université Libre de Bruxelles. Elle est formée à l'hypnothérapie éricksonnienne, à l'EMDR et à la thérapie brève.

Actuellement, elle travaille pour Médecins Sans Frontières-Suisse, elle exerce en qualité d'expert en hypnose judiciaire auprès de la Justice belge et pratique en tant que psychothérapeute en privé.

Passionnée d'ULM 3 axes (type avion), elle a mis sur pied avec Thierry Moreau de Melen, un ami pilote, le programme ASAB (Anti Stress Aéronautique Brussels).

Auparavant, elle a également travaillé pour Médecins Sans Frontières-Belgique. Elle a exercé dans des hôpitaux universitaires auprès d'adultes atteints du VIH/SIDA et auprès des enfants malades du cancer. Elle a également été assistante en faculté de Psychologie à l'Université Libre de Bruxelles.