

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

AVEC MOYENS
DE VÉRIFICATION
(VERSION 2.0)



Remerciements

Le contenu de la publication originale du test sur le terrain de 2017 a été développé par le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence. L'élaboration de la publication originale a été gérée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et a été effectuée par un groupe de travail thématique d'agences membres du Groupe de référence, dont World Vision International, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Université Johns Hopkins (JHU), la Fondation Peter C. Alderman, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC), MHPSS.net et War Trauma Foundation (maintenant ARQ National Psychotrauma Center).

Le contenu de la publication actuelle, y compris la sélection d'outils et de conseils pour les moyens de vérification (MoV), a également été élaboré par le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence. La mise à jour a été gérée par l'OMS et supervisée par un groupe de travail thématique composé d'agences membres du Groupe de référence, notamment Action Contre la Faim (ACF), Église de Suède / Alliance ACT, Americares, ARQ National Psychotrauma Centre, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Humanity & Inclusion (HI), le Centre psychosocial de l'IFRC, International Medical Corps (IMC), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), l'Université Johns Hopkins (JHU), Medair, Médecins du Monde (Mdm), Médicos del Mundo (Mdm), Médecins Sans Frontières (MSF), le MHPSS Collaborative, Save the Children, Terre des Hommes (TdH) et l'UNICEF.

Grâce aux processus de consultation et d'examen par les pairs, des contributions précieuses au Cadre d'évaluation et à sa mise à jour ont également été reçues de la part des agences du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence et d'autres organisations, partenaires universitaires et autres parties prenantes.

Le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence souhaite exprimer sa reconnaissance et ses remerciements à Dr Alison Schafer pour avoir géré à la fois le développement initial de ce Cadre et sa révision.

Pour communiquer avec nous et faire part de vos commentaires sur cette publication, veuillez envoyer un e-mail au Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence à l'adresse : <mhpss.refgroup@gmail.com>.

Citation suggérée :

Comité permanent interorganisations (CPI), Le Cadre commun de suivi et d'évaluation pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence : y compris des moyens de vérification (Version 2.0), CPI, Genève, 2021.

Traductions

Le Groupe de référence lui-même coordonnera la traduction vers l'arabe, le chinois, l'espagnol, le français et le russe. Veuillez contacter le Groupe de référence pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) du CPI (mhpss.refgroup@gmail.com) pour la coordination des traductions dans d'autres langues. Toutes les traductions effectuées seront publiées sur le site Internet du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence. Si vous créez une traduction ou une adaptation de cette publication, veuillez noter que :

- » Vous n'êtes pas autorisé à ajouter votre logo (ou celui d'un organisme de financement) au résultat final.
- » S'il s'agit d'une adaptation (c.-à-d. que vous modifiez le texte ou les images), l'utilisation du logo du CPI n'est pas autorisée. Lors de l'utilisation de cette publication, vous ne devez pas laisser entendre que le CPI se prononce en faveur d'une organisation, d'un produit ou d'un service donné.
- » Votre traduction ou adaptation doit être publiée sous la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. La licence CC BY-NC-SA 4.0 ou 3.0 est recommandée. Une liste des licences compatibles est consultable à l'adresse suivante : <https://creativecommons.org/share-your-work/licensing-considerations/compatible-licenses>
- » Vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante dans la langue de la traduction : « Cette traduction/adaptation n'a pas été créée par le Comité permanent interorganisations (CPI). Le CPI ne saurait être tenu pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale en anglais, Inter-Agency Standing Committee, The Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings : with means of verification (Version 2.0), Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO, constitue l'édition qui a force obligatoire et fait foi. »

©IASC, 2021. Le présent document a été publié sous la licence Creative Commons « Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 Organisations Internationales » (CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Aux termes de cette licence, vous pouvez reproduire, traduire et adapter cette publication à des fins non commerciales, pour autant que cette publication soit citée de manière appropriée.

Introduction

Ce document d'orientation fournit des conseils sur l'évaluation, la recherche, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence. Bien que conçu spécifiquement pour les contextes d'urgence (y compris les crises prolongées), le Cadre peut également être applicable pour les phases de transition de l'urgence au développement (y compris les initiatives de réduction des risques de catastrophe). Le Cadre suppose une bonne connaissance des directives du Comité permanent interorganisations (CPI) sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence¹ et une compréhension de la programmation en matière d'aide humanitaire et/ou de développement.

La santé mentale et le soutien psychosocial désignent tout type de soutien local ou extérieur visant à protéger ou à favoriser le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux.

Par conséquent, le Cadre d'évaluation décrit dans cette publication est important pour tout personnel d'urgence ou de développement qui est directement ou indirectement impliqué dans des programmes visant à influencer la santé mentale et le bien-être psychosocial d'autrui. Cela peut comprendre (mais sans s'y limiter) des professionnels de la santé mentale, des acteurs ou des éducateurs de la protection de l'enfance, des prestataires de santé, des nutritionnistes, des communautés religieuses ou des gestionnaires de programmes et des praticiens engagés dans des initiatives telles que la consolidation de la paix, les compétences de la vie courante ou l'apprentissage professionnel.

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

Cependant, la grande diversité des objectifs, des résultats, des indicateurs et des moyens de vérification (MoV) rattachés aux nombreux projets SMSPS mis en œuvre dans différents contextes humanitaires a entraîné des difficultés à démontrer leur valeur ou leur impact.² Pour relever ce défi,

un Cadre commun de suivi et d'évaluation (S&E) a été élaboré en 2017, pour compléter les directives du CPI. Cette version révisée du Cadre de S&E comprend désormais des conseils et des outils pour faciliter la mesure des six indicateurs d'impact identifiés précédemment.



COMMENT LE CADRE D'ÉVALUATION A-T-IL ÉTÉ ÉLABORÉ ?

Le Cadre commun de suivi et d'évaluation pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence a été élaboré en suivant un processus d'analyses effectuées par des universitaires, des experts et aux niveaux régional et national. Ce travail a inclus une analyse de la littérature sur les concepts SMSPS fréquemment mesurés,³ un panel d'experts et une consultation sur un projet de cadre et de termes clés, des consultations au niveau régional et national dans des contextes humanitaires en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient, une analyse approfondie des indicateurs et des outils de mesure couramment utilisés⁴ et de nombreuses analyses par les pairs afin d'établir un consensus. L'annexe 1 fournit des détails sur les analyses universitaires effectuées et la manière dont celles-ci ont été appliquées aux premières versions du Cadre.

Des moyens de vérification pour les six indicateurs d'impact ont été établis après des analyses de la littérature et d'experts. Pour les mesures quantitatives, des critères relatifs à leur accessibilité, leur pertinence contextuelle, leur facilité d'utilisation, leur fiabilité et leur validité ont été évalués. Les pratiques courantes et les conseils d'experts ont éclairé les approches qualitatives incluses. L'annexe 2 fournit des détails sur le processus entrepris pour sélectionner les MoV cités dans le Cadre.

Le Cadre d'évaluation ne couvre pas toutes les initiatives SMSPS possibles ou tous les moyens de vérification disponibles, mais il sera pertinent pour la plupart des actions SMSPS dans les situations d'urgence.

Les six principes clés

Toutes les actions SMSPS entreprises au cours d'une intervention d'urgence doivent veiller à respecter six principes clés décrits dans les directives du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence :

01

Les droits humains et l'équité pour toutes les personnes affectées sont garantis, en protégeant plus particulièrement les personnes exposées à un risque accru de violations des droits humains.

02

Participation des populations locales affectées à tous les aspects de la réponse humanitaire.

03

Ne pas nuire au bien-être physique, social, émotionnel, mental et spirituel et veiller à ce que les actions répondent aux besoins évalués, soient soumises à une évaluation et un contrôle rigoureux, favorisent des réponses culturellement appropriées et reconnaissent les diverses relations de pouvoir entre les groupes participants aux interventions d'urgence.

04

Tirer parti des ressources et capacités disponibles en travaillant avec les groupes locaux, en favorisant l'entraide et en renforçant les ressources existantes.

05

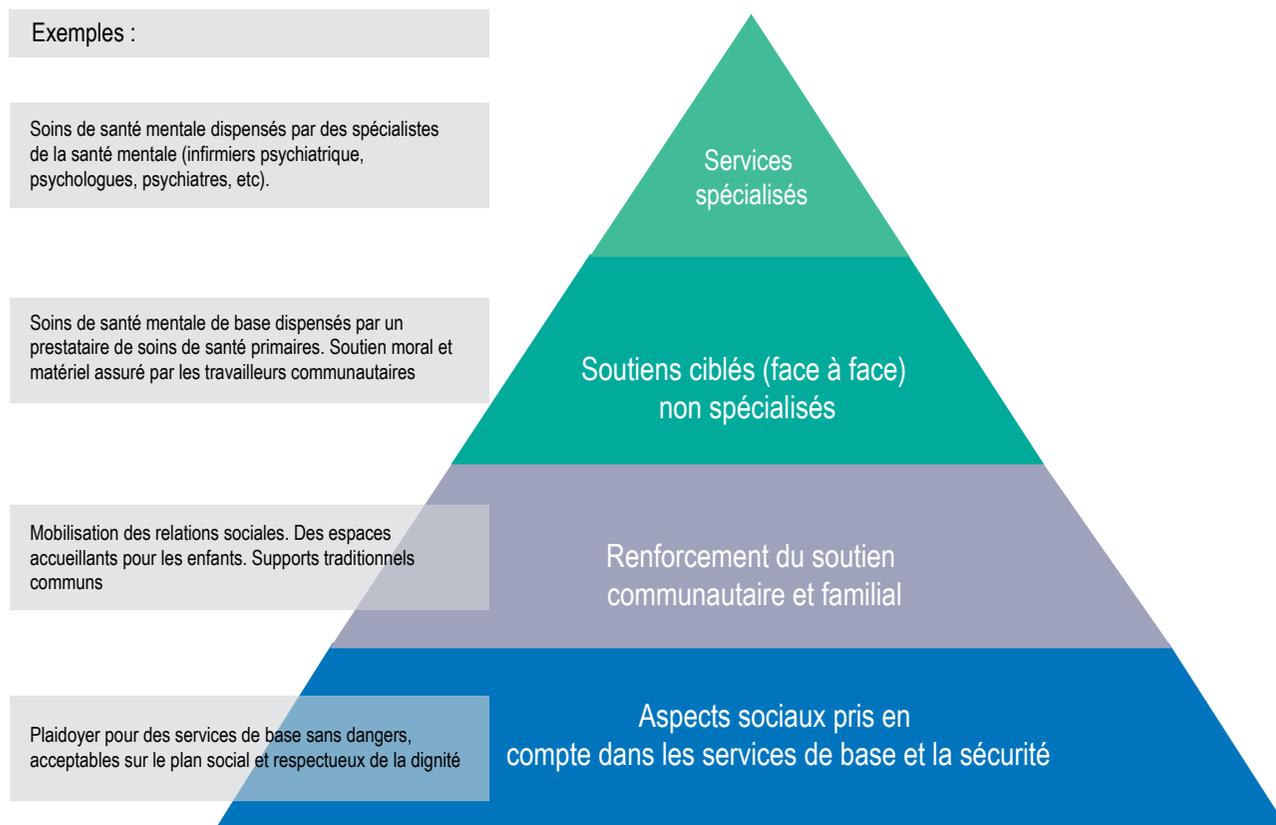
Des systèmes de soutien intégrés afin que la SMSPS ne soit pas un programme isolé fonctionnant en dehors d'autres mesures ou systèmes d'intervention d'urgence (y compris les systèmes de santé).

06

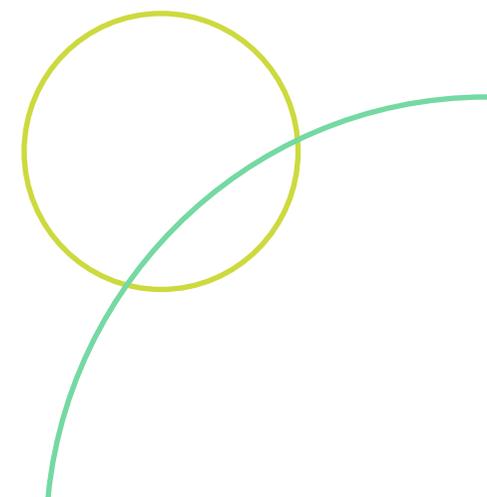
Des dispositifs de soutien à plusieurs niveaux, qui reconnaissent que les personnes sont affectées par les crises de différentes manières et ont besoin de différents types de soutien. Idéalement, ces dispositifs de soutien à plusieurs niveaux doivent être mis en œuvre simultanément (bien que tous les niveaux ne soient pas nécessairement mis en œuvre par la même organisation). Ils sont généralement représentés par une « pyramide des interventions » représentée dans la figure 1.

FIGURE 1

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



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



CHAPITRE 2

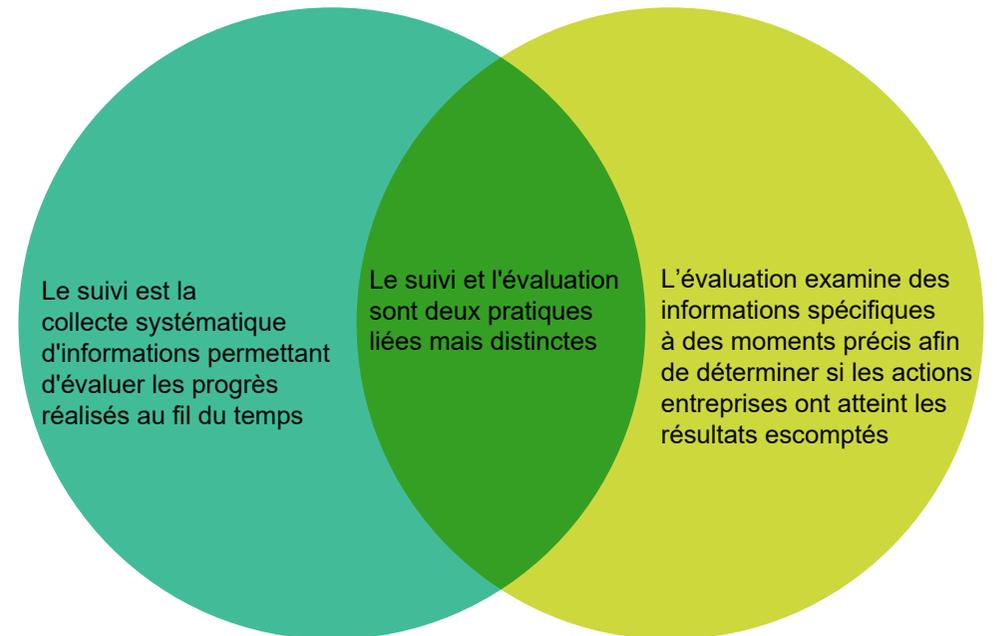
Pourquoi le suivi et l'évaluation sont-ils importants ?

Le suivi et l'évaluation sont nécessaires pour déterminer si un programme, un projet ou une intervention est en voie ou non d'atteindre les résultats souhaités. Lorsqu'ils sont effectués correctement, le suivi et l'évaluation (S&E) utilisent des informations pour démontrer les changements positifs, négatifs, directs ou indirects qui se sont produits ainsi que les objectifs qui ont été atteints ou non, tout en dégagant des enseignements à prendre en compte dans les travaux futurs. Le S&E sert également à l'apprentissage, à la contextualisation, à l'adaptation des programmes et à la responsabilisation. Il est important que les informations de S&E soient diffusées, dans des formats accessibles et acceptables, aux personnes et aux communautés impliquées dans le travail et à toutes autres personnes qui pourraient bénéficier de l'analyse des résultats (par exemple d'autres organisations, des bailleurs de fonds et les autorités gouvernementales nationales ou régionales). Le S&E fait partie des bonnes pratiques de l'action humanitaire et de la programmation et contribue en outre au respect des principes clés des directives du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.

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

FIGURE 2

Différences et liens entre le suivi et l'évaluation⁵



Pour nos besoins dans le contexte de ce document, le terme « **suivi** » désigne les visites et les observations que nous faisons, ainsi que les questions que nous posons, pendant la mise en œuvre d'un programme pour voir si sa progression se déroule comme prévu. L'un des problèmes clés, par exemple, dans le suivi des programmes SMSPS est de veiller à ce que le programme ne nuise pas. Le suivi peut aider à déterminer si tel est le cas.

De même, le terme « **évaluation** », tel qu'il est utilisé ici, désigne l'analyse d'un programme au début, au milieu (si le calendrier le permet) et une fois qu'il est terminé pour voir s'il a atteint les résultats souhaités. Naturellement, il est important de savoir quels sont les résultats souhaités pour pouvoir les évaluer.

Par exemple, un projet peut viser à réduire les symptômes chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale spécifiques. La gravité des symptômes, ainsi que d'autres indicateurs du projet (tels que le nombre d'intervenants impliqués, les facteurs de risque et de protection, ou le nombre de personnes dans les groupes à risque accédant à des moyens de subsistance) peuvent être **suivis** tout au long de la durée du projet.

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

ENCADRÉ 1

UTILISER LE SUIVI ET L'ÉVALUATION POUR ÉVALUER LE RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ⁶

Actuellement, le domaine de la SMSPS est sous-financé. Comment utiliser ces ressources limitées ? Les décideurs sont de plus en plus nombreux à rechercher des informations sur le rapport coût-efficacité, qui est un des facteurs à prendre en compte pour décider comment investir les maigres ressources allouées à la SMSPS. Le « rapport coût-efficacité » désigne ici la comparaison (a) des coûts financiers de différents programmes avec (b) les impacts des programmes tels que mesurés par des indicateurs courants de bien-être (tels que des changements dans le fonctionnement, la santé ou le bien-être subjectif). Il donne ainsi des informations sur l'utilisation optimale des ressources par le projet. Actuellement, il n'existe que très peu de données et très peu de travaux comparatifs sur le rapport coût-efficacité des actions humanitaires, y compris des programmes SMSPS dans les situations d'urgence. C'est une lacune importante. Les agences sont encouragées à travailler avec des économistes spécialisés dans l'aide sociale et la santé pour commencer à collecter des données sur le rapport coût-efficacité, en utilisant les indicateurs liés aux objectifs qui sont définis dans le Cadre d'évaluation.



CHAPITRE 3

Utiliser un langage commun

De nombreuses organisations ont leurs propres approches, terminologies et techniques de S&E. Le langage utilisé pour décrire les composants d'un cadre de S&E varie également. Certaines organisations commencent leurs conceptions avec une « vision » globale ou un « objectif ultime ». Au delà, les termes supplémentaires utilisés peuvent inclure « objectif du projet » ou « objectif principal », tandis que d'autres peuvent utiliser le terme « but du projet ». De même, certaines organisations appellent « résultats » des « objectifs », « réalisations », « produits livrables » ou « activités ». Les « indicateurs » sont parfois appelés « cibles », « indicateurs de succès » ou « moyens de vérification ». Ceux-ci peuvent alors être subdivisés en « indicateurs d'impact », « indicateurs de résultat » ou encore « indicateurs de processus ». Ajoutant à la complexité du S&E dans le secteur humanitaire, les organisations et les bailleurs de fonds utilisent également différents cadres de conception de projet (tels que divers cadres logiques ou théories du changement) et différents « niveaux » de détail dans leur conception. Les organisations diffèrent également quant aux éléments d'un projet qu'elles suivront ou évalueront effectivement.

Le Cadre commun de suivi et d'évaluation pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, décrit dans cette publication, n'est pas destiné à remplacer les structures ou approches de S&E existantes ou privilégiées. Au contraire, le Cadre est organisé d'une manière simple qui permettra aux individus et aux organisations d'utiliser son objectif global et ses résultats en complément de leurs propres cadres de S&E et de la conception spécifique du projet. Ce cadre peut également être considéré comme une approche supplémentaire pour atteindre des objectifs qui se placent davantage au niveau mondial, tels que ceux décrits dans les Objectifs de développement durable (ODD) et/ou le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. **Des informations pratiques sur la manière dont ce Cadre d'évaluation peut être appliqué sont présentées au chapitre 6.**

PRINCIPALE TERMINOLOGIE EMPLOYÉE

Aux fins de ce Cadre d'évaluation, les termes principaux du S&E sont définis comme suit :⁷

Objectif global : Le résultat final spécifique souhaité ou escompté lorsque les résultats du projet sont atteints, au moins partiellement. Les résultats au niveau d'un objectif sont communément appelés **impacts**. Une combinaison de plusieurs programmes peut être nécessaire pour atteindre un objectif global. Exemple : Réduire les souffrances dans la zone cible.

Résultats : Les changements qui surviennent à la suite des activités d'un projet spécifique. Les résultats à ce niveau sont communément appelés les **résultats** du projet. Exemple : Les personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés.

Activités : Le travail effectivement mis en œuvre. Le Cadre d'évaluation ne recommande pas d'activités spécifiques. Cependant, les activités de chaque organisation devront être examinées au regard de la manière dont elles contribuent à la réalisation probable du résultat et, en fin de compte, de l'objectif. **Les résultats au niveau d'une activité sont souvent appelés réalisations.** Exemple : Le personnel des services sociaux est formé aux procédures correctes d'orientation SMSPS.

Indicateurs : Une unité de mesure qui spécifie ce qui doit être mesuré. Les indicateurs visent à déterminer si l'impact, les résultats ou les réalisations souhaités ont été atteints ou non. Les indicateurs peuvent être quantitatifs (par exemple, pourcentages ou nombre de personnes) ou qualitatifs (tels que perceptions, qualité, type, connaissances, capacité).

OBJECTIF GLOBAL DU CADRE D'ÉVALUATION :

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

PRINCIPALE TERMINOLOGIE EMPLOYÉE (SUITE)

- » **Indicateur d'impact :** Dans le Cadre, les indicateurs d'impact sont alignés sur l'énoncé de l'objectif et visent à refléter le résultat (ou l'impact) des actions à une échelle sociale, institutionnelle (ou organisationnelle) plus large. Exemple : Amélioration du fonctionnement. Il existe différentes méthodes pour mesurer l'impact, qui font appel à des indicateurs aussi bien quantitatifs que qualitatifs. Dans le Cadre, l'impact est reconnu comme un changement au niveau de la personne ainsi qu'à celui du collectif ou du groupe.
- » **Indicateur de résultat :** Dans le Cadre, les indicateurs de résultat sont alignés sur les énoncés de résultats et visent à refléter les changements survenus pour des personnes ou des groupes de personnes en conséquence d'un programme ou une intervention SMSPS spécifique. Exemple : Nombre de personnes qui reçoivent une prise en charge clinique des problèmes de santé mentale, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives par le biais de services médicaux (soins de santé primaires, secondaires ou tertiaires).
- » **Indicateur de réalisation :** Dans ce Cadre, les indicateurs de réalisation sont alignés sur le plan d'activité et visent à indiquer si l'activité planifiée a été réalisée comme prévu. Étant donné que les indicateurs de résultat sont liés à des activités spécifiques, ils ne sont pas couverts dans ce Cadre global. Exemple : Nombre de membres du personnel des services sociaux formés aux procédures d'orientation SMSPS.

Généralement, un projet élabore un cadre logique ou une théorie

du changement pour un ou plusieurs résultats. Cependant, il est parfois nécessaire d'effectuer un changement dans plusieurs projets afin d'observer un changement au niveau des indicateurs d'impact et atteindre l'objectif global.

Moyens de vérification (MoV) : L'outil utilisé pour mesurer l'indicateur. Il peut aussi être appelé « mesure » ou « outil de mesure/évaluation » ou « outil de collecte de données ». Un MoV peut produire des données quantitatives ou qualitatives. Dans leur forme la plus simple, les mesures quantitatives fournissent des données numériques, tandis que les données qualitatives produisent des informations descriptives. Les deux approches sont importantes et peuvent fournir un apprentissage précieux. Certains indicateurs peuvent être mesurés de manière plus appropriée par le biais des MoV qualitatifs tandis que d'autres peuvent nécessiter des outils quantitatifs. **Un bon système de S&E doit inclure une combinaison d'approches quantitatives et qualitatives** pour que différents types d'informations puissent être comparés, vérifiés et triangulés (c'est-à-dire s'assurer que vos résultats s'alignent bien) ou pour que des résultats uniques puissent être mis en évidence.

L'objectif et les résultats du Cadre d'évaluation utilisent de nombreux autres termes qui pourraient avoir des significations différentes pour divers praticiens du secteur humanitaire ou du développement, les professionnels de SMSPS ou d'autres responsables de la mise en œuvre. Pour référence et pour confirmer la signification de ces termes dans le contexte du présent Cadre, voir le chapitre 5. Cependant, il est important de confirmer, dès le départ, les termes clés utilisés dans l'objectif du Cadre d'évaluation, notamment :

Souffrance :* Un état de douleur, de détresse ou de difficulté.^{8,9}

Santé mentale : Un état de bien-être (psychologique) (pas seulement l'absence de troubles mentaux) dans lequel chaque individu réalise son propre potentiel, peut faire face aux difficultés normales de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse, et est capable d'apporter une contribution à sa communauté.¹⁰

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

Le terme « santé mentale » est souvent utilisé à tort pour signifier simplement l'absence de maladie mentale. Cependant, les termes « santé mentale » et « bien-être psychosocial » se recoupent. La santé mentale est indissociable du bien-être psychosocial, et vice versa. Le terme combiné « santé mentale et bien-être psychosocial » est souvent utilisé pour désigner l'objectif combiné de divers organismes et praticiens qui travaillent dans le domaine de la SMSPS.

* La souffrance peut être individuelle et/ou collective (Kleinman, A, Das V, Lock MM, éd. Social Suffering. University of California Press, Berkeley; 1997). Les individus peuvent souffrir de manière spécifique et à la suite d'une variété d'expériences, mais c'est généralement dans un contexte social (ou mondial) plus large qui détermine ce qu'est la souffrance. Par conséquent, les individus peuvent également souffrir collectivement face à certains événements et structures sociales (par exemple, les structures sociales, politiques, économiques et humanitaires).

CHAPITRE 4

Objectif et résultats du Cadre d'évaluation

Chaque programme, projet ou activité SMSPS nécessitera un cadre de S&E qui lui est propre et qui est pertinent et approprié à sa conception. Cependant, pour établir des données probantes sur la SMSPS à l'échelle mondiale et démontrer son efficacité dans les situations d'urgence, diverses interventions SMSPS devront mesurer certains indicateurs communs d'impact et de résultat. L'objectif, les résultats et les indicateurs associés définis dans le Cadre commun de suivi et d'évaluation pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (voir pages 19 à 22) reflètent la nécessité d'un plus grand partage des connaissances et d'une amélioration des programmes SMSPS dans les interventions d'urgence.

On ne s'attend pas à que chaque initiative SMSPS mise en œuvre par chaque organisation rende compte de chaque objectif, impact ou indicateur de résultat énoncé dans le Cadre d'évaluation. Cependant, à mesure que l'utilisation du Cadre d'évaluation se développe, le domaine de la SMSPS commencera à construire un langage et une compréhension partagés sur les pratiques les plus appropriées dans les situations d'urgence.

L'OBJECTIF GLOBAL DU CADRE

L'objectif global du Cadre d'évaluation est : **Réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial.**

Cet objectif comporte deux éléments importants :

- » Premièrement, l'objectif de réduire la souffrance, conforme à l'impératif établi dans la Charte humanitaire selon lequel « il faut agir pour prévenir ou alléger la souffrance humaine résultant d'une catastrophe ou d'un conflit ».¹¹
- » Deuxièmement, l'objectif se concentre sur la SMSPS en affirmant que l'objectif est d'améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des personnes.

Suivre les principes clés des directives du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, aider à répondre aux besoins fondamentaux des personnes ou cibler la réduction des symptômes des problèmes de santé mentale sont toutes des actions susceptibles d'améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial et/ou de réduire la souffrance. Enfin, cet objectif suggère que tout programme de SMSPS devrait chercher à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des populations affectées par une crise humanitaire ou à réduire les différentes manières dont elles vivent la souffrance.

INDICATEURS D'IMPACT

- » **Fonctionnement** : Par exemple, la capacité d'effectuer les activités essentielles du quotidien, qui différeront selon des facteurs tels que la culture, le genre et l'âge.
- » **Bien-être subjectif** : Les aspects du bien-être subjectif qui pourraient être mesurés comprennent le fait de se sentir calme, en sécurité, fort, optimiste, capable, reposé, intéressé ou heureux, et de ne pas se sentir impuissant, déprimé, anxieux ou en colère.*
- » Ampleur d'un état de **détresse invalidante prolongée et/ou présence d'un trouble mental, neurologique ou lié à l'utilisation de substances psychoactives** (ou symptômes associés).
- » **Capacité des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale à faire face** aux problèmes (par exemple, grâce à des compétences de communication, de gestion du stress, de résolution de problèmes, de gestion des conflits ou à des compétences professionnelles).
- » **Comportement social** : Par exemple, aider les autres, comportement agressif, recours à la violence ou actes discriminatoires.
- » **Liens sociaux** : Cela fait référence à la qualité et au nombre de liens qu'une personne a (ou pense avoir) avec d'autres personnes dans son cercle familial, amical et de connaissances. Les liens sociaux peuvent également aller au-delà du cercle social immédiat et s'étendre, par exemple, à d'autres communautés.¹³

MOYENS DE VÉRIFICATION (MOV) POUR LES INDICATEURS D'IMPACT

Sur la base des définitions des six indicateurs d'impact, les MoV ont été déterminés par le biais d'un processus d'analyse systématique et pour différentes tranches d'âge. Le tableau 1 fournit un résumé des MoV quantitatifs recommandés pour ces indicateurs. Les tableaux 2 et 3 résument les MoV qualitatifs recommandés. Cependant, la sélection d'un MoV repose sur une série de considérations importantes et devant faire l'objet d'une analyse attentive. Des informations sur les étapes de ce processus sont fournies au chapitre 8. Des informations spécifiques aux MoV, y compris des références, des liens, des restrictions de droits d'auteur et d'autres conseils pour leur utilisation, sont fournies dans les annexes 8 et 9.

Les MoV pour les indicateurs de résultat ne sont pas fournis ou recommandés dans ce guide, bien que certains MoV qui y sont inclus puissent néanmoins être utiles pour mesurer ces indicateurs. Les indicateurs de résultat varieront en fonction de la conception du programme. Des informations sont fournies dans ce guide sur la sélection du MoV approprié et sur l'adaptation du MoV (voir chapitre 8). De nombreux indicateurs de résultat SMSPS ne nécessitent pas l'utilisation d'outils spécifiques à la SMSPS mais peuvent nécessiter l'accès à certains types d'informations. Par exemple, le MoV permettant d'évaluer le résultat « Pourcentage d'établissements médicaux, d'établissements de services sociaux et de programmes communautaires dont le personnel est formé à reconnaître les problèmes de santé mentale et à soutenir les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale » (05.1) ne nécessiterait pas d'outils SMSPS, mais plutôt l'accès à des registres indiquant le nombre d'employés ayant la formation appropriée pour chaque établissement.

L'OBJECTIF DE CE CADRE

L'objectif du Cadre d'évaluation est d'encourager l'utilisation d'un certain nombre de résultats et d'indicateurs et l'utilisation d'outils communs en tant que MoV pour constituer une base de données SMSPS et mieux informer ceux qui travaillent dans ce domaine sur les objectifs et les impacts importants. Pour y parvenir, il est recommandé que chaque programme ou projet de SMSPS utilise :

- » l'objectif global de ce Cadre ;
- » au moins UN indicateur d'impact, plus
- » au moins UN MoV recommandé lié à cet indicateur d'impact, plus
- » au moins UN indicateur de résultat du Cadre d'évaluation.

* Le « bien-être subjectif » fait référence à tous les différents types d'évaluation, à la fois positives et négatives, que les gens font concernant leur vie. Cela comprend des évaluations cognitives réfléchies, telles que la satisfaction par rapport à sa vie ou son travail, l'intérêt et l'engagement, et les réactions émotionnelles aux événements de la vie, telles que des sentiments de joie ou de tristesse.¹² Divers aspects du bien-être subjectif peuvent être mesurés pour refléter cet indicateur d'objectif.

TABLEAU 1. RÉSUMÉ DES MOYENS DE VÉRIFICATION (MOV)* QUANTITATIFS POUR LES INDICATEURS D'IMPACT PAR TRANCHE D'ÂGE

Pour plus de détails sur chaque MoV, veuillez vous reporter à l'annexe 8.**

Tranche d'âge	Fonctionnement	Bien-être subjectif	Détresse/symptômes invalidants	Adaptation	Comportement social	Liens sociaux
0-5	Outil d'évaluation du développement au Malawi (MDAT)		MSF PSYCa (6-36 mois)		Outil d'évaluation du développement au Malawi (MDAT)	Outil d'évaluation du développement au Malawi (MDAT)
	Indice de développement de la petite enfance et indicateurs de prise en charge familiale dans l'enquête à indicateurs multiples (MICS)		MSF PSYCa (3-6 ans)		Indice de développement de la petite enfance et indicateurs de prise en charge familiale dans l'enquête à indicateurs multiples (MICS)	
	Échelle d'évaluation de la déficience (IRS)					
6-11	Échelle d'évaluation de la déficience (IRS)	Échelle de bien-être des enfants de Stirling (SCWBS)	Outil de dépistage de la détresse psychosociale chez l'enfant (CPDS)	Échelle d'évaluation de l'optimisme chez l'enfant (CHS)	Questionnaire sur les forces et les faiblesses (SDQ)	Échelle de perception des liens sociaux - Révisée (SCS-R)
			Questionnaire sur les forces et les faiblesses (SDQ)	Mesure de la résilience chez les enfants et les jeunes (CYRM)	Échelle de sollicitude à l'égard d'autrui	Programme d'inventaire de soutien social (SSIS)
			Échelle-25 révisée d'anxiété et de dépression chez l'enfant (RCADS-25)***			

* La majorité des développeurs des mesures incluses dans ce cadre ont été contactés et invités 1) à donner leur autorisation et leur approbation pour l'inclusion de la mesure et 2) à fournir des conseils sur les descriptions de son utilisation. Cependant, malgré des tentatives réelles et répétées, dans certains cas, le ou les développeurs d'origine n'ont pas pu être contactés et il n'a pas été possible d'obtenir leur autorisation et leurs conseils. Dans ces cas, les mesures sont incluses ici et décrites conformément aux conseils publiés sur leur utilisation.

** Les moyens de vérification (MoV) inclus dans ce tableau ont été identifiés et évalués grâce à des consultations avec des experts du contenu ainsi qu'à des analyses de la littérature pertinente. Ces mesures peuvent ne pas représenter l'intégralité des outils d'évaluation appropriés disponibles dans chaque domaine et peuvent également ne pas être pertinentes dans tous les contextes. Les organisations ne sont pas tenues d'utiliser uniquement ces MoV spécifiques. Ils sont plutôt présentés à titre indicatif. Les utilisateurs sont également encouragés à utiliser des MoV validés localement lorsqu'ils sont disponibles ou à adapter des MoV existants.

*** Certains des MoV recommandés dans ce cadre (par exemple, PHQ-9, TAG-7, PCL-5, RCADS-25, AUDIT, ASSIST) sont des mesures d'auto-évaluation de concepts cliniques. Ces mesures ne sont pas recommandées comme moyen d'estimer la prévalence exacte des problèmes de santé mentale (c'est-à-dire combien de personnes souffrent d'un problème dans une population). Des études ont montré que les mesures d'auto-évaluation surestiment généralement les taux de troubles de santé mentale.^{14,15,16} Elles sont incluses ici, car elles peuvent être utiles pour donner une indication approximative de l'impact d'un programme ou d'un projet SMSPS sur la détresse tels que les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique. Comme déjà mentionné dans ce guide, les utilisateurs de ces MoV doivent accorder une attention particulière aux preuves de validité dans le contexte local ou dans des contextes similaires avant d'utiliser ces mesures.

Le RCADS-25 a été développé pour être utilisé avec des enfants et des adolescents de 8 ans et plus.

Tranche d'âge	Fonctionnement	Bien-être subjectif	Détresse/symptômes invalidants	Adaptation	Comportement social	Liens sociaux
12-17	Échelle d'évaluation de la déficience (IRS)	Échelle de bien-être des enfants de Stirling (SCWBS)	Outil de dépistage de la détresse psychosociale chez l'enfant (CPDS)	Échelle d'évaluation de l'optimisme chez l'enfant (CHS)	Questionnaire sur les forces et les faiblesses (SDQ)	Échelle de perception des liens sociaux – Révisée (SCS-R)
		Échelle courte du bien-être mental de Warwick-Édimbourg (SCWBS)	Questionnaire sur les forces et les faiblesses (SDQ)	Questionnaire sur la résilience de l'IFRC-PIA	Échelle de sollicitude à l'égard d'autrui	Programme d'inventaire de soutien social (SSIS)
		Échelle de satisfaction et de frustration des besoins psychologiques de base	Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT)			
			Échelle-25 révisée d'anxiété et de dépression chez l'enfant (RCADS-25)*			
18-25 26-59 +60	Échelle 2.0 de l'OMS pour l'évaluation de l'incapacité (WHODAS 2.0)	Échelle des besoins psychologiques de base et de la frustration (BPNFS)	Questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9)	Questionnaire Brief COPE	Questionnaire sur l'agression (AQ)	Sous-échelle des relations sociales WHOQOL
	Profils de résultats psychologiques (PSYCHLOPS)	WHOQOL-BREF	Trouble anxieux généralisé (TAG-7)	Échelle de résilience courte (BRS)	Questionnaire d'évaluation de la relation mère-enfant post-partum (PBQ)	Échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (MSPSS)
		Indice de bien-être cinq de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS-5)	Liste de contrôle du SSPT pour le DSM-5 (PCL-5)**	Échelle d'espoir adulte (AHS)	Échelle de comportement déclaré et prévu (RIBS)	Instrument de cohésion de voisinage (NCI)
		Échelle de discrimination et de stigmatisation (DISC-12)	Test de dépistage de l'alcoolisme, du tabagisme et des substances psychoactives (ASSIST)		Maladie mentale : Échelle des attitudes du clinicien (MICA-4)	Outil d'évaluation adapté et abrégé du capital social (SASCAT)
		Évaluation des obstacles à l'accès aux soins (BACE)	Test de dépistage de la consommation de drogues (DAST)			Échelle d'Oslo 3 de soutien social (OSSS-3)
		Profils de résultats psychologiques (PSYCHLOPS)	Évaluation des obstacles à l'accès aux soins (BACE)			Échelle de discrimination et de stigmatisation (DISC-12)
			Profils de résultats psychologiques (PSYCHLOPS)			

* Le RCADS-25 a été développé pour être utilisé avec des enfants et des adolescents de 8 ans et plus.

** Le PCL-5 est utilisé pour évaluer les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Alors que le TSPT est inclus dans la CIM-11 approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé et est donc soutenu à l'échelle mondiale par les gouvernements, le TSPT est une construction clinique qui ne saisit que certains aspects de la détresse vécue par les populations affectées par une situation d'urgence. Dans de nombreuses crises humanitaires, il existe une tendance à se focaliser de façon trop étroite sur le SSPT, et le concept de SSPT est souvent un sujet de débat parmi les agences humanitaires, les communautés universitaires et les cliniciens.

TABLEAU 2. RÉSUMÉ DES APPROCHES QUALITATIVES DES MOYENS DE VÉRIFICATION (MOV) ET EXEMPLES DE MÉTHODES*

Pour tous les détails sur chaque MoV, veuillez consulter l'annexe 9.

Moyens de vérification	Description	Exemples de méthodes*
Cartographie	La cartographie consiste à connecter certains aspects d'un individu (par exemple une carte corporelle pour identifier des zones de douleur ou de détresse), de sa communauté (par exemple identifier des lieux où les enfants se sentent en sécurité ou pas) ou de ses liens sociaux (par exemple identifier des soutiens sociaux)	La cartographie des risques et des ressources demande aux participants de cartographier les risques et les ressources dans leur communauté
		La cartographie sociale demande aux participants de cartographier leurs relations sociales avec différentes personnes qu'ils rencontrent dans leurs vies
		Les marches transects consistent à se promener avec les participants dans leur lieu de travail afin d'identifier les zones d'importance
		La cartographie corporelle consiste à décrire le corps et à identifier les zones importantes (par exemple celles où l'on ressent la douleur ou la détresse)
		La ligne de vie demande aux participants de tracer une ligne de vie comprenant des événements importants et de discuter de l'impact des actions de SMSPS
Discussions de groupe	La communauté ou des membres du groupe sont rassemblés pour parler des bienfaits et des impacts d'interventions ou de projets spécifiques. Des approches ou des indications spécifiques peuvent être utilisées pour engager la conversation et collecter des données	Les discussions de groupe (DdG) classiques consistent à faire participer les membres du groupe à des conversations interactives ouvertes ou semi-structurées sur des sujets d'intérêt, tels que des projets, des interventions, des résultats ou des indicateurs
		Des cartes ou des indications visuelles peuvent être utilisées pour susciter la discussion sur les résultats et les indicateurs
		Le classement demande aux groupes de classer les questions ou les sujets d'intérêt par ordre de priorité
		La liste libre demande aux groupes d'identifier les questions qui les concernent

* De multiples méthodes énumérées dans le tableau 2 peuvent être pertinentes pour plus d'un MoV. Par exemple, des cartes ou des indications visuelles peuvent être utilisées pour les groupes de discussion et pour les interviews individuelles. Cela est également vrai pour beaucoup d'autres exemples de méthodes qui ont été énumérées. L'annexe 9 inclut de brefs conseils et des liens vers des ressources pour aider à mettre en œuvre ces méthodes.

De nombreux MoV qualitatifs peuvent aussi être utilisés pour approfondir et mettre davantage en contexte l'analyse des résultats quantitatifs des MoV.

Moyens de vérification	Description	Exemples de méthodes*
Entrevues	Ces approches consistent à interviewer les participants et peuvent être menées au moyen de nombreuses méthodes différentes	Des interviews ethnographiques courtes peuvent être réalisées pour recueillir et évaluer des indicateurs de bien-être
		Des interviews d'informateurs clés (KIIs) peuvent être réalisées à la suite d'une activité de SMSPS pour évaluer les résultats
		Le changement le plus significatif (MSC) est une méthode systématique qui consiste à recueillir des récits au sujet des résultats
		PSYCHLOPS est un outil structuré composé de méthodes combinées qui demande aux participants d'évaluer le niveau de leurs problèmes individuels avant, pendant et après une intervention
		La liste libre demande aux participants d'identifier et de classer les problèmes par ordre de priorité
		Des cartes ou des guides visuels peuvent être utilisées pour susciter la discussion sur les résultats et les indicateurs
Observation et documentation	Ces approches consistent à observer des individus ou des groupes dans des contextes différents et à analyser la documentation pertinente sur le projet. L'observation peut aussi être utilisée pour évaluer la mise en œuvre ainsi que l'adhésion aux protocoles d'intervention. Des approches structurées et des listes de contrôle sont conseillées pour assurer la fiabilité	L'observation au cours des sessions d'une activité peut être utilisée afin d'évaluer les résultats pertinents
		L'observation dans la communauté peut aussi être utilisée afin d'évaluer les résultats pertinents
		L'analyse de la documentation consiste à analyser les données ou les informations relatives à un projet pour en évaluer l'impact
Méthodes créatives de génération de données	Ces approches proposent des façons innovantes et uniques de stimuler les participants à transmettre des informations et de collecter des données qualitatives. L'interprétation de ces données exigera des approches structurées afin de maximiser la validité et la fiabilité	Des entrées de journal demandent aux participants de documenter leurs expériences dans un journal qui peut ensuite être analysé
		Le récit ou la création d'histoires demande aux participants de raconter une histoire à propos de leur expérience
		L'approche Photovoice consiste à demander aux participants de documenter leurs vies au moyen de photos

* De multiples méthodes énumérées dans le tableau 2 peuvent être pertinentes pour plus d'un MoV. Par exemple, des cartes ou des indications visuelles peuvent être utilisées pour les groupes de discussion et pour les interviews individuelles. Cela est également vrai pour beaucoup d'autres exemples de méthodes qui ont été énumérées. L'annexe 9 inclut de brefs conseils et des liens vers des ressources pour aider à mettre en œuvre ces méthodes.

De nombreux MoV qualitatifs peuvent aussi être utilisés pour approfondir et mettre davantage en contexte l'analyse des résultats quantitatifs des MoV.

TABLEAU 3. RÉSUMÉ DES APPROCHES QUALITATIVES DE MOV POUR LES INDICATEURS D'IMPACT PAR GROUPE D'ÂGE*

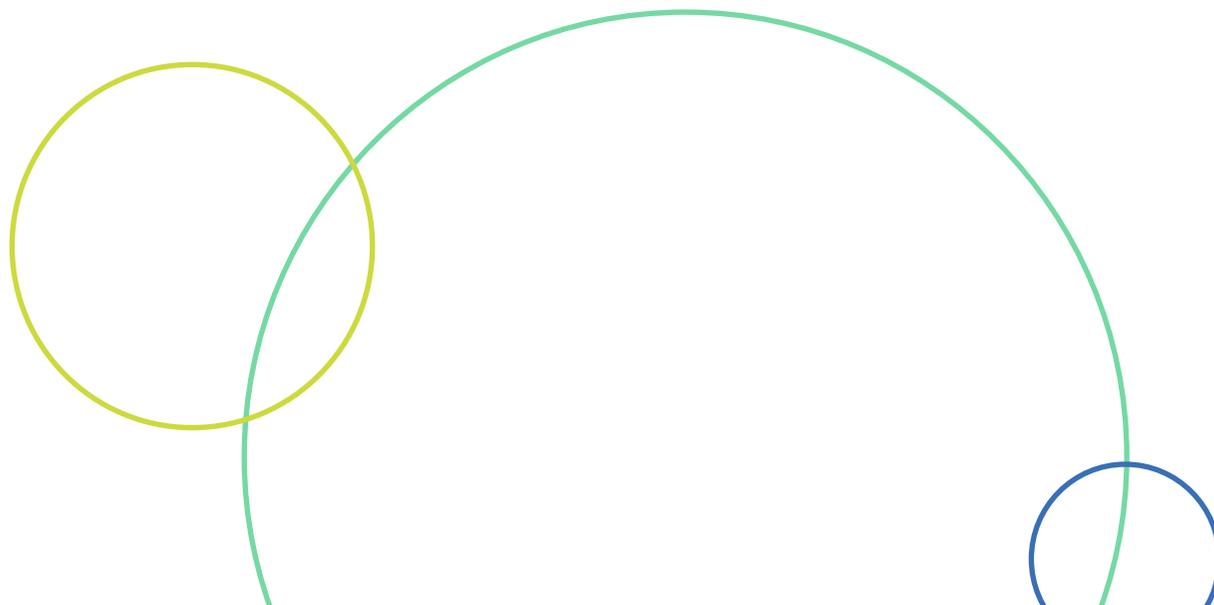
Tranche d'âge	Fonctionnement	Bien-être subjectif	Détresse/symptômes invalidants	Adaptation	Comportement social	Liens sociaux		
0-5	Observations / documentation	Récit	Observations / documentation	Récit	Observations / documentation	Observations / documentation Récit		
6-11	DGD classiques	Cartographie corporelle**	PSYCHLOPS ENFANTS	DGD classiques	Cartographie sociale	Cartographie corporelle** Cartographie des risques et des ressources		
	Entrevues avec des informateurs clés	Cartographie des risques et des ressources		PSYCHLOPS ENFANTS	DGD classiques	Cartographie sociale	Marches transect	
	PSYCHLOPS ENFANTS	Cartographie sociale	Observations / documentation		Récit	PSYCHLOPS ENFANTS	DGD classiques	
		Entrevues avec des informateurs clés					Entrevues avec des informateurs clés	
	Observations / documentation	PSYCHLOPS		PSYCHLOPS ENFANTS				
Récit		Observations / documentation						
12-17	DGD classiques	Cartographie corporelle		Lifeline			Cartes/guides visuels	Classement
		Cartographie des risques et des ressources	Liste libre		Cartographie des risques et des ressources			
	Entrevues ethnographiques courtes	Cartographie sociale	Classement		DGD classiques	DGD classiques	Cartographie sociale	
		Lifeline		Liste libre			Marches transect	
	Changement le plus significatif	Liste libre	Changement le plus significatif		Liste libre	Changement le plus significatif	Liste libre	
		Cartes/guides visuels		Entrevues ethnographiques courtes			Entrevues ethnographiques courtes	
		Entrevues ethnographiques courtes					Entrevues ethnographiques courtes	
	PSYCHLOPS ADOLESCENTS	Changement le plus significatif		PSYCHLOPS ADOLESCENTS	Changement le plus significatif	PSYCHLOPS	Observations / documentation	Entrevues ethnographiques courtes
		PSYCHLOPS						Observations / documentation
			Observations / documentation		Récit	Observations / documentation	Entrées de journal	Photovoice
		Entrées de journal			Récit			
	Observations / documentation	Récit	Observations / documentation	Observations / documentation	Photovoice	Photovoice	Photovoice	
Observations / documentation							Photovoice	

*Les MoV qualitatifs sont indiqués pour chaque indicateur d'impact énuméré dans le tableau 1) et ont un code couleur correspondant à leur description dans le tableau 2. Pour tous les détails sur chaque MoV, veuillez consulter l'annexe 9.

** La cartographie corporelle peut également s'appliquer à des participants âgés de plus de 18 ans en fonction de la culture et du contexte.

Tranche d'âge	Fonctionnement	Bien-être subjectif	Détresse/symptômes invalidants	Adaptation	Comportement social	Liens sociaux	
18-25 26-59 +60	DGD classiques	Lifeline	Lifeline	Liste libre	Liste libre	Liste libre	
				Classement		Classement	
				DGD classiques		DGD classiques	
	PSYCHLOPS	Classement	Liste libre	Changement le plus significatif	Cartes/guides visuels	Classement	Entrevues ethnographiques courtes
					DGD classiques		
	Changement le plus significatif	Cartes/guides visuels	Entrevues ethnographiques courtes		Changement le plus significatif	Entrevues ethnographiques courtes	PSYCHLOPS
		Entrevues ethnographiques courtes	PSYCHLOPS		PSYCHLOPS	Changement le plus significatif	Changement le plus significatif
					Entrevues ethnographiques courtes		Entrées de journal
	Observations/ documentation	Changement le plus significatif	PSYCHLOPS		Observations	PSYCHLOPS	Récit
		PSYCHLOPS		Observations/ documentation	Observations/ documentation	Photovoice	
		Entrées de journal		Observations / documentation	Récit	Observations / documentation	
		Récit		Observations / documentation	Photovoice		

Note sur l'accès aux MoV : L'information nécessaire à l'accès et à l'utilisation des outils qualitatifs et quantitatifs décrits dans les tableaux 1, 2 et 3 ainsi que dans l'ensemble du document se trouve dans les annexes 8 et 9. Ces annexes, les outils d'accompagnement et autres documents d'orientation sont également disponibles sur MHPSS.net et sur la page web suivante : <https://mhps.net/toolkit/mphss-m-and-e-mov-toolkit>



RÉSULTATS DU CADRE

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

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

Le Cadre d'évaluation est résumé dans le tableau 4. Le tableau 5 présente le Cadre dans sa totalité, avec l'objectif, les résultats et les indicateurs. Les chapitres suivants détaillent le lien entre chaque résultat et un ou plusieurs des aide-mémoire des directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, expliquent le principe de chaque résultat et donnent des informations spécifiques sur les termes clés employés dans la formulation de ces résultats et de leurs indicateurs.

TABLEAU 4. RÉSUMÉ DU CADRE D'ÉVALUATION

Objectif : Réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial			
Résultats :			
Au niveau de la communauté	1. Les interventions d'urgence ne causent pas de préjudice et sont respectueuses de la dignité, participatives, propriété de la communauté et acceptables socialement et culturellement	2. Les personnes sont en sécurité, protégées et les violations des droits humains sont combattues	3. Les structures familiales, communautaires et sociales favorisent le bien-être et le développement de tous leurs membres
Au niveau des personnes	4. Les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale	5. Les personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés	
Principes clés sous-jacents : 1. Droits humains et équité ; 2. Participation ; 3. Ne pas nuire ; 4. Services et soutiens intégrés ; 5. Tirer parti des ressources et capacités disponibles ; 6. Dispositifs de soutien à plusieurs niveaux			

TABLEAU 5.

LE CADRE COMMUN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION CONCERNANT LA SANTÉ MENTALE ET LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL DANS LES SITUATIONS D'URGENCE*

Objectif global	Principaux indicateurs d'impact (IO)
<p>Réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial (O)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IO.1. Fonctionnement (par exemple, capacité de réaliser les activités essentielles du quotidien, qui diffèrent en fonction de facteurs tels que la culture, le genre et l'âge) • IO.2. Bien-être subjectif (les aspects du bien-être subjectif qui peuvent être mesurés comprennent le fait de se sentir calme, en sécurité, fort, optimiste, capable, reposé, intéressé ou joyeux, ne pas se sentir impuissant, déprimé, anxieux ou en colère) • IO.3. Ampleur d'un état prolongé de détresse invalidante et/ou présence d'un trouble mental, neurologique et lié à la consommation de substances psychoactives (MNS) (ou symptômes associés) • IO.4. Aptitude des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale à faire face aux problèmes (par exemple, grâce à des compétences en communication, en gestion du stress, en résolution de problèmes, en gestion des conflits ou à des compétences professionnelles) • IO.5. Comportement social (par exemple, aide apportée aux autres, comportement agressif, violence, actes discriminatoires) • IO.6. Liens sociaux : cet indicateur concerne la qualité et le nombre de liens qu'une personne a (ou pense avoir) avec d'autres personnes de son cercle familial, amical et de connaissances. Les liens sociaux peuvent également aller au-delà de l'entourage social direct d'une personne et s'étendre, par exemple, à d'autres communautés. <p>Notez que parmi ces six indicateurs, certains peuvent servir d'indicateurs de résultat, en fonction de la logique du programme (théorie du changement).</p>
Résultats	Principaux indicateurs de résultats (R)
<p>1. Les interventions d'urgence ne causent pas de préjudice et sont respectueuses de la dignité, participatives, propriété de la communauté et acceptables socialement et culturellement (R1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 01.1. Pourcentage de personnes affectées qui indiquent que les interventions d'urgence (i) sont conformes aux valeurs locales, (ii) sont appropriées et (iii) se déroulent de façon respectueuse • 01.2. Pourcentage de personnes affectées qui indiquent participer activement à différentes phases des interventions d'urgence (par exemple, participation à l'évaluation des besoins, à la conception du programme, à sa mise en œuvre et aux activités de S&E) • 01.3. Pourcentage de communautés cibles où la population locale a pu elle-même concevoir, organiser et mettre en œuvre des interventions d'urgence • 01.4. Pourcentage d'intervenants qui sont formés et qui suivent des directives (par exemple les directives du CPI) sur la manière de ne pas nuire • 01.5. Nombre d'événements négatifs que les bénéficiaires estiment être dus aux interventions humanitaires et/ou de SMSPS • 01.6. Nombre de personnes affectées qui ont connaissance des codes de conduite des acteurs humanitaires et des modalités pour faire part de leurs préoccupations concernant des violations • 01.7. Modifications apportées au programme après réception des commentaires qui ont été transmis par le biais de mécanismes de communication des observations • 01.8. Perceptions des besoins qui ont été satisfaits (à savoir, des besoins perçus comme des problèmes graves par les personnes affectées, par exemple concernant le logement ou les moyens de subsistance) • 01.9. Pourcentage de personnes affectées qui indiquent avoir reçu des informations accessibles en temps opportun sur (i) la situation d'urgence, (ii) l'intervention d'urgence et (iii) les méthodes d'auto-assistance pour des attitudes positives d'adaptation / de bien-être

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

Objectif global	Principaux indicateurs d'impact (IO)
<p>2. Les personnes sont en sécurité et protégées, et les violations des droits humains sont combattues (R2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 02.1. Nombre de violations des droits humains signalées • 02.2. Pourcentage de communautés cibles (villages, quartiers ou établissements tels qu'hôpitaux psychiatriques ou orphelinats) qui ont des mécanismes formels ou informels pour assurer la protection, le suivi et le signalement des risques pour la sécurité ou des groupes à risque (par exemple les enfants, les femmes, les personnes atteintes de graves troubles mentaux) • 02.3. Pourcentage de communautés cibles dans lesquelles des représentants des groupes cibles participent à la prise de décisions concernant leur sécurité • 02.4. Pourcentage de membres des groupes cibles qui, après formation, utilisent leurs nouvelles connaissances et compétences pour prévenir les risques et orienter les personnes • 02.5. Nombre de membres de groupes à risque (comme les enfants ou les personnes ayant survécu à des violences sexuelles) qui utilisent des espaces sûrs • 02.6. Pourcentage de membres des groupes cibles (tels que l'ensemble de la population ou des groupes à risque) qui se sentent en sécurité • 02.7. Nombre de mécanismes de protection (tels que services sociaux ou réseaux de protection communautaires) et/ou nombre de personnes qui bénéficient de l'aide de mécanismes de protection formels ou informels • 02.8. Nombre de personnes qui ont signalé des violations des droits humains et perceptions concernant la réponse des institutions qui traitent leur demande
<p>3. Les structures familiales, communautaires et sociales favorisent le bien-être et le développement de tous leurs membres (R3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 03.1. Nombre d'enfants réunis avec des membres de leur famille ou qui bénéficient d'autres solutions adéquates de prise en charge selon leurs besoins spécifiques et leur intérêt supérieur • 03.2. Étendue des connaissances et des compétences des parents** concernant le rôle parental et le développement de l'enfant • 03.3. Qualité des interactions entre les parents et les enfants • 03.4. Importance des liens familiaux ou de la cohésion familiale • 03.5. Importance du capital social, à la fois cognitif (degré de confiance et de réciprocité entre communautés) et structurel (appartenance et participation à des groupes sociaux, civils ou communautaires) • 03.6. Pourcentage de communautés cibles (villages ou quartiers) dans lesquelles des mesures ont été prises pour identifier, mobiliser ou renforcer les ressources locales contribuant au bien-être et au développement psychosocial • 03.7. Pourcentage de communautés cibles dans lesquelles des rituels funéraires communautaires ont été organisés • 03.8. Pourcentage de structures sociales, formelles et informelles, qui proposent des activités ou des dispositifs de soutien spécifiques pour la santé mentale et le bien-être psychosocial • 03.9. Nombre de personnes affectées qui utilisent différentes structures sociales, formelles et informelles (écoles ou éducation informelle pour les enfants de tout âge, services de soins, services sociaux, programmes pour le développement de la petite enfance, groupes de femmes et clubs de jeunes) • 03.10. Nombre de personnes dans des groupes à risque qui ont accès à des moyens de subsistance • 03.11. Nombre d'enfants qui ont la possibilité de faire l'apprentissage de compétences socio-affectives adaptées à leur développement

**'Parent' sera utilisé dans ce document pour traduire le mot anglais 'caregiver'

Objectif global	Principaux indicateurs d'impact (IO)
<p>4. Les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale (R4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • R4.1. Nombre de personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale qui indiquent recevoir un soutien adéquat de la part de membres de leur famille • 04.2. Capacité des parents à faire face aux problèmes (grâce, par exemple, à des compétences en matière de gestion du stress, de gestion des conflits, de résolution de problèmes, d'exercice des responsabilités parentales, ou en sachant où trouver de l'aide ou les informations et ressources nécessaires pour obtenir des soins) • 04.3. Importance du capital social des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale (aussi bien cognitif que structurel) • 04.4. Perceptions, connaissances, attitudes (y compris les stigmatisations) et comportements des membres de la communauté, des familles et/ou des prestataires de services envers les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
<p>5. Les personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés (R5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 05.1. Pourcentage d'établissements médicaux, d'établissements de services sociaux et de programmes communautaires dont le personnel est formé à reconnaître les troubles mentaux et à aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale • 05.2. Pourcentage d'établissements médicaux, d'établissements de services sociaux et de programmes communautaires dont le personnel bénéficie d'un encadrement pour reconnaître les troubles mentaux et aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale • 05.3. Pourcentage d'établissements médicaux, d'établissements de services sociaux et de programmes communautaires qui ont et appliquent des procédures pour l'orientation des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale • 05.4. Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient de soins psychosociaux et psychologiques ciblés (premiers soins psychologiques, mise en rapport des personnes ayant des problèmes psychosociaux avec les ressources et services appropriés, gestion des cas, consultations psychologiques, psychothérapie ou autres interventions psychologiques) • 05.5. Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient d'une prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances psychoactives dans le cadre de services médicaux (soins de santé primaires, secondaires ou tertiaires) • 05.6. Nombre de personnes par groupe à risque (par exemple, enfants isolés ou non accompagnés, enfants associés à des groupes armés, personnes ayant survécu à des violences sexuelles) qui bénéficient de soins ciblés (tels que premiers soins psychologiques, mise en rapport des personnes ayant des problèmes psychosociaux avec les ressources et services appropriés, gestion des cas, consultations psychologiques, psychothérapie ou gestion clinique de troubles de la santé mentale) • 05.7. Pourcentage de programmes de SMSPS ciblés disponibles qui offrent des soins fondés sur des données probantes et adaptés à la culture, au contexte et à l'âge du groupe cible • 05.8. Degré de satisfaction des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale et/ou de leur famille concernant les soins dont elles ont bénéficié

CHAPITRE 5

Description des résultats et des indicateurs du Cadre commun

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

Les résultats et indicateurs de résultats correspondants utilisent également une série de termes importants qui peuvent avoir des significations différentes pour différentes personnes. Ce chapitre explique le lien entre les résultats et les directives ainsi que les idées que recouvrent les principaux termes utilisés, aussi bien pour les résultats que pour les indicateurs.



© Claire Marie Whitney

RÉSULTAT



LES INTERVENTIONS D'URGENCE NE CAUSENT PAS DE PRÉJUDICE ET SONT RESPECTUEUSES DE LA DIGNITÉ, PARTICIPATIVES, PROPRIÉTÉ DE LA COMMUNAUTÉ ET ACCEPTABLES SOCIALEMENT ET CULTURELLEMENT

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

Principe : S'attaquer aux facteurs de stress et éviter que des interventions d'urgence inadaptées ne causent des préjudices est essentiel pour favoriser et protéger le bien-être psychosocial, prévenir les situations de détresse et éventuellement les troubles, et pour garantir que la communauté est impliquée et que des mécanismes de sauvegarde et de protection sont en place.

Principaux termes et définitions associés au Résultat 1 :

- **Les interventions d'urgence** comprennent toutes les activités d'intervention d'urgence internationales, nationales et communautaires, dans tous les secteurs (par exemple nutrition, eau et assainissement, santé).
- **Ne pas causer de préjudice** consiste à garantir que les interventions d'urgence n'exposent pas les personnes à des risques (physiques, mentaux, sociaux, matériels, émotionnels ou juridiques) et ne causent pas d'autres préjudices aux populations affectées, y compris des préjudices causés par le personnel humanitaire, des violations des droits humains (notamment des violations de l'intimité et de la dignité) ou la reproduction de déséquilibres préjudiciables (nouveaux ou existants) des pouvoirs dans la prise de décisions.
- **Respectueux de la dignité** fait référence au résultat attendu des interventions d'urgence qui tient compte des préoccupations des personnes affectées, les traite avec respect en tant que sujets et non en tant qu'objets, et permet à des segments des communautés affectées d'informer et de guider l'intervention d'urgence, y compris les personnes ou les groupes qui peuvent nécessiter une attention particulière.
- **Participatif** fait référence à l'implication des membres de la communauté dans l'intervention d'urgence, mais suppose également que cette participation est volontaire, ne vient pas alourdir leur fardeau et tient compte des capacités et de la situation de la population affectée.
- **Propriété de la communauté** fait référence aux actions qui assurent que les personnes – y

compris les membres de groupes marginalisés – contribuent à la définition des priorités, à la planification et à l'exécution du travail destiné à améliorer leur situation. Une appropriation par la communauté se produit lorsque les communautés sont en mesure de prendre des décisions importantes concernant la nature de l'aide apportée et la manière dont elle est apportée. Il faut pour cela mobiliser les communautés et reconnaître et/ou renforcer les capacités des structures communautaires existantes, formelles et informelles.

- **Acceptabilité sociale et culturelle** décrit les interventions d'urgence qui tiennent compte des normes et des valeurs de la population affectée et les respectent durant l'exécution de l'intervention d'urgence. Cela concerne la prise en compte de la diversité des valeurs sociales et culturelles au sein de la population affectée, ainsi que la reconnaissance du fait que les situations d'urgence amènent souvent des changements dans les habitudes communautaires qui peuvent être bien accueillis par certains membres de la communauté mais constituer une source d'inquiétude pour d'autres.*
- **Informations accessibles** fait référence aux informations auxquelles toutes les personnes ont accès de manière équitable et qui sont compréhensibles par tous, et au fait que ces informations sont appropriées d'un point de vue culturel, respectueuses, exactes et utiles. Cela peut vouloir dire que les informations doivent être adaptées pour différents groupes d'âge, groupes linguistiques, genres ou pour des personnes avec des capacités variables (par exemple, accessibles aux personnes handicapées et/ou peu alphabétisées) et potentiellement diffusées de différentes façons (par écrit, avec des illustrations) et/ou à travers de multiples plateformes (par exemple posters, radio, brochures, services aux personnes handicapées). Les informations ne devraient pas être diffusées à certains individus ou groupes, ni inclure de contenus qui pourraient présenter des risques pour certains individus ou groupes (par exemple contenir des informations politiques sensibles).

* Comme certaines pratiques locales peuvent causer des préjudices, les travailleurs humanitaires doivent réfléchir de manière critique et soutenir les pratiques locales seulement si celles-ci sont compatibles avec les normes internationales des droits humains.

INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 1

- **01.1.** Pourcentage de personnes affectées qui indiquent que les interventions d'urgence (i) sont conformes aux valeurs locales, (ii) sont appropriées et (iii) se déroulent de façon respectueuse
- **01.2.** Pourcentage de personnes affectées qui indiquent participer activement à différentes phases des interventions d'urgence (par exemple, participation à l'évaluation des besoins, à la conception du programme, à sa mise en œuvre et aux activités de S&E)
- **01.3.** Pourcentage de communautés cibles où la population locale a pu elle-même concevoir, organiser et mettre en œuvre les interventions d'urgence
- **01.4.** Pourcentage d'intervenants qui sont formés et suivent les directives (par exemple les directives du CPI) sur la manière de ne pas nuire
- **01.5.** Nombre d'événements négatifs que les bénéficiaires estiment être dus aux interventions humanitaires et/ou de SMSPS
- **01.6.** Nombre de personnes affectées qui ont connaissance des codes de conduite des acteurs humanitaires et des modalités pour faire part de leurs préoccupations concernant des violations
- **01.7.** Modifications apportées au programme après réception de commentaires qui ont été transmis par le biais de mécanismes de communication des observations
- **01.8.** Perceptions des besoins qui ont été satisfaits (à savoir, des besoins perçus comme des problèmes graves par les personnes affectées, par exemple concernant le logement ou les moyens de subsistance)
- **01.9.** Pourcentage de personnes affectées qui indiquent recevoir des informations accessibles en temps opportun sur (i) la situation d'urgence, (ii) l'intervention d'urgence et (iii) les méthodes d'auto-assistance pour des attitudes positives d'adaptation / de bien-être.



RÉSULTAT

2

LES PERSONNES SONT EN SÉCURITÉ, PROTÉGÉES ET LES VIOLATIONS DES DROITS HUMAINS SONT COMBATTUES

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

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

Principaux termes et définitions associés au Résultat 2 :

En coordination avec les mécanismes de protection existants, les acteurs de la SMSPS ont un rôle à jouer pour créer des conditions permettant aux membres de la communauté de faire face en toute sécurité aux menaces et aux violations des droits humains.

- **Se sentir en sécurité** peut passer par le fait de : (i) permettre aux membres de la communauté d'identifier les dangers et les menaces, de les prévenir et d'y répondre, (ii) prendre en compte l'effet de ces dangers ou de ces menaces sur le bien-être émotionnel, social et psychologique, (iii) apporter une aide aux personnes victimes de violations des droits, y compris à celles prises en charge de façon formelle ou informelle, lutter contre les risques, les menaces ou les préjudices existants, (iv) mettre en place des systèmes d'orientation fonctionnels, des mesures et des réseaux de responsabilisation, (v) sensibiliser à l'impact des menaces et des violations des droits humains sur les personnes, (vi) aider les communautés à accéder à la justice, (vii) renforcer les capacités des communautés et des États (à savoir les détenteurs d'obligations) pour identifier les risques éventuels, les réduire et y répondre ; ou (viii) lutter contre les conditions sous-jacentes qui peuvent entraîner des violences aux niveaux individuel, familial, des pairs / de l'école, et au niveau communautaire. Soutenir les personnes en situation de détresse ou de maladie peut également améliorer leur protection et les aider à se sentir plus en sécurité. Les personnes qui vivent dans la sécurité et le bien-être sont moins susceptibles d'être victimes ou de commettre des abus, ce qui contribue à lutter contre le cercle vicieux des atteintes à autrui.
- **Être protégé** consiste à garantir que des systèmes sont en place pour contribuer à prévenir ou à réduire l'impact des menaces ou des violations des droits humains. Ce peut être le résultat d'un travail sur la protection des droits et sur la création d'environnements protecteurs. La prise en compte des questions de justice, de réparation ou de droits légaux, ainsi que des actions dans ces domaines, peuvent être nécessaires. Il s'agit notamment de comprendre le contexte et les approches qui permettent aux personnes affectées de gérer les facteurs structurels qui ont une influence sur leur bien-être et sur leur rétablissement.
- **Lutter contre les violations des droits humains** implique des aspects de suivi, de signalement, de documentation et d'accompagnement ou de soutien des personnes de tout âge afin de réclamer justice pour des violations des droits humains, lorsque la situation locale le permet. De nombreux points sont importants pour lutter contre les violations des droits humains, notamment, sans s'y limiter, les suivants :
 - ▶ La situation locale peut conduire au besoin de créer ou de renforcer des procédures afin de lutter contre les violations des droits humains dans le cadre des lois et des coutumes locales.
 - Les mesures pour lutter contre les violations peuvent être prises avant (c'est-à-dire en prévention), pendant ou après que des violations des droits ont été commises.
 - Certains groupes peuvent être particulièrement exposés aux risques de violations des droits et aux préjudices, souvent à cause de leur vulnérabilité ou de discriminations qui existaient avant la situation d'urgence (par exemple les personnes atteintes de troubles mentaux graves, les enfants et les adultes pris en charge en milieu institutionnel, etc.).
 - Les intervenants de SMSPS peuvent collaborer avec les structures ou mécanismes qui traitent des problèmes de sécurité, de protection et de justice, ou avec les communautés, les familles et les personnes qui cherchent à y accéder ou à les impliquer.
 - Un soutien technique peut être nécessaire afin de documenter les violations des droits humains, mais aussi d'assurer la sécurité, la protection et une gestion éthique des informations personnelles.



INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 2

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

RÉSULTAT

3

LES STRUCTURES FAMILIALES, COMMUNAUTAIRES ET SOCIALES FAVORISENT LE BIEN-ÊTRE ET LE DÉVELOPPEMENT DE TOUS LEURS MEMBRES

Lien avec les résultats énoncés dans les aide-mémoire sur les directives du CPI : 5.2, 5.3, 5.4, 7.1, 8.2

Principe : Le développement humain, la santé mentale et le bien-être psychosocial s'affirment dans un contexte de relations et de liens sociaux souvent bouleversés dans des situations d'urgence. Cela peut avoir des répercussions négatives sur le bien-être. La protection, la restauration et la transformation positive des structures familiales et communautaires peut créer un environnement de soutien pour assurer le bien-être de leurs membres et favoriser un rétablissement psychologique et social.

Principaux termes et descriptions associés au Résultat 3 :

» **La famille, la communauté et les structures sociales** (parfois considérées comme des « systèmes ») peuvent être formelles ou informelles. Elles peuvent offrir un environnement pour la cohésion sociale et l'instauration de la confiance, afin que les personnes puissent bénéficier du soutien d'un réseau social plus étendu. Des soutiens sociaux, communautaires et familiaux permettent aux personnes d'apprendre et de s'adapter constamment afin de suivre les étapes de leur développement. Cela est particulièrement vrai pour les enfants et les adolescents, mais peut l'être aussi pour les adultes qui doivent parfois s'adapter aux changements de circonstances au cours de leur vie, ou tirer parti des possibilités qui se présentent. Ces structures sont, par exemple (mais sans s'y limiter) les systèmes de recherche et de réunification des familles, les structures d'éducation formelle, les systèmes religieux ou spirituels, les pratiques traditionnelles des communautés, les structures de soins, les institutions ou structures informelles telles que les

groupes de femmes, les organisations / clubs pour les enfants ou les jeunes, ou les groupes de sensibilisation.

- » **Le développement**, au sens de développement humain, peut être défini comme ayant deux dimensions :¹⁷ (i) l'amélioration directe des aptitudes humaines, qui assure une vie longue et en bonne santé, des connaissances et un niveau de vie décent, et (ii) la création de conditions permettant aux personnes de participer à la vie politique et communautaire, d'œuvrer en faveur de la durabilité environnementale et de vivre dans la sécurité, le respect des droits et l'égalité des genres. Le développement humain s'accomplit tout au long du cycle de la vie. Il concerne donc tous les groupes d'âge, suit des étapes adaptées à l'âge et contribue à aider les gens, de façon individuelle ou collective, à multiplier leurs choix, leurs opportunités et leurs possibilités afin qu'ils aient une chance raisonnable de mener une vie productive et créative qu'ils apprécient.
- » **« Tous les membres »** fait référence au fait que ces structures doivent inclure tous les membres de la communauté (à savoir toutes les personnes, quels que soient leur âge, leur genre, leur niveau d'éducation, leur état de santé ou de handicap, leur situation familiale, leur appartenance à un groupe religieux ou ethnique / social, etc.).

INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 3

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

* Bien qu'il n'existe pas de définition communément admise de la cohésion sociale, les définitions actuelles mettent l'accent sur le sentiment d'appartenance, la participation, le degré d'attachement au groupe et le partage (équitable) des résultats sociaux et économiques.¹⁸

RÉSULTAT

4

LES COMMUNAUTÉS ET LES FAMILLES SOUTIENNENT LES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET DE SANTÉ MENTALE

Lien avec les résultats énoncés dans les aide-mémoire sur les directives du CPI : 5.2, 5.3, 5.4, 6.3, 6.4, 6.5

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

Principaux termes et définitions associés au Résultat 4 :

- » **Les problèmes psychosociaux et de santé mentale** peuvent inclure les problèmes sociaux (tels que la discrimination ou la violence sexuelle), la détresse psychologique, les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives (MNS), les handicaps intellectuels ou une combinaison de plusieurs de ces problèmes.
- » **La communauté** comprend les membres de la communauté, les institutions formelles et non formelles (par ex. écoles, établissements de santé, institutions religieuses, groupes de soutien aux aidants et relève de proximité).
- » **Le soutien de la famille et de la communauté** intervient lorsque :
 - ▶ La famille contribue à répondre aux besoins individuels des personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale (par exemple en tenant compte de leur détresse psychologique ou en les aidant dans les tâches du quotidien).
 - ▶ Les membres de la communauté apportent un soutien (par exemple en organisant des pratiques culturelles ou de guérison, en proposant un emploi et/ou en encourageant les autres membres de la communauté à les respecter et à les inclure - par exemple en luttant contre la discrimination ou en favorisant activement l'inclusion sociale).

- ▶ Les institutions de la communauté facilitent l'accès et l'inclusion des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale (par exemple en permettant aux personnes atteintes de troubles mentaux graves d'accéder à des moyens de subsistance ou en intégrant les enfants atteints de troubles du développement dans le système éducatif).
- ▶ La communauté et la famille tentent de réduire leur souffrance en allégeant leur charge de stress, de crainte, d'insécurité et de discrimination, et en aidant les autres à accroître leurs contributions fonctionnelles à la vie communautaire et familiale. La communauté et la famille peuvent être mobilisées pour aider des personnes et des groupes qui n'ont pas de réseaux de soutien, comme les enfants devenus orphelins ou d'autres personnes nécessitant une protection particulière.

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



INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 4

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

RÉSULTAT

5

LES PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET DE SANTÉ MENTALE REÇOIVENT DES SOINS CIBLÉS APPROPRIÉS

Lien avec les résultats énoncés dans les aide-mémoire sur les directives du CPI : 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 8.2

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

Principaux termes et définitions associés au Résultat 5 :

- » **Les problèmes psychosociaux et de santé mentale** peuvent inclure les problèmes sociaux (tels que la discrimination ou la violence sexuelle), la détresse psychologique, les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives (MNS), les handicaps intellectuels ou une combinaison de plusieurs de ces problèmes.
- » **Le recours à des soins ciblés** appropriés indique que les soins ciblés prodigués à la personne ont été mis en œuvre et utiles d'une ou plusieurs manières (par exemple, amélioration des aptitudes fonctionnelles ou d'adaptation, réduction des symptômes du trouble mental, augmentation du soutien social, diminution des problèmes sociaux, etc., sans effet négatif important). Pour que ces soins ciblés soient aussi bénéfiques que possible, il faut entreprendre des démarches et des interventions réalisables, fondées sur des données probantes, et répondant à des besoins spécifiques. Des soins ciblés adaptés et permettant de répondre aux besoins de groupes spécifiques, tels que les enfants, les femmes et filles, les personnes ayant des problèmes de

développement ou celles qui vivent avec d'autres handicaps.

- **Des soins appropriés** signifie que les personnes reçoivent individuellement une aide et un traitement adaptés à leurs besoins, conformément aux instruments internationaux relatifs aux droits humains.* Cela implique que « l'accès à des soins appropriés » est inclusif, disponible, accessible, acceptable et de bonne qualité. Cet accès approprié devrait être assuré par les détenteurs d'obligations (par ex. les États) mais il peut l'être temporairement par des acteurs non étatiques (par ex. des organisations non gouvernementales), dans des contextes d'urgence, de rétablissement et de développement.
- **Des soins ciblés** peuvent être prodigués par des professionnels spécialisés (comme des psychiatres qualifiés, des travailleurs sociaux, des psychologues, etc.), des conseillers / assistants non professionnels formés ou des prestataires de services formés et pas nécessairement spécialisés dans la SMSPS (comme des infirmiers / médecins généralistes, des agents de santé communautaires et des enseignants). Les soins ciblés vont des services communautaires à l'hospitalisation, et d'un soutien informel à un soutien formel.**

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

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

INDICATEURS ASSOCIÉS AU RÉSULTAT 5

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

- » **R5.1.** Pourcentage d'établissements médicaux, d'établissements de services sociaux et de programmes communautaires dont le personnel est formé à reconnaître les troubles mentaux et à aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- » **R5.2.** Pourcentage d'établissements médicaux, d'établissements de services sociaux et de programmes communautaires dont le personnel bénéficie d'un encadrement pour reconnaître les troubles mentaux et aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- » **R5.3.** Pourcentage d'établissements médicaux, d'établissements de services sociaux et de programmes communautaires qui ont et appliquent des procédures pour l'orientation des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale
- » **R5.4.** Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient de soins psychosociaux et psychologiques ciblés (premiers soins psychologiques, mise en lien des personnes ayant des problèmes psychosociaux avec les ressources et services appropriés, gestion des cas, consultations psychologiques, psychothérapie ou autres interventions psychologiques)
- » **R5.5.** Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient d'une prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances psychoactives (MSN) dans le cadre de services médicaux (primaires, secondaires ou tertiaires)
- » **R5.6.** Nombre de personnes par groupe à risque (par exemple, enfants isolés ou non accompagnés, enfants associés à des groupes armés, personnes ayant survécu à des violences sexuelles) qui bénéficient de soins ciblés (tels que premiers soins psychologiques, reliant les personnes ayant des problèmes psychosociaux à des ressources et des services,

gestion de cas, consultations psychologiques, psychothérapie ou gestion clinique de conditions de santé mentale)

- » **R5.7.** Pourcentage de programmes disponibles de SMSPS ciblés qui offrent des soins fondés sur des données probantes et adaptés à la culture, au contexte et à l'âge du groupe cible
- » **R5.8.** Degré de satisfaction des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale et/ou de leur famille concernant les soins dont elles ont bénéficié.



CHAPITRE 6

Conseils pratiques pour l'utilisation du Cadre d'évaluation

Chaque programme de SMSPS est unique. Les programmes de SMSPS et la manière dont ils vont être mis en œuvre dépendent du contexte, des besoins qui ont été déterminés, de l'expérience et des capacités de l'organisation ou des partenaires d'exécution, des ressources locales, ainsi que des capacités, du calendrier, du budget et d'autres considérations. Le but n'est PAS que les programmes de SMSPS utilisent tous les résultats ou indicateurs présentés dans ce Cadre d'évaluation. On ne s'attend pas non plus à ce que les MoV soient toujours les mieux adaptés à ce que vous devez mesurer. Néanmoins, il est recommandé que les programmes SMSPS dans les situations d'urgence ou les plans de S&E comprennent :

- » l'objectif global de ce Cadre ;
- » au moins UN indicateur d'impact, plus
- » au moins UN MoV recommandé lié à cet indicateur d'impact, plus
- » au moins UN indicateur de résultat du Cadre d'évaluation

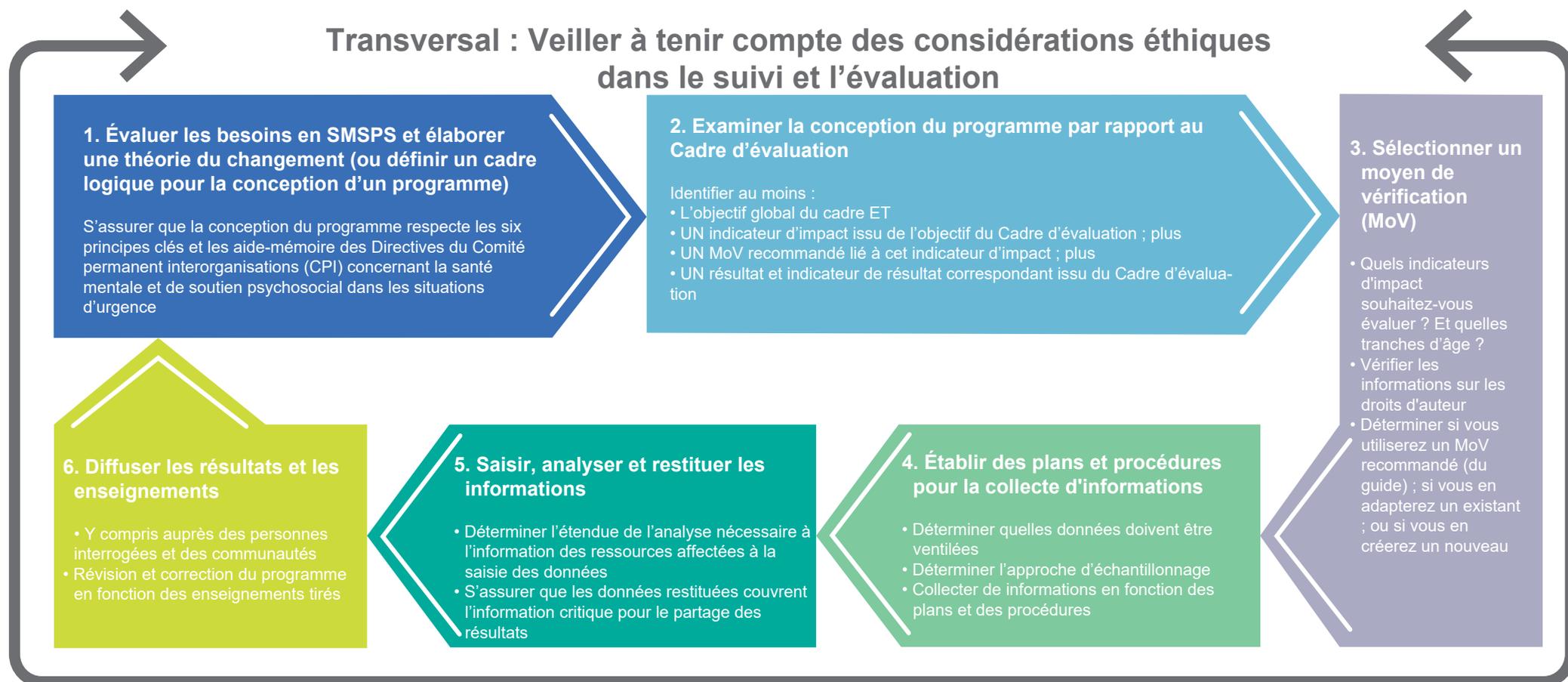
En conjonction avec les mesures d'urgence de coordination (par exemple, des groupes de travail SMSPS dans les interventions d'urgence), les étapes illustrées à la Figure 3 peuvent être suivies pour appuyer l'utilisation de ce Cadre d'évaluation. **Les étapes devraient toujours commencer par une évaluation globale en matière de SMSPS.** En fonction du travail déjà en cours, les informations adéquates en matière de SMSPS pourraient être accessibles auprès d'autres acteurs. Il importe de ne pas oublier que les programmes de SMSPS devraient toujours :

- » être conçus en collaboration avec les communautés affectées ;
- » être cohérents avec les six principes clés et aide-mémoire des Directives du Comité permanent interorganisations (CPI) en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence
- » confirmer la pertinence des indicateurs et MoV avec les communautés dans leur contexte.



FIGURE 3

Diagramme présentant la manière dont des programmes individuels de SMSPS et les plans de S&E peuvent inclure des aspects du Cadre d'évaluation et des moyens de vérification



CHAPITRE 7

Analyser la conception du programme en utilisant le Cadre d'évaluation

Le Cadre d'évaluation peut être utilisé de la façon qui « convient » le mieux à l'objectif, aux résultats

et aux réalisations souhaités de différents programmes de SMSPS. Ce Cadre a été conçu de façon suffisamment générale pour convenir à la majorité des initiatives de SMSPS mises en œuvre dans les situations d'urgence. Cela signifie toutefois que certains indicateurs ou résultats de ce Cadre d'évaluation peuvent s'appliquer à un grand nombre d'activités ou de programmes. Par exemple, une intervention encourageant les familles à mieux s'occuper des membres du foyer atteints de troubles mentaux peut être liée au Résultat 2 (« Les personnes sont en sécurité, protégées et les violations des droits humains sont combattues »), l'objectif du projet étant d'assurer la sécurité des personnes atteintes de troubles de santé mentale et de veiller à ce que leurs droits à la protection et au traitement soient respectés. Toutefois, le même projet pourrait également être lié au Résultat 4 (« Les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale »), puisque les activités du projet peuvent se rapporter à la responsabilisation des familles en les aidant à acquérir les connaissances et les ressources nécessaires pour mieux aider les membres de la famille ayant des troubles de santé mentale. De même, certains MoV peuvent être utilisés pour des indicateurs différents à des niveaux différents.

Le Cadre présente à l'heure actuelle tous les MoV permettant d'évaluer les principaux indicateurs d'impact au niveau des objectifs ; toutefois, certains de ces mêmes MoV peuvent également être appropriés pour évaluer les indicateurs de résultat. Par exemple, pour les troubles de santé mentale : La mesure selon l'échelle des attitudes du clinicien (MICA-4) pour évaluer l'indicateur d'impact pour le comportement social (IO5) pourrait également être appropriée pour évaluer le niveau de l'indicateur de résultat « Perceptions, connaissances, attitudes (notamment la stigmatisation) et les comportements des membres de la communauté, des familles et/ou des prestataires de services envers les personnes ayant des problèmes de santé mentale » (R4.4).

Pour y parvenir, il est recommandé que chaque programme ou projet de SMSPS utilise :

- ▶ L' **OBJECTIF GLOBAL** (adapté selon les besoins) ; plus
- ▶ Au moins **UN indicateur d'impact** du Cadre d'évaluation ; plus
- ▶ Au moins **UN MoV** lié à cet indicateur d'impact ; plus
- ▶ au moins **UN résultat et un indicateur de résultat correspondant** du Cadre d'évaluation.

Finalement, le praticien concevant le programme a la responsabilité d'apparier les résultats les plus appropriés avec le/les indicateur(s) qui y sont associés et les MoV du Cadre d'évaluation. La direction peut venir de la propre conception du programme SMSPS du praticien, des activités du programme, de la description des résultats présentée dans la présente publication ou des aide-mémoire des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Les MoV peuvent comprendre ceux qui sont proposés dans ce guide (voir Chapitre 8 et Annexes 8-9), des mesures validées localement ou certaines combinaisons des deux. Dans le plan S&E, les MoV devraient idéalement inclure un mélange de méthodes quantitatives et qualitatives. Dans la sélection finale des indicateurs d'impact et de résultats et des MoV qui s'y rapportent, un expert en SMSPS et/ou S&E devrait analyser et confirmer la conception proposée, les MoV, la collecte de données et les procédures de saisie des données.

Pour mieux aider les organisations à utiliser le Cadre d'évaluation, les Annexes 4-7 fournissent des scénarios de cas possibles pour quatre interventions généralement utilisées en SMSPS dans les situations d'urgence. Les scénarios aident à montrer comment ces types d'interventions et conceptions de programme SMSPS peuvent être liés et intégrés au Cadre d'évaluation et aux MoV recommandés. Bien que ces scénarios représentent des versions abrégées des programmes, ils devraient aider les concepteurs de programmes de SMSPS et les planificateurs de S&E qui souhaitent intégrer au moins un indicateur d'impact et au moins un indicateur de résultat du Cadre d'évaluation.

Sélectionner un moyen de vérification (MoV)

Les moyens de vérifications sont les outils quantitatifs et qualitatifs utilisés pour mesurer les indicateurs.

Le MoV des résultats peut être une agrégation directe de données (par exemple, nombre de membres de groupes à risque qui utilisent des espaces sûrs). Cependant, la plupart des indicateurs d'impact devront être évalués de manière plus approfondie. Le processus de sélection des MoV, tel qu'illustré sur la Figure 4, comprend de multiples étapes. Il convient notamment de décider s'il faut utiliser les MoV recommandés (des Annexes 8-9), adapter un différent MoV ou créer un nouveau MoV. Les questions suivantes peuvent aider à sélectionner le meilleur MoV pour vos/votre indicateur(s) et programme :

- » **L'approche d'évaluation par MoV est-elle adéquate ? La pertinence** de l'approche d'évaluation se réfère à l'adéquation entre l'approche d'évaluation (par exemple, une étude quantitative ou une observation qualitative) et ce qui doit être mesuré (par exemple, l'indicateur). Par exemple, un outil de collecte de données qui mesure qualitativement les niveaux de détresse dans une population cible est pertinent comme moyen de vérification pour l'indicateur de l'ampleur d'un état de détresse invalidant. Parmi les éléments importants qui peuvent influencer sur la pertinence des approches d'évaluation il convient également d'inclure le contexte, le handicap, la culture, la langue, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et le niveau de développement, l'alphabétisation et bien d'autres facteurs.
- » **Le MoV est-il accessible ? L'accessibilité** fait référence à la question de savoir si les outils que l'on souhaite utiliser sont en libre accès et dans des formats accessibles (par exemple, sans contraintes de droits d'auteur ou si un MoV est disponible dans la langue requise ou dans un format accessible (tel que le Braille, la langue des signes ou autres formats accessibles pour les personnes handicapées).
- » **Le MoV est-il réalisable ? La faisabilité** concerne la facilité ou la difficulté d'appliquer un outil de mesure ou une approche qualitative. Ce peut être en termes de temps, de ressources humaines ou financières, de logistique, et si les personnes évaluées comprennent les questions qui leur sont posées ou les tâches qu'on leur demande d'effectuer.
- » **Le MoV est-il acceptable ? L'acceptabilité** se rapporte à l'attitude des autres utilisateurs de

l'outil de mesure ; à savoir si les personnes qui appliquent les MoV et celles dont les informations seront recueillies considèrent cela comme une façon acceptable de rechercher les informations nécessaires. L'acceptabilité implique de veiller à ce que le MoV ne nuise pas (par exemple, qu'il ne cause à la population aucun stress, aucune gêne, détresse ou stigmatisation), qu'il ne recueille que les informations essentielles et qu'il évite de collecter des données de façon injustifiée.

- » **Le MoV est-il fiable ? La fiabilité** est la mesure dans laquelle un outil produit des résultats cohérents et stables au fil du temps, des évaluateurs et des versions du même outil.
- » **Le MoV est-il valide ? La validité** est la mesure dans laquelle un outil mesure ce qu'il est supposé mesurer dans le contexte d'un lieu, une population et un objectif particuliers ; et si des différences dans les résultats reflètent fidèlement les différences existant dans les populations évaluées. La validité d'un MoV dépend de nombreux facteurs, notamment de la fiabilité du MoV, de la pertinence de son contenu ou si l'élément qu'il mesure est valide dans le contexte du groupe culturel ou de la population donnés.

Les MoV recommandés dans le présent Cadre ont tous été analysés au regard de leur pertinence, accessibilité, acceptabilité, fiabilité et applicabilité (voir l'Annexe 2, qui décrit la sélection des critères pour les MoV). De même, les auteurs des MoV quantitatifs sélectionnés ont été consultés pour l'élaboration des conseils inclus dans l'Annexe 8, et le matériel d'orientation pour les MoV qualitatifs énumérés dans l'Annexe 9 a été sélectionné en fonction de son accessibilité, pertinence et faisabilité. Toutefois, les MoV ne répondent pas toujours à ces critères dans tous les contextes. Dans les urgences en matière de SMS/PS, les conditions sont toujours différentes et variables. Même si la majorité des MoV (selon le/les indicateur(s) et les âges) fournis dans ce Cadre de S&E sont potentiellement utiles dans la plupart des situations, il est toujours important de considérer ces facteurs dans chaque conception de programme individuel et pour chaque situation géographique, et d'évaluer les MoV par rapport à ces critères. Cela permettra d'aider à la prise de décision concernant le fait d'utiliser ou d'adapter un MoV existant ou d'en créer un nouveau.

Lorsque vous sélectionnez le MoV associé à votre/vos indicateur(s), une intégration de méthodes à la fois qualitatives et quantitatives est susceptible de fournir les informations les plus utiles.¹⁹ Les informations quantitatives peuvent fournir des données statistiques pour indiquer le niveau de changement (le cas échéant), alors que les données qualitatives peuvent générer des informations pour indiquer la profondeur, le type ou le processus de changement.



ENCADRÉ 2 UTILISATION DE MESURES

PROMETTEUSES, CULTURELLEMENT SPÉCIFIQUES OU DE MOV NON INCLUS DANS CES RECOMMANDATIONS

Il existe une gamme de MoV potentiellement utiles qui peuvent ne pas être abordés dans ce guide. Ceux-ci incluent les MoV élaborés localement, les MoV spécifiques à une organisation ou d'autres mesures prometteuses. Il est probable que ces MoV ne répondaient pas aux critères d'inclusion dans ce document. Par exemple, ils n'ont peut-être pas été utilisés dans de nombreux contextes ou ils n'étaient pas disponibles en plusieurs langues, ou les informations clés sur leurs propriétés de mesure n'étaient pas disponibles (voir l'Annexe 2 pour le processus de sélection des MoV).

Les programmes de SMSPS n'ont pas l'obligation d'utiliser seulement les MoV inclus dans ce guide. Dans de nombreux contextes, les organisations locales ou les partenaires élaborent des outils de mesure spécifiques à leur propre culture, langue, situation ou aux interventions appliquées. De nouvelles mesures peuvent également être soumises à un essai pilote ou un processus de recherche. En supposant que ces mesures soient pertinentes à ce qui est évalué et qu'elles répondent (ou sont évaluées comme pouvant répondre) à de multiples critères de faisabilité, d'utilité, de fiabilité et de validité, leur utilisation est encouragée, particulièrement lorsqu'elles sont spécifiques au niveau logique ou culturel.

ÉLABORER ET UTILISER DES INDICATEURS PARTICIPATIFS ET DES MOV

Les populations affectées devraient toujours être consultées quand les indicateurs et leurs MoV sont sélectionnés. Cela permet de garantir que ce qui est mesuré respecte les idées et normes culturelles, et que les MoV sont appropriés pour leurs communautés. Les populations affectées peuvent également identifier et élaborer des indicateurs spécifiques à leurs propres cultures, langue et contexte – et ces indicateurs sont mesurables par des MoV localement déterminés.

« SEE_PET » (adapté d'une approche connue sous le nom de Stepwise Ethnographic Evaluation - Participatory Evaluation Process) [évaluation ethnographique progressive - processus d'évaluation participatif] est une méthode participative rapide pour élaborer des indicateurs de bien-être psychosocial dans un contexte culturel spécifique. Cette méthode implique également les membres de la communauté dans l'opérationnalisation de leurs propres définitions du bien-être psychosocial et peut conduire à établir la façon dont les aspects d'un programme psychosocial pourraient être mesurés pour déterminer sa réussite à atteindre les résultats escomptés. Pour davantage d'informations sur SEE_PET, veuillez vous reporter au Chapitre 16 de International Organisation for Migration (OIM). Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. [Guide communautaire de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence et les populations déplacées]. Genève : OIM ; 2019.

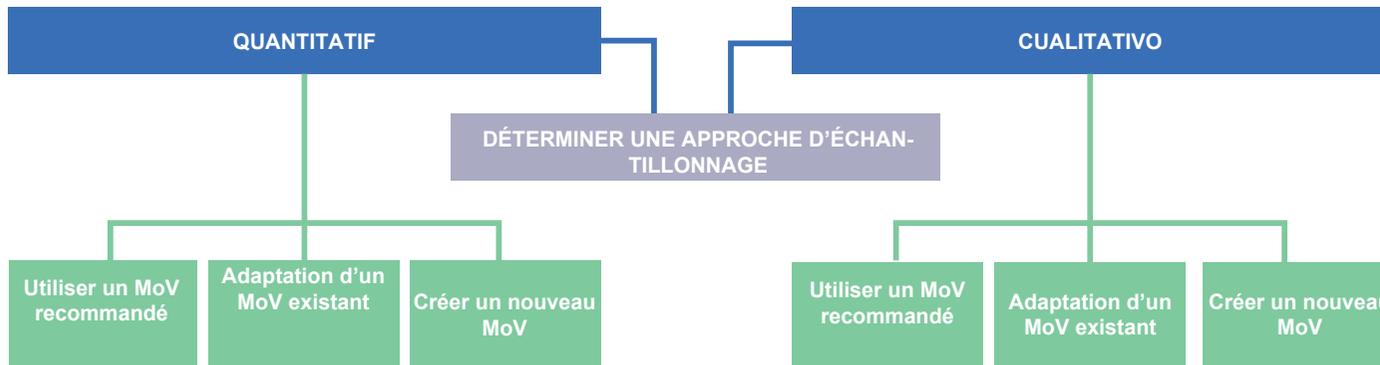
FIGURE 4

Décisions à prendre lors de la sélection des MoV

Sélectionner des moyens de vérification (une mesure)

Quel indicateur souhaitez vous évaluer ? Et pour quelle tranche d'âge ?

Fonctionnement	Bien-être subjectif	Détresse/ symptômes invalidants	Adaptation	Liens sociaux	Comportement social
0 – 5 ans	6 – 11 ans	12 – 17 ans	18 – 24 ans	25 – 59 ans	60 ans et plus



MoV = moyen de vérification. Un bon plan de suivi et d'évaluation devrait inclure à la fois des MoV quantitatifs et qualitatifs. Toutefois, lors du choix des MoV quantitatifs et qualitatifs et des approches à appliquer, il peut être nécessaire de les étudier séparément.

VÉRIFIER LES INFORMATIONS SUR LES DROITS D'AUTEUR

Les droits d'auteur sont la technique juridique utilisée par les auteurs (ou les corporations) pour protéger leurs travaux. C'est un type de propriété intellectuelle* qui confère aux titulaires des droits d'auteur les droits exclusifs de publication, de diffusion et d'utilisation. Cela signifie que le contenu publié ne peut être utilisé, republié ou modifié par quiconque sans le consentement des auteurs (ou dans ce cas, les créateurs ou les titulaires des droits d'auteur des MoV). Cela signifie également que si ce contenu est utilisé ou référencé dans une autre publication (par exemple, dans un rapport de S&E), la citation officielle de ces travaux doit être incluse.

Bien que les MoV recommandés dans le présent Cadre peuvent être utilisés gratuitement, il peut y avoir des coûts à engager dans l'adaptation d'un outil existant ou l'utilisation d'une mesure qui n'a pas été incluse dans ce guide. Il est **essentiel** que les droits d'auteur soient pris en compte dans l'utilisation de tout MoV, qu'ils soient inclus dans ce guide ou ailleurs. Si vous n'êtes pas certain de pouvoir utiliser (ou adapter) légitimement un outil, assurez-vous de contacter son auteur pour l'informer de la façon dont vous prévoyez d'utiliser son outil (et/ou de l'adapter) et pour lui demander sa permission.

* Voir : <https://techterms.com/definition/intellectualproperty>



© Italian Red Cross/Emiliano Albensi

UTILISER UN MOV RECOMMANDÉ

Les MoV quantitatifs et qualitatifs fournis dans le présent Cadre sont le résultat d'un processus rigoureux de sélection (voir l'Annexe 2). Toutefois, avant d'utiliser ces MoV, voici quelques éléments dont il faudra vous souvenir :

- » Vérifiez tous les items et toutes les instructions concernant le MoV, en commençant par les informations fournies en Annexes 8-9.
- » Évaluez si le MoV est susceptible d'être applicable dans votre contexte et pour les personnes que vous évaluerez (par exemple, menez une étude préliminaire pour voir s'il existe des recherches locales qui suggéreraient qu'une certaine mesure peut ne pas être applicable à des groupes ou des communautés dans ce contexte ; contactez des praticiens/praticiennes en SMSPS, ou des coordinateurs/coordinatrices de groupes de travail technique en SMSPS le cas échéant, pour leur demander des informations sur les MoV couramment utilisés dans le contexte local).
- » Veillez à n'utiliser que les mesures fournies directement par les auteurs/les sites. TOUTES modifications (par exemple, à la formulation des items et/ou les traductions en d'autres langues) peuvent enfreindre les lois régissant les droits d'auteur et avoir une influence sur la fiabilité, la validité et la pertinence des MoV. Si vous souhaitez apporter des modifications, sollicitez une permission écrite des titulaires des droits d'auteur.
- » Examinez soigneusement les instructions sur la façon d'appliquer la mesure, de lui associer une note et d'interpréter les données.
- » Fournissez une formation appropriée aux personnes qui effectueront les évaluations avec le MoV sélectionné, par exemple une formation sur la façon de mener des évaluations avec des groupes spécifiques ou dans certains contextes.
- » Essayez l'outil avec un petit groupe de personnes constituant un échantillon représentatif de la population dont vous collecterez les données, pour veiller à ce que le MoV soit pertinent, accessible, réalisable et acceptable pour une utilisation avec la population cible. Si ce n'est pas le cas, considérez d'adapter le MoV (voir Encadré 3).
- » Veillez à disposer des références correctes lorsque vous communiquez les résultats.

ADAPTER UN MOV EXISTANT

La culture et le contexte influent énormément sur les façons dont la souffrance, la santé mentale et le bien-être psychosocial sont vécus et exprimés. **L'adaptation est le processus d'élaboration d'une nouvelle version d'un MoV existant pour le rendre plus adapté à la culture et/ou au contexte où ce MoV est utilisé.** L'adaptation d'un MoV aide à éviter la production de données trompeuses ou inexactes et contribue au respect de plusieurs principes, notamment la participation, le recours aux ressources et capacités disponibles, et « ne pas nuire ».

La traduction d'un MoV dans une autre langue est une forme d'adaptation. Les modifications apportées aux mots, aux items (ou questions) d'une enquête ou aux procédures d'administration d'un MoV sont également considérées comme des adaptations. De telles modifications peuvent être faites qu'il s'agisse d'un MoV quantitatif ou qualitatif. L'Annexe 3 expose les étapes nécessaires pour adapter et contextualiser un MoV et l'Annexe 10 inclut un modèle de formulaire pour aider l'adaptation et la traduction.

CRÉER UN NOUVEAU MOV

Dans la plupart des cas, adapter ou traduire un MoV offre de nombreux avantages en comparaison avec la création un nouveau MoV. L'adaptation réduit généralement les coûts et le temps consacrés à l'élaboration du MoV et permet de mettre à profit un instrument déjà largement appliqué. Elle permet également d'obtenir des résultats pouvant être plus facilement comparés à d'autres. Néanmoins, créer un MoV nouveau et spécifique peut s'avérer nécessaire si les descriptions locales de la détresse, du bien-être ou d'autres manifestations de SMSPS ne sont pas suffisamment prises en compte par un MoV existant.²⁰ Créer un nouveau MoV pourrait également s'avérer important si les indicateurs ont été élaborés localement, par exemple par le biais d'approches participatives, et celles-ci peuvent aider à réduire la stigmatisation.²¹ Des manuels détaillés ont été élaborés pour guider ces processus.* Lors de la création d'un nouveau MoV, il est fortement conseillé de travailler avec des experts, tels que des chercheurs/chercheuses ou animateurs/animateuses d'approches et d'outils psychométriques particuliers, pour diriger l'élaboration du MoV.

ENCADRÉ 3

CONSIDÉRATIONS SUR L'ADAPTATION D'UN MOV

Lors de l'adaptation d'un outil de mesure ou d'une approche existants, il peut s'avérer nécessaire de demander l'aide d'experts en S&E, en SMSPS ou en recherche. Pour l'adaptation, il est nécessaire de :

- » Vérifier toutes éventuelles restrictions relatives aux droits d'auteur (et si nécessaire contactez les auteurs pour demander la permission d'adapter).
- » Dans la mesure du possible, faire un test pilote du MoV adapté afin d'évaluer ses propriétés de mesure, notamment sa pertinence, son accessibilité, sa faisabilité, son acceptabilité, sa fiabilité, ainsi que divers aspects de sa validité, car l'adaptation entraîne généralement des modifications de ces critères.
- » Sauf si les titulaires des droits d'auteur ne l'ont pas autorisé, veillez à rendre votre MoV adapté publiquement accessible (ainsi que le processus d'adaptation que vous avez suivi) afin d'éviter à d'autres personnes travaillant dans la même culture ou le même contexte de dupliquer ce travail. Vous pouvez le faire, par exemple, au sein d'un groupe de travail de la SMSPS, s'il en existe un dans votre pays/contexte humanitaire.

Si un MoV a été adapté et utilisé avec succès dans un certain groupe culturel, cette adaptation pourrait également s'avérer utile pour des populations ayant un contexte culturel identique ou similaire qui vivent dans d'autres contextes.

* Par exemple, voir : Groupe de recherche appliquée en santé mentale (AMHR, Applied Mental Health Research Group). Conception, mise en œuvre, suivi et évaluation de programmes d'assistance psychosociale et de santé mentale liés au traumatisme transculturel : un manuel d'utilisateur à l'attention des chercheurs et intervenants du programme, module 2.2013.

CHAPITRE 9

Établir des plans et procédures pour la collecte de données

Respecter et protéger les droits et la dignité de toutes les personnes qui ont partagé les informations est un devoir. Il convient de prendre soin d'éviter de nuire et de veiller à la gestion appropriée des données et de leur utilisation conformément à la réglementation pertinente de protection des données. Il importe que les groupes particulièrement vulnérables d'une communauté soient représentés de façon appropriée (notamment par la ventilation des données) et que les façons dont les informations seront recueillies soient équitables et représentatives (c'est-à-dire, méthodes d'échantillonnage). Les considérations éthiques, notamment le consentement éclairé, sont essentielles. Avoir un plan et des procédures solides en place pour la collecte de données permettra de protéger les personnes, les communautés et le personnel contre tout préjudice.

Tous les membres du personnel travaillant avec les données – qu'il s'agisse des personnes chargées de la formation, de collecter, saisir ou analyser les données, ou celles qui conservent ou communiquent les données – doivent être informés du protocole de protection, de stockage sûr et d'utilisation des données et s'y conformer – par exemple, une procédure opérationnelle standard, un protocole de recherche ou un code de conduite. Un tel protocole devrait être organisé à l'avance et devrait clairement énoncer :

- » L'objectif de la collecte de données (c'est-à-dire, ce qui est mesuré et pourquoi) ;
- » A quel moment les données seront collectées (par exemple, avant, au milieu, et après l'intervention) ;
- » Quelles données seront collectées (c'est-à-dire, quels sont les MoV) ;
- » Comment et par qui les données seront collectées (par exemple, par des collecteurs de données, des rapports de projets, des dossiers de patients) ;
- » Où les données seront-elles collectées (par exemple, dans les ménages, les centres

communautaires, à distance) ;

- » Qui collectera les données, et la formation que ces personnes devront suivre ;
- » Procédures pour protéger et assurer la confidentialité des informations fournies par les personnes interrogées (par exemple, anonymisation des données) ;
- » Un code de conduite pour les collecteurs de données (c'est-à-dire, quel devra être leur comportement lors de leur travail dans les communautés et avec des adultes/des enfants) ;
- » Les façons dont les données seront enregistrées (par exemple, sur papier ou électroniquement) et comment seront gérés les problèmes tels que le nettoyage des données, les données manquantes et les erreurs dans les données ;
- » Quelle méthode d'échantillonnage sera utilisée (y compris la reconnaissance qu'il n'y a pas de méthode d'échantillonnage particulière) ;
- » Procédures de supervision et de soutien des collecteurs de données ;
- » Le processus global de collecte des données, par exemple sous une forme qui peut être décrite dans un diagramme ;
- » Procédures normales d'intervention dans les situations à haut risque, comme lorsque des personnes présentent une détresse aiguë ou des comportements suicidaires, ou divulguent des maltraitements ou autres risques ;
- » Informations d'orientation, s'il s'avère qu'un cas nécessite une assistance immédiate (par exemple, divulgations d'intentions suicidaires) ;

- » Procédures pour le cas où des manquements à l'éthique seront observés et comment cela sera géré.

Il est toujours important de tester ou de faire un essai pilote d'un processus de collecte et de gestion de données, de saisie et d'analyse de données avant de commencer les activités de collecte de données à grande échelle. Cela permet d'évaluer toutes erreurs courantes ou problèmes inattendus et de revoir les procédures. Les recommandations du groupe de référence en SMSPS du Comité permanent interorganisations (CPI) pour mener des recherches éthiques en matière de santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence peuvent constituer un guide utile pour établir des protocoles de collecte, de gestion et d'analyse d'informations.²²



ENCADRÉ 4

VENTILATION DES DONNÉES*

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

Lorsque les données sont ventilées, cela devrait également se refléter dans la façon dont les données sont analysées et communiquées, en veillant à ce que les informations concernant ces groupes soient décrites distinctement. Il convient de prendre soin de ne pas mettre les populations en danger ou leur nuire (par exemple, communiquer les informations concernant des petits groupes d'une façon qui pourrait permettre de les identifier, ou sur les tendances observées pour certains groupes qui pourraient être utilisées contre eux).

* Pour davantage de conseils sur les considérations spéciales à prendre en compte en matière de ventilation des données et des groupes spécifiques, veuillez vous reporter au document suivant : Association Sphere. Le manuel de Sphere : Charte humanitaire et standards minimums de l'intervention humanitaire, quatrième édition, Genève, Suisse, 2018. www.spherestandards.org/handbook

DÉTERMINER LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

- » **La population** est l'ensemble du groupe ou de la communauté que vous essayez de comprendre.
- » Un **échantillon** fait référence aux personnes ou aux groupes de la population ciblée que vous avez inclus dans votre collecte de données.
- » **La probabilité ou l'échantillonnage représentatif** indique qu'un échantillon est choisi au hasard. Cela signifie que toutes les personnes de la population que vous évaluez ont une chance équitable et égale d'être sélectionnées pour participer au processus de collecte de données. Cela signifie également que l'information que vous sélectionnez dans cet échantillon est **représentative** et qu'elle est donc susceptible d'être généralisée à l'ensemble de la population évaluée.
- » **L'échantillonnage non probabiliste** indique que le groupe d'échantillon n'est pas choisi au hasard. Par exemple, les personnes peuvent être choisies parce qu'elles sont facilement disponibles au moment de la collecte d'informations, parce qu'elles vivent plus près du domicile du collecteur d'informations ou parce qu'elles participent toutes au même service communautaire. Cela signifie également que l'information que vous recevez d'un échantillon non probabiliste ne peut pas être considérée comme représentative d'une population plus large, mais plutôt que l'information est représentative seulement de ceux qui ont participé.

Des informations sur les méthodes d'échantillonnage sont disponibles dans les textes pertinents (voir Encadré 5). Toutefois, le choix de la meilleure méthode d'échantillonnage dépend de toute une gamme de facteurs, notamment la méthode utilisée, le temps et les ressources disponibles et les informations précises qui sont recherchées.

Les méthodes d'échantillonnage probabiliste et non probabiliste sont toutes deux précieuses pour la collecte de données pour les MoV. Il y a quatre réflexions ou actions importantes qui seront utiles pour définir une approche d'échantillonnage :

01

Soyez clairs sur les informations que vous espérez obtenir à travers la collecte de données et son objectif de celle-ci.

02

Discutez de l'approche méthodologique, y compris la méthode d'échantillonnage et les facteurs liés à l'éthique, avec des experts pertinents. Cela vous aidera à confirmer que la méthode d'échantillonnage sélectionnée est appropriée pour le type d'informations que vous souhaitez obtenir et à évaluer les ressources et le temps qui devront y être consacrés.

03

Vérifiez si votre méthode d'échantillonnage contribue à garantir que vous collectez seulement les données essentielles. Trop souvent, les évaluations S&E impliquent la collecte de données qui ne sont ni analysées ni communiquées, ce qui conduit à mettre une pression inutile sur les participants, le personnel et les ressources.

04

Soyez prudents dans l'interprétation et la communication des données, car la méthode d'échantillonnage utilisée aura une influence sur les conclusions que vous pouvez tirer des données.

ENCADRÉ 5

RESSOURCES SÉLECTIONNÉES POUR L'ÉCHANTILLONNAGE ET L'ÉVALUATION

- » Alexander J et Cosgrave J. Representative sampling in humanitarian evaluation. [Échantillonnage représentatif dans l'évaluation humanitaire]. ALNAP ; 2014.
- » Buchanan-Smith M, Cosgrave J et Warner A. Evaluation of Humanitarian Action Guide. [Guide d'évaluation de l'action humanitaire]. ALNAP ; 2016.
- » Groupe de recherche appliquée en santé mentale (AMHR, Applied Mental Health Research Group). Design, implementation, monitoring, and evaluation of mental health and psychosocial assistance programs for trauma survivors in low resource countries: a user's manual for researchers and program implementers (adult version). [Conception, mise en œuvre, suivi et évaluation de programmes pour la santé mentale et l'assistance psychosociale pour les survivants de traumatismes dans les pays à faible revenu : un manuel de l'utilisateur pour les chercheurs et les responsables de la mise en œuvre des programmes (version adulte)]. 2013.
- » IFRC. IFRC Boîte à outils de suivi et évaluation. Copenhague, Danemark : IFRC ; 2016.
- » SMART. Sampling Methods and Sample Size Calculation for the SMART Methodology. [Méthodes d'échantillonnage et Calcul de la taille de l'échantillon pour la méthodologie SMART]. 2012.
- » Organisation mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vademecum pour les situations humanitaires. Genève : OMS ; 2012.
- » UNICEF. Rapid Assessment Sampling in Emergency Situations. [Échantillonnage pour l'évaluation rapide dans les situations d'urgence]. Bangkok, Thaïlande : UNICEF ; 2010.

VEILLER À TENIR COMPTE DES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES DANS LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Les principes éthiques permettent de déterminer ce qui peut être utile ou préjudiciable. Il est important d'appliquer ces principes éthiques à tous les aspects du S&E afin d'éviter les pratiques potentiellement délétères ou risquées et d'assurer la sécurité des personnes concernées. La recherche – souvent décrite comme la collecte et l'analyse systématiques des données – englobe de nombreux aspects du travail de S&E. Que l'on parle de recherche ou de S&E, les deux démarches consistent à collecter et à analyser des données et incluent souvent un engagement direct ou indirect auprès des personnes, tout au long du processus. Par conséquent, le S&E doivent toujours comporter l'examen de considérations éthiques spécifiques pour s'assurer que les activités connexes ne nuisent pas aux personnes concernées.

À cet égard, le Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial a publié des recommandations pour la conduite de recherches éthiques en santé mentale et psychosociale dans les situations d'urgence.²² Ces recommandations portent sur six domaines de recherche importants : (1) objet et avantages, (2) analyse des questions éthiques, (3) participation, (4) sécurité, (5) neutralité et (6) conception. Ces six domaines comportent des sous-éléments qui constituent un cadre pour la collecte de données dans les situations d'urgence. Tous ces domaines devraient être éclairés par des considérations éthiques, conformément aux recommandations du CPI.

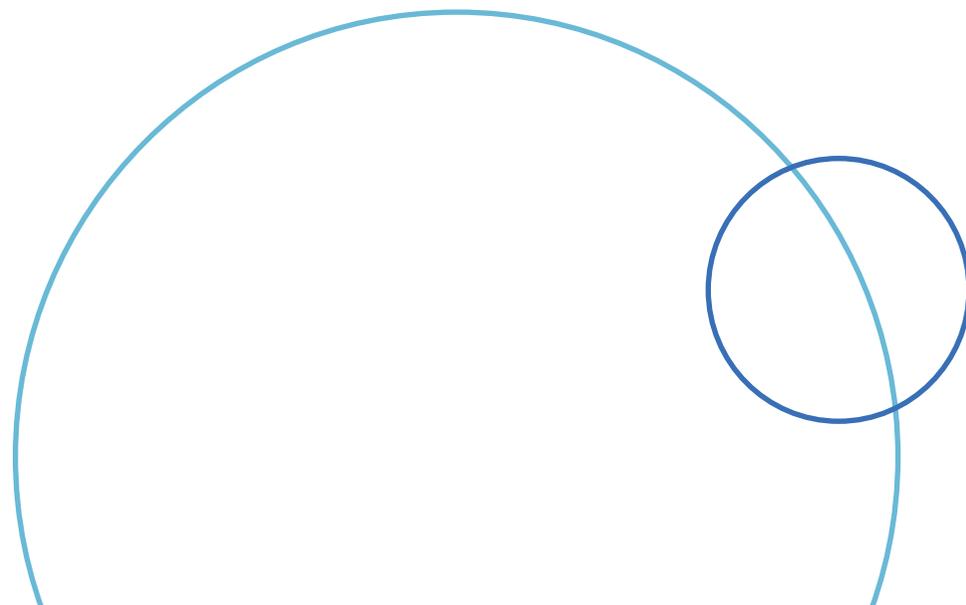


CONSIDÉRATIONS POUR FAVORISER DES APPROCHES ÉTHIQUES DE TRAVAIL AVEC LES MOYENS DE VÉRIFICATION

- » Vérifiez à deux reprises que les outils ou les méthodes de collecte de données ont été soigneusement sélectionnés et évalués pour déterminer s'ils sont adaptés à la langue, à la culture et au contexte locaux.
- » Veillez à la sélection de collecteurs de données qualifiés et compétents et déterminez si les caractéristiques de ces collecteurs (par exemple, leur âge, leur genre, leur appartenance à la communauté ou leur statut) peuvent influencer la façon dont les personnes leur répondent. Des facteurs tels que la dynamique du pouvoir, selon qui collecte les données, devraient être pris en compte dans le choix des collecteurs d'informations.
- » Formez adéquatement les collecteurs d'informations en suivant les plans et les procédures établis.
- » Soyez clairs avec les responsables de la collecte de données sur l'importance du consentement éclairé et les procédures à suivre pour obtenir ce consentement (voir les pages 47 à 48), y compris pour les enfants et leurs parents.
- » Sensibilisez la communauté à l'objet de la collecte de données et aux détails sur l'endroit où les participants peuvent aller ou avec qui ils peuvent communiquer s'ils ont des questions ou des préoccupations. Les descriptions de l'objectif de la collecte de données devraient également viser à réduire le risque de biais dans les réponses (par exemple, en abordant les situations où les participants pensent qu'ils doivent répondre d'une certaine manière pour recevoir l'aide ou le soutien).
- » Effectuez une évaluation de la sécurité pour vous assurer que la collecte de données est sûre pour les collecteurs d'informations et les participants. Assurez-vous que le système comprend

des moyens permettant d'aider les collecteurs d'informations si la situation devient dangereuse, ainsi qu'un suivi quotidien des déplacements des collecteurs d'informations. Il est préférable que les collecteurs d'informations travaillent par paires (de préférence un homme et une femme, si possible). Si les collecteurs d'informations travaillent seuls, ce doit être pour une raison claire et un processus de sécurité doit être en place, tant pour eux que pour les participants.

- » Fournissez un système de soutien aux collecteurs d'informations s'ils sont exposés à des récits ou à des situations potentiellement douloureux.
- » Suivez les activités et les approches de collecte de données et faites preuve de souplesse dans l'évolution des procédures s'il est nécessaire de les adapter ou de les modifier, par exemple si les plans initiaux se révèlent dangereux, créent des difficultés pour les participants ou accroissent les tensions communautaires.
- » Veillez toujours à ce que les participants sachent qu'ils peuvent cesser leur participation à tout moment et pour quelque raison que ce soit.



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le consentement éclairé est la permission que les personnes donnent avant d'accepter de partager des informations ou de les faire documenter de quelque manière que ce soit (y compris par voie électronique ou au moyen de photographies ou d'enregistrements). Obtenir un consentement éclairé nécessite de s'assurer qu'une personne comprend bien ce qui suit :

- » Les noms, les rôles et les organisations qui demandent leur consentement éclairé ;
- » L'objectif des informations collectées, la manière dont elles seront utilisées et la durée et l'endroit où elles seront stockées ;
- » La ou les procédure(s) à utiliser lors de la collecte des informations ;
- » Combien de temps leur participation sera-t-elle nécessaire ;
- » Les risques, les avantages ou les résultats potentiels de leur participation ;
- » Qu'elles peuvent à tout moment cesser leur participation à l'activité sans perte de bénéfices ou sans conséquences négatives ;
- » Que leur identité et leurs droits seront protégés (y compris la protection contre les effets négatifs potentiels du partage d'informations) et qu'on ne leur demandera pas de renoncer à leurs droits humains ou juridiques personnels (y compris le fait de ne pas leur demander de renoncer aux droits d'action en justice contre l'organisation ou l'institution qui collecte les données) ;
- » Que, si elles appartiennent à un groupe particulièrement vulnérable, des mesures supplémentaires seront prises pour protéger leurs informations, leur anonymat et leur sécurité (par exemple, les prisonniers, les enfants, les victimes de torture ou de violence basée sur le genre (VBG), les mineurs non accompagnés) ;
- » Où et comment elles peuvent déposer une plainte ou soumettre une préoccupation, ou obtenir des renseignements supplémentaires ;
- » Où et comment l'information sur les résultats de la recherche sera mise à leur disposition. Dans ce contexte, il est essentiel de souligner que toute information qu'elles partagent sera rendue anonyme avant d'être communiquée.

Le but d'un processus de consentement éclairé est de fournir suffisamment d'information pour que les personnes comprennent ce qui leur est demandé et qu'elles puissent choisir de participer ou non à une activité de collecte de données. Il est essentiel de fournir des renseignements complets et exacts sur les risques liés à la participation pour obtenir un consentement éclairé et promouvoir la sécurité et le bien-être des personnes concernées. Cela nécessite souvent l'analyse de tous les risques potentiels (y compris l'analyse des risques pour différents groupes vulnérables) avant de démarrer une activité de collecte de données. Cela peut également nécessiter l'obtention du consentement à plusieurs reprises lorsque plusieurs activités sont en cours (par exemple, si les informations sont recueillies par le biais de réponses écrites et d'enregistrements vidéo). En outre, cela pourrait impliquer de fournir aux personnes une période de 24 à 48 heures pour réfléchir à leur participation. Dans toutes les situations et quel que soit le choix qu'une personne fait, elle doit recevoir l'assurance qu'elle aura toujours accès à ses services, activités et ressources habituels.

Idéalement, une explication du consentement éclairé devrait être fournie dans une fiche d'information contenant tous les détails pertinents. Le formulaire de consentement éclairé, signé par la personne, doit être séparé de cette fiche de renseignements afin qu'il puisse être déposé (mais aussi tenu à l'écart de toute autre donnée d'identification). Il y a des situations où il n'est pas sûr ou approprié de demander un consentement signé ; dans ces cas, le consentement verbal est suffisant, mais le fait que le consentement verbal a été donné devrait tout de même être enregistré par le collecteur d'informations.

Pour être informées, les personnes auront besoin d'informations dans un format qu'elles peuvent comprendre et auquel elles peuvent accéder. Il peut s'avérer nécessaire de fournir des informations écrites dans la langue locale ou de les fournir verbalement (si les participants ne sont pas alphabétisés) ou de manière simplifiée (par exemple, expliquées à l'aide d'images), par exemple pour les enfants ou les personnes ayant un handicap intellectuel. Si un participant a un âge ou une capacité qui signifie qu'il est peu probable qu'il soit en mesure de donner son consentement éclairé, un parent pertinent doit également donner son consentement (voir l'Encadré 6 sur le travail avec les enfants).

ENCADRÉ 6

TRAVAILLER AVEC LES ENFANTS

Lorsqu'on travaille avec des enfants, le consentement éclairé ne peut être donné que si l'enfant a la **capacité juridique** de comprendre les informations qui lui sont fournies. Cela signifie qu'ils sont capables de comprendre l'information de la même manière qu'un adulte. Il peut également y avoir des lois dans différents pays concernant l'âge auquel un enfant peut ou non donner son consentement éclairé. Vérifiez toujours les exigences légales locales pour la collecte d'informations auprès des enfants de moins de 18 ans, ainsi que ce qui est culturellement acceptable. Un bon « standard » à suivre si vous collectez des données auprès des enfants, est que vous devez :

- 01 Demander l'autorisation complète en fournissant et en obtenant le consentement éclairé de leurs parents ou de leur tuteur légal ; ET
- 02 Toujours fournir aux enfants une description du processus appropriée à leur âge et demander leur consentement à participer ou leur consentement éclairé s'ils en sont capables.

Il s'agit là de considérations d'autant plus importantes lorsqu'il s'agit de demander des informations à des enfants particulièrement vulnérables, comme des mineurs non accompagnés, des jeunes, des enfants mariés ou des enfants qui sont parents.

Si un parent ou un tuteur légal ne donne pas son consentement éclairé à la collecte d'informations sur son enfant OU si un enfant ne consent pas à participer, la collecte d'informations ne doit pas avoir lieu.



CHAPITRE 10

Communiquer les données

Une fois les données saisies et analysées, elles doivent être communiquées afin de partager les résultats et les informations critiques. L'Encadré 7 fournit une liste des éléments qu'il est recommandé d'inclure dans rapport S&E.

Et n'oubliez pas ! Lorsque vous communiquez les données, n'oubliez de signaler les différences (y compris, le cas échéant, les différences statistiques) relevées à partir des données ventilées. Par exemple, les résultats sont-ils différents, et de quelle manière, pour les filles et les garçons ou pour les femmes et les hommes ou pour les personnes handicapées ? L'âge a-t-il influencé les résultats ? D'autres facteurs modifient-ils les résultats ? Ou le contexte politique, social ou économique local a-t-il influencé les résultats d'une manière ou d'une autre ? La raison de ventiler les données est de mieux comprendre les façons spécifiques dont certains groupes (en particulier les groupes ayant des niveaux de vulnérabilité plus élevés) répondent aux interventions. Il s'agit là d'un apprentissage essentiel pour le travail humanitaire afin d'assurer en permanence une assistance égale et équitable pour tous et toutes.

ENCADRÉ 7

LISTE DE CONTRÔLE DU RAPPORT S&E

- » Le titre, la date et les noms du ou des auteurs et/ou de l'organisation présentant le rapport.
- » La citation suggérée pour le rapport au cas où d'autres voudraient y faire référence.
- » Remerciements aux personnes concernées, telles que le personnel chargé du projet, le personnel chargé de la collecte des données, le personnel chargé de la saisie ou de l'analyse des données et les rédacteurs ou réviseurs de rapports ; et surtout, toujours remercier, anonymement, les personnes qui ont fourni les informations (par exemple, « Nous remercions les femmes qui ont participé à ce programme et ont fourni l'information communiquée ») et tous les partenaires de financement ou gouvernementaux.
- » Un résumé donnant un aperçu et une brève interprétation des constatations importantes (c'est-à-dire ce que l'information dit ou ce qu'elle signifie).
- » Une table des matières.
- » Liste d'abréviations / acronymes (par exemple, S&E = suivi et évaluation).
- » Une introduction à l'objectif des travaux de S&E.
- » Un aperçu du projet évalué, en mettant l'accent sur la théorie du changement qu'il vise.
- » Une section sur la méthodologie définissant les indicateurs (par exemple, si les indicateurs ont plusieurs significations), expliquant le processus de collecte de données, l'échantillonnage et la façon dont les informations ont été analysées.
- » Les résultats, sous les sous-rubriques des principaux domaines de résultats, les thèmes, les questions d'évaluation ou les indicateurs (selon ce qui est le plus pertinent pour votre rapport).
- » Une discussion ou une interprétation de ce que les résultats nous révèlent. Par exemple, si vos informations indiquent qu'il y a moins de personnes handicapées qui accèdent aux services, la discussion ou l'interprétation mettrait en évidence le fait que les personnes handicapées n'accèdent pas aux services et examinerait les obstacles possibles à cet accès.
- » S'il y a lieu, une liste de recommandations (c'est-à-dire des choses qui pourraient être améliorées en travaillant différemment). Certains rapports suggèrent également des mesures clés nécessaires à la mise en œuvre des recommandations.
- » Les limites de vos résultats, qui peuvent se rapporter aux MoV, à l'échantillonnage ou autres mises en garde que les lecteurs devraient considérer s'ils souhaitent citer ou utiliser les données fournies. Tous les processus de S&E (et de recherche) ont des limites. Il est utile de les reconnaître pour aider les autres à éviter des erreurs semblables ou pour les aider à utiliser vos informations de façon appropriée.
- » Une conclusion (1 à 2 paragraphes) sur le rapport et son contenu.
- » Une liste des références citées dans le rapport.
- » Des annexes, le cas échéant. Il peut être très utile, si cela est permis, d'ajouter des outils de mesure (tels que des formulaires des MoV ou des calendriers d'interview) en annexe.

Diffusion des résultats et des enseignements

Il est reconnu que l'absence de cadre commun de S&E des activités de SMSPS dans les situations d'urgence a entraîné d'énormes variations au niveau des objectifs, des résultats et des indicateurs qu'utilisent les organisations pour mesurer l'efficacité de leur travail. Cela a également conduit à de grandes variations dans les types de MoV utilisés. Il s'est ainsi avéré difficile de démontrer la valeur ou l'impact des programmes de SMSPS dans les situations d'urgence. Cependant, même si les organisations utilisent ce Cadre commun de S&E et des MoV similaires, il est essentiel que les résultats soient partagés et largement diffusés afin que d'autres puissent tirer parti des enseignements. Au fil du temps, les données en résultant pourront être rassemblées dans un corpus qui servira à plaider en faveur des ressources de SMSPS. C'est pourquoi, lorsque les organisations utilisent ce Cadre d'évaluation, elles sont encouragées à partager leurs conclusions, résultats, difficultés et enseignements, que l'impact ait été positif ou non. Il est tout aussi essentiel de savoir ce qui n'a pas fonctionné, afin d'éviter de refaire les mêmes erreurs.

Tout programme de SMSPS devrait inclure un rapport de S&E, quel qu'en soit le format, en tant qu'élément à part entière d'une pratique de programmation responsable et éthique et pour promouvoir la redevabilité envers les communautés affectées. Il existe de nombreuses manières, formelles et informelles, de consigner les résultats, comme les modèles de rapports standards des organisations ou des bailleurs de fonds, les notes de projets, les rapports publiés, les feuilles d'information ou les articles de revues à comité de lecture (en accès libre). Selon le mode de documentation des résultats, il existe aussi de nombreuses façons officielles et informelles de partager les conclusions. Par exemple, les résultats peuvent être publiés sur le site Internet www.MHPSS.net, partagés avec d'autres acteurs du secteur à l'occasion de réunions sur la SMSPS, de groupes de coordination nationaux ou de conférences, ou encore publiés sous forme de rapports ou d'articles.

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

ENCADRÉ 8

PARTAGER DES RÉSULTATS AVEC LES PARTICIPANTS ET LES COMMUNAUTÉS

Les participants et les communautés qui participent aux activités de S&E (y compris ceux qui ont fourni de l'information) ont également le droit d'analyser les résultats et d'en tirer des enseignements. À moins qu'il n'y ait une raison claire pour laquelle de telles informations ne devraient pas être partagées (par exemple, si elles peuvent être préjudiciables), les conclusions devraient être largement partagées d'une manière qui convienne aux participants et à leur situation. Cela nécessite souvent des efforts et des fonds supplémentaires pour présenter l'information d'une manière facile à comprendre, comme l'utilisation d'un langage clair ou de graphiques pour expliquer les résultats et des descriptions claires sur la façon dont l'information sera utilisée (par exemple, comment elle aidera à améliorer les services ou à accroître la satisfaction des utilisateurs du service). Lors de l'adaptation des résultats, tenez compte du public cible et de ce qui peut être nécessaire selon les groupes d'âge, le genre, le contexte ou pour les personnes handicapées. **Il est essentiel que toute information communiquée dans le cadre des activités de S&E protège l'anonymat et la confidentialité des personnes qui ont répondu. Par conséquent, les informations doivent être anonymisées avant d'être communiquées et partagées publiquement.** Ces mesures sont conformes aux principes de participation et ne causent aucun préjudice, qui sont les principes clés des Directives du CPI sur la SMSPS dans les situations d'urgence et du présent Cadre. De plus, les conclusions peuvent confirmer les croyances ou les perceptions des participants ou, dans certains cas, elles peuvent être différentes de ce qui est attendu. Les acteurs impliqués dans le partage des résultats devraient se préparer pour les deux situations et déterminer l'approche la plus utile pour partager les résultats à leurs fins dans chaque scénario.

CHAPITRE 12

Conclusion

Les travaux se développent dans le domaine de la SMSPS dans les situations d'urgence. Les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence sont fréquemment utilisées pour orienter ces travaux. Les efforts visant à déterminer les meilleurs impacts possibles des approches de SMSPS se sont également intensifiés, mais les acteurs mondiaux de la SMSPS n'ont pas disposé de Cadre commun de S&E permettant de rendre compte de leurs travaux de manière unifiée. Grâce à des consultations d'universitaires et d'experts, au niveau mondial, régional et national - fondées sur les six principes clés des Directives du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence - le Cadre commun de S&E décrit dans la présente publication offre un énoncé des objectifs et cinq résultats, ainsi qu'une sélection d'indicateurs et de MoV. Le cadre vise à aider les organisations à utiliser au moins une (ou quelques) de ces mesures, de façon éthique, dans le cadre de leurs efforts visant à réduire la souffrance et à améliorer le bien-être mental et psychosocial.



DONNEZ-NOUS VOTRE AVIS

Le Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence est le premier produit de ce type. Il est destiné à guider les approches de S&E en lien avec les objectifs des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. De nouvelles utilisations et de nouveaux essais aux niveaux régional et national devraient donner lieu à de nouveaux enseignements utiles. Vos commentaires sur l'aide apportée par cette publication ou vos suggestions en vue de l'améliorer contribueront grandement à ses révisions futures. Merci d'envoyer vos commentaires au Groupe de référence du CPI pour la SMSPS, à : mhps.refgroup@gmail.com.

ANNEXE 1

Analyses universitaires pour l'élaboration du Cadre d'évaluation (objectif, résultats et indicateurs)

INTRODUCTION

L'université Johns-Hopkins a procédé à deux types d'analyses afin d'orienter l'élaboration du Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Elle s'est tout d'abord intéressée aux documents relatifs aux cadres logiques et à la « théorie du changement ». Elle a ensuite analysé la littérature universitaire afin de déterminer les stratégies les plus couramment appliquées pour suivre et évaluer les interventions de SMSPS dans les contextes humanitaires des pays à revenu faible et intermédiaire. La première phase du processus d'analyse a révélé des recoupements importants et pouvant prêter à confusion dans les objectifs et les résultats des projets, ainsi qu'un manque de clarté au sujet des définitions des objectifs et des buts des programmes et de la recherche en matière de SMSPS. En outre, alors que la plupart des rapports sur les projets de SMSPS portaient sur des concepts plus généraux de SMSPS (comme les descriptions du soutien psychosocial général, la fourniture d'information et le renforcement du soutien communautaire et familial), l'analyse a révélé que les recherches continuaient à se concentrer principalement sur les interventions cliniques individuelles et la formation pour atteindre ces objectifs. Les conclusions de la première phase de l'analyse ont confirmé qu'un cadre commun de S&E pour la SMSPS, fondé sur les Directives du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, serait très utile pour améliorer la capacité des acteurs de la SMSPS d'aligner leurs plans de travail sur un objectif et une gamme de résultats communs. La deuxième phase de l'analyse a consisté à définir des indicateurs potentiels pour le cadre.

MÉTHODES

Des cadres logiques et des documents sur la théorie du changement ont été recueillis auprès des organisations membres du Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial (CPI SMSPS GR) dans les situations d'urgence. Ils portaient sur différentes disciplines dans lesquelles sont déployées des activités de SMSPS.

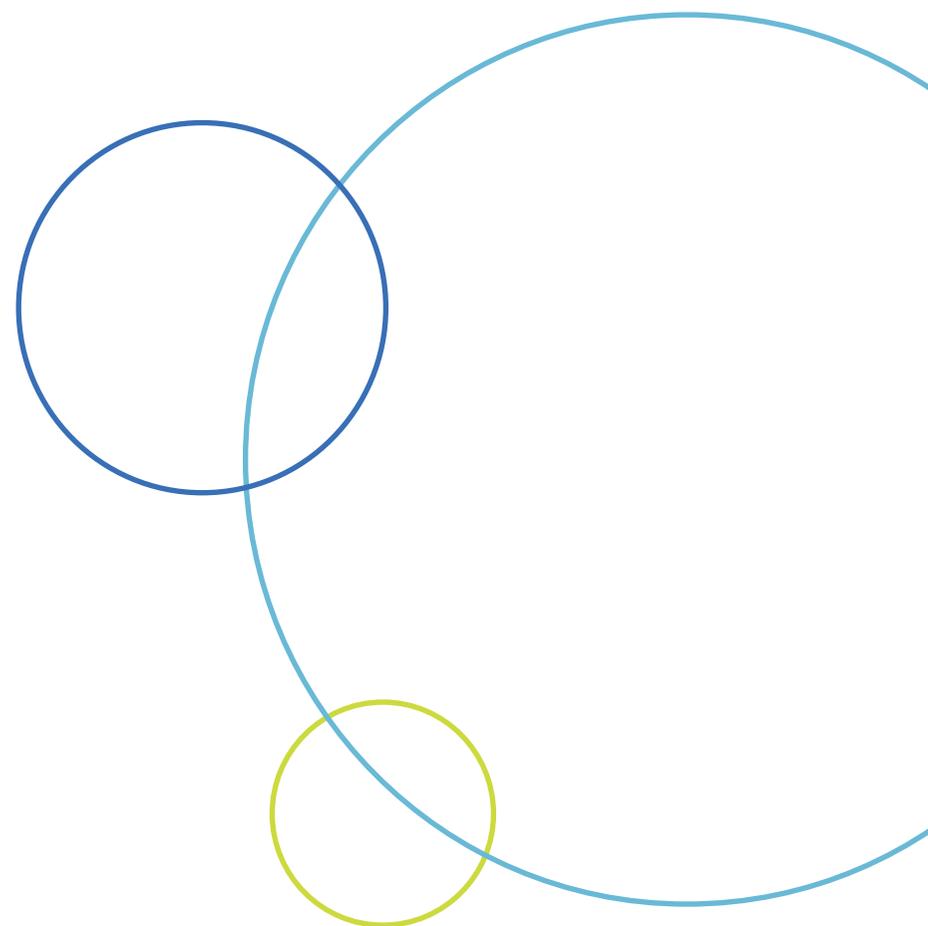
Tous les cadres logiques, documents sur la théorie du changement, emplacements géographiques, agences, individus, bailleurs de fonds et détails budgétaires ont été anonymisés avant d'extraire les données de ces documents. Les bases de données Embase, PILOTS, PsycInfo, PubMed / MEDLINE ainsi que les bases de données régionales de l'OMS ont été consultées à la recherche d'études examinées par des pairs. La recherche de publications universitaires s'est limitée à des articles examinés par des pairs qui décrivaient le S&E des activités de SMSPS dans les contextes humanitaires des pays à revenu faible et intermédiaire. L'analyse a fait appel à des stratégies d'induction et de déduction. Les concepts relatifs à la SMSPS ont été regroupés « à partir de zéro », en utilisant la stratégie inductive pour l'analyse de contenu thématique. La stratégie déductive a été utilisée d'abord pour mettre les données en correspondance, puis pour regrouper les thèmes en suivant l'objectif et des résultats élaborés par le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence. Le classement inductif des thèmes a permis de noter des différences systématiques dans la mise en correspondance et des lacunes dans la version actuelle du Cadre.

RÉSULTATS

À partir de l'analyse déductive, la répartition de l'établissement des correspondances entre les informations extraites des cadres logiques et des articles et l'objectif, les résultats et les indicateurs du Cadre d'évaluation envisagé est présentée respectivement aux figures 5 et 6. Dans l'ensemble des cadres logiques et des articles revus par les pairs, **six thèmes distincts** ont été identifiés à l'aide de l'analyse inductive au niveau de l'objectif et des résultats :

1. Améliorer la résilience, favoriser le bien-être social et prévenir les problèmes psychosociaux et de santé mentale. L'idée fondamentale que recouvre ce thème est que les programmes visent à soutenir ou à améliorer la résilience et le bien-être des individus.
2. L'objectif consistant à réduire les troubles mentaux, les symptômes psychosociaux et les déficiences fonctionnelles associées grâce à une prise en charge.
3. Renforcer les capacités afin de pouvoir identifier les problèmes de SMSPS, intervenir et les contrôler. Si ce thème peut être implicite à l'objectif global prévu pour le cadre, il n'était pas directement reflété dans les résultats, ce qui indiquait une lacune potentielle (étant donné que de nombreux cadres logiques et articles le mentionnaient explicitement comme objectif).
4. L'objectif consistant à favoriser un développement humain optimal au sein des systèmes sociaux existants. Ce thème diffère du deuxième thème en ce sens que les programmes visent spécifiquement à appuyer ou à améliorer les structures et les systèmes communautaires qui, à leur tour, favoriseraient le développement sain des individus et amélioreraient la qualité de vie, y compris la santé physique et le développement social et économique.
5. Objectifs macroéconomiques visant à établir la paix entre les groupes après les conflits et à résoudre les problèmes structurels au sein des sociétés.

6. Les objectifs consistant à protéger les groupes vulnérables comme les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées.



CONCLUSIONS

Dans l'ensemble, il est ressorti des analyses que l'ébauche du Cadre d'évaluation pourrait être appliquée de façon générale aux programmes existants et à la littérature examinée par les pairs, mais qu'il serait essentiel de définir clairement les buts et les résultats pour une telle application. Les analyses ont également révélé que, même si des moyens de vérification solides sur le plan psychométrique sont publiés dans la littérature examinée par des pairs, ils n'étaient pas couramment appliqués aux cadres logiques ou aux théories du changement utilisées dans la programmation.

FIGURE 5

Fréquence de correspondance entre les résultats du Cadre commun de S&E et les cadres logiques

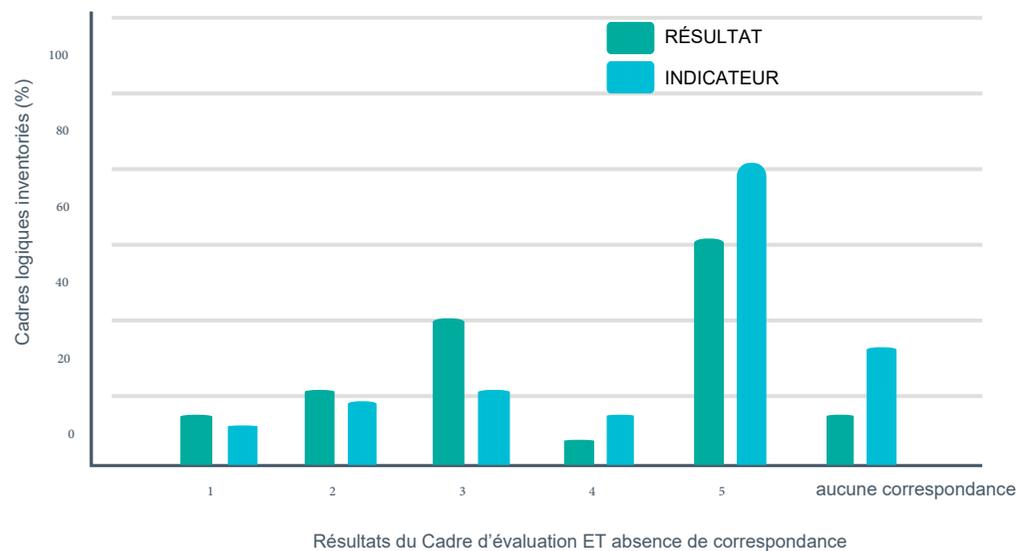
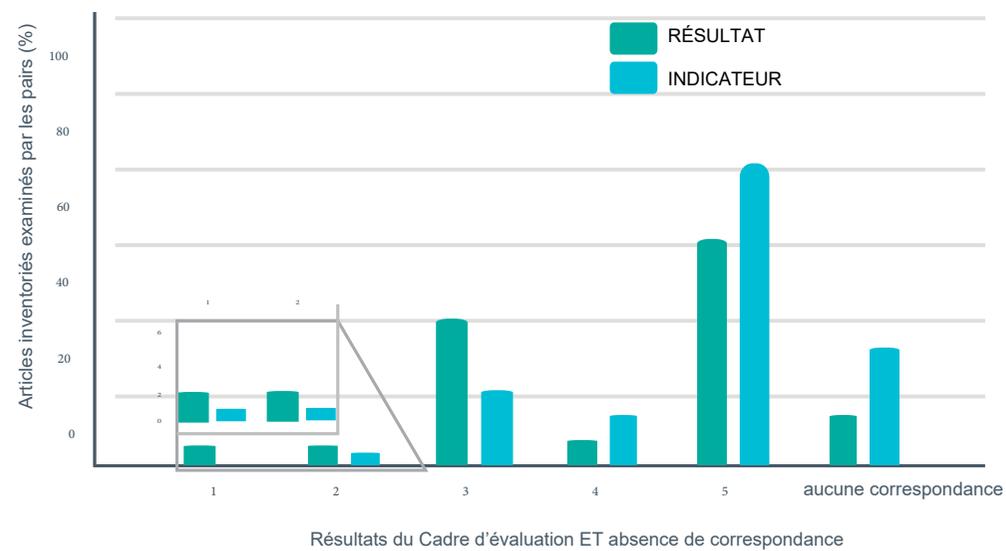


FIGURE 6

Fréquence de correspondance entre résultats du Cadre de S&E et les articles et chapitres d'ouvrages examinés par les pairs



Processus systématique de sélection des moyens de vérification

Des moyens de vérification correspondant aux six indicateurs d'impact ont été identifiés au moyen d'analyses de la littérature et d'un appel lancé aux organisations membres du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) sur la SMSPS dans les situations d'urgence pour qu'elles partagent les MoV et les approches qu'elles utilisent couramment, y compris les approches de mesure quantitatives et qualitatives. Les études publiées ont également été identifiées à partir de six analyses de la littérature^{23, 24, 25, 26, 27} et ont été incluses dans l'analyse si elles avaient utilisé au moins un outil de mesure (MoV) pour évaluer l'un des six indicateurs d'impact.

Pour évaluer les MoV définis dans le cadre du processus d'analyse, un groupe de travail thématique du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence a défini des critères « d'inclusion / d'exclusion » au regard desquels chaque mesure déterminée a été évaluée. Pour qu'un MoV soit inclus, il devait satisfaire à quatre critères évalués de façon séquentielle, ce qui signifie que si une mesure donnée ne satisfaisait pas au premier critère, les autres critères n'étaient pas évalués. Les critères étaient (dans l'ordre) :

1. L'accessibilité (c'est-à-dire un bien public mondial avec accès libre) ;
2. La pertinence (c'est-à-dire pertinent pour au moins un des six indicateurs ; utilisé dans au moins une autre langue que celle dans laquelle il a été créé ; utilisé dans un environnement à faibles ressources) ;
3. La faisabilité (c'est-à-dire un temps d'administration bref, des conseils disponibles pour l'établissement du score et l'interprétation des données) ; et
4. Des propriétés de mesure appropriées (c'est-à-dire qu'il est démontré qu'elles sont suffisamment fiables et valides dans au moins deux contextes).

Chacune des mesures identifiées lors de l'analyse a été évaluée en fonction des critères d'inclusion / d'exclusion. Les mesures répondant aux critères ont été triées en fonction des tranches d'âge et des indicateurs d'impact. Une réunion multipartite a examiné ces mesures et a sélectionné les mesures finales pour chaque indicateur d'impact et tranche d'âge.

- » Lorsqu'il y avait plus de cinq mesures par tranche d'âge (par indicateur), le groupe a fourni une justification pour sa sélection (par exemple, mesure bien connue, de nombreux organismes utilisent déjà la mesure, facilité d'administration).
- » Au cours de ce processus, des lacunes ont été relevées au niveau des mesures à l'intérieur des groupes d'âge et des indicateurs d'impact. Pour aborder ces lacunes, les domaines dans lesquels elles étaient observées ont été analysés en profondeur et les mêmes processus ont été répétés. Les lacunes spécifiques relevées à ce stade comprenaient des mesures du développement des jeunes enfants (mesures pour les enfants de moins de 5 ans), la stigmatisation, les liens sociaux et le comportement, ainsi que la consommation d'alcool et de drogues. Les membres du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence ont également proposé des mesures spécifiques à mi-parcours de l'analyse et ont été évaluées (au regard des critères d'inclusion / d'exclusion) lors de la réception des propositions.
- » Afin de déterminer les MoV se rapportant spécifiquement à ces domaines particuliers où des lacunes avaient été relevées, des consultations ont été menées avec des experts du contenu et les mesures proposées par les experts ont été évaluées au regard des critères d'inclusion / d'exclusion.

À l'origine, le groupe de travail a déterminé sept tranches d'âge possibles à considérer pour chaque indicateur d'impact : 0-4, 5-9, 10-15, 16-19, 20-25, 26-59 et 60 ans et plus. Cependant, au fur et à mesure que les mesures étaient évaluées et choisies, les tranches d'âge des enfants variaient et montraient une répartition plus fréquente entre 0 et 5 ans, entre 6 et 11 ans et entre 12 et 17 ans. Parmi les mesures évaluées, la plupart ne faisaient pas de distinction claire entre les groupes d'âge adulte, c'est-à-dire entre les jeunes adultes (18 à 25 ans), les adultes (26 à 59 ans) et les personnes âgées (60 ans et plus). Elles ont donc été combinées et fournies comme une seule tranche d'âge. Néanmoins, la subdivision des âges adultes a été documentée dans le Cadre pour noter l'absence de différenciation des mesures concernant les adultes selon les différentes phases de la vie adulte. Les MoV concernant les enfants sont également indiqués aux annexes 8 et 9 lorsqu'ils peuvent être pertinents pour des enfants légèrement plus âgés ou plus jeunes que ceux représentés dans les tranches d'âge spécifiques.

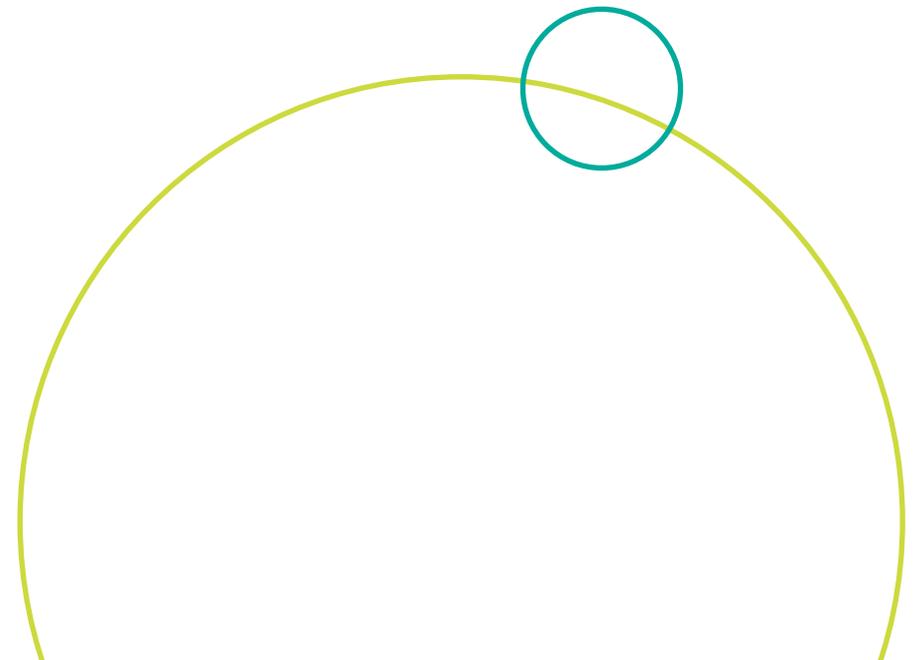
Des approches qualitatives ont été identifiées dans les analyses de la littérature et des tentatives ont été faites pour les organiser selon un cadre couramment utilisé.²⁸ Cependant, cela a principalement conduit à l'utilisation d'approches qualitatives communes, comme les discussions de groupe dirigées (DGD) ou les interviews des informateurs clés, et la littérature ne précisait pas la gamme de stratégies utilisables dans de telles approches (par exemple, la cartographie corporelle, le classement). Par conséquent, une stratégie différente a été employée. Le groupe de travail a défini le concept central de chaque indicateur d'impact, afin que celui-ci puisse servir à éclairer le choix des méthodes qualitatives.

Il était clair que, dans la pratique, la pertinence et la qualité des approches qualitatives dépendent en grande partie de la population cible (par exemple, l'adéquation de l'âge), de la façon dont les méthodes sont mises en œuvre (comme la façon dont on facilite l'établissement d'une discussion de groupe dirigée (DGD) et des systèmes d'analyse (par exemple, l'analyse de thèmes ou l'établissement de théories selon la théorie de la connaissance, la perspective théorique et la méthodologie). Ensuite, le groupe de travail a demandé aux membres du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations

d'urgence de lui communiquer des approches qualitatives couramment utilisées. Ces approches ont donc été évaluées pour leur pertinence par rapport aux indicateurs d'impact liés à l'âge, avec l'appui de consultations d'experts.

Pour ce qui est des MoV quantitatifs, le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence a demandé aux développeurs concernés l'autorisation d'inclure leurs documents dans le présent document. Les développeurs ont également confirmé les informations fournies à l'Annexe 8. Ce document d'orientation final a été préparé par les organismes du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations sur la SMSPS et a fait l'objet de multiples examens par des pairs avant sa publication.

Ce processus d'évaluation des moyens de vérification a mis en évidence des lacunes importantes : notamment pour les mesures concernant les jeunes adultes (différenciées de celles des adultes), des personnes âgées de plus de 60 ans et des personnes ayant une consommation nocive d'alcool et de drogue. De nombreux outils sont disponibles dans ces domaines au niveau mondial, mais leur utilisation et leur adéquation aux contextes humanitaires nécessitent des recherches plus approfondies. En outre, il convient de noter que si les MoV identifiés peuvent avoir fait la preuve de leur validité et de leur fiabilité dans différents contextes, il ne s'agissait pas nécessairement de contextes humanitaires et aucune mesure n'est universellement applicable.

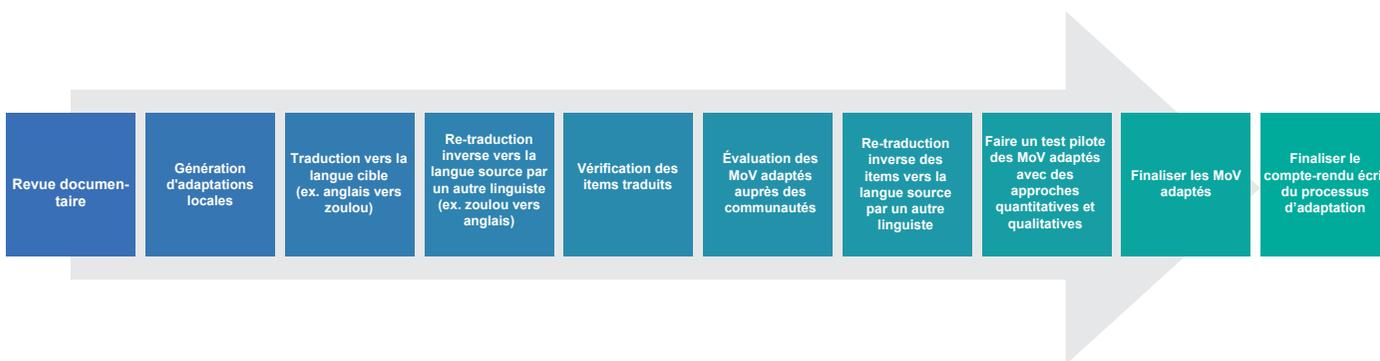


Adapter un MoV existant

L'adaptation de MoV existants à un contexte ou à un cadre local peut être un processus très important pour lancer un suivi et une évaluation efficaces. Les processus d'adaptation varient en fonction de la durée et du nombre (ou du coût) des ressources nécessaires. Cela dépend du nombre d'adaptations effectuées. La Figure 7 résume les étapes communes de l'adaptation des MoV existants. Toute adaptation doit veiller à ce que chaque étape soit traitée, même si certaines peuvent prendre moins de temps ou exiger moins de ressources, selon les adaptations effectuées. Si vous avez un spécialiste local en SMSPS qui parle à la fois la langue des MoV d'origine et la langue du pays ou de la population locale où ces MoV sont mis en œuvre (par exemple, l'anglais et le zoulou), le processus d'adaptation pourrait se révéler plus efficace.

FIGURE 7

Résumé des processus d'adaptation de MoV existants



Le Tableau 6 détaille les étapes présentées dans la Figure 7.

Il est recommandé de bien documenter chaque étape par écrit. L'Annexe 10 fournit un modèle de formulaire de suivi de l'adaptation et de la traduction à l'appui de la documentation, qui permet de consigner les décisions prises au sujet d'items, de mots ou de concepts particuliers et de suivre le processus afin de pouvoir y faire référence plus tard. Cela peut être utile lorsque des adaptations supplémentaires sont faites dans la même langue, puisque de nombreux MoV de SMSPS se réfèrent à des idées ou des mots similaires (par exemple, le stress, la tristesse, le bonheur, le bien-être), et peuvent également aider à l'élaboration d'un glossaire évolutif de termes pertinents au niveau local à partager avec les nouveaux acteurs de SMSPS qui se joignent à une intervention. À chaque étape, un processus d'adaptation devrait viser à atteindre quatre critères importants :

- 1. Compréhensibilité :** L'élément adapté / traduit est-il connu et clair pour la population locale ?
- 2. Acceptabilité :** Est-ce que certaines personnes ou communautés seraient à l'aise de répondre honnêtement à cet élément ? Par exemple, l'élément est-il approprié et pourrait-il causer un préjudice ou imposer un fardeau (par exemple, la stigmatisation, l'embarras, la détresse, la durée) ?
- 3. Pertinence :** L'article est-il applicable (pertinent) dans la culture locale ?
- 4. Exhaustivité :** L'article adapté / traduit a-t-il la même signification (évalue-t-il le même concept) que les MoV originaux ?

TABLEAU 6. DESCRIPTION DES ÉTAPES D'ADAPTATION D'UN MOV EXISTANT

<p>Revue documentaire (évaluer la compréhensibilité, l'acceptabilité, la pertinence)</p>	<p>Une analyse des documents existants sur la SMSPS, de la culture et du contexte locaux fournit des renseignements importants pour le processus d'adaptation. Il peut renseigner sur ce qui pourrait être pertinent ou acceptable pour les populations locales ainsi que sur les termes qu'elles utilisent (par exemple, utiliser l'expression « trop penser » pour décrire la dépression ou l'anxiété). Une revue documentaire devrait inclure des informations comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les expressions locales employées pour désigner la détresse ; • la manière dont la population locale comprend ou perçoit la santé mentale et les problèmes psychologiques ; • les concepts relatifs au soi/à la personne (relations entre le corps, la pensée, l'âme, l'esprit, la communauté, etc.) ; • les comportements typiques de recherche d'aide ; • les disparités entre les genres pour chacun des facteurs ci-dessus. <p>À défaut de documents existants, il est possible de rechercher des informations de même nature au moyen de discussions brèves et informelles avec des informateurs clés locaux (agents de santé, aînés de la communauté, enfants ou parents, etc.). C'est ce qu'on appelle informations ethnographiques (mais il n'est peut-être pas nécessaire ou possible d'entreprendre une étude ethnographique complète).</p>
<p>Génération d'adaptations locales (évaluer la compréhensibilité, l'acceptabilité, l'exhaustivité)</p>	<p>Des adaptations du MoV original peuvent être suggérées en collaboration avec des locuteurs de la langue locale qui, dans l'idéal, ont une expérience de la SMSPS et/ou du S&E. Les changements requis varieront, mais voici quelques adaptations couramment réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des mots ou des concepts qu'il pourrait être difficile de décrire dans une culture donnée (distinguer le stress de l'anxiété, par exemple) ; • des items sur lesquels il serait indiscret ou inacceptable de poser des questions (orientation sexuelle, questions potentiellement offensantes comme celles qui insinuent qu'une mère ne prodigue pas les soins nécessaires, etc.) ; • des items qui peuvent ne pas être pertinents (capacité à se concentrer sur des émissions télévisées, etc.) ; • les degrés de mesure, notamment les perceptions locales de « un peu », « relativement » et « beaucoup », ainsi que la manière optimale de les représenter (mots, images, etc.).
<p>Traduction vers la langue cible</p>	<p>Une personne bilingue (une personne qui lit et parle à la fois la langue du MoV original et la langue locale) traduit le MoV adapté dans la langue locale.</p>
<p>Re-traduction inverse vers la langue source par un autre linguiste (évaluer la compréhensibilité, la pertinence, l'exhaustivité)</p>	<p>Une autre personne bilingue retraduit la traduction dans la langue cible vers la langue originale du MoV. Cette opération est dite « à l'aveugle », car la personne qui effectue cette rétro-traduction ne doit pas avoir accès au MoV original, ni l'avoir vu auparavant.</p>
<p>Vérification des items traduits (évaluer la compréhensibilité, l'acceptabilité, la pertinence, l'exhaustivité)</p>	<p>Le MoV original est comparé à la re-traduction inverse. Cette comparaison doit, de préférence, être réalisée dans le cadre d'une réunion avec les traducteurs (traduction vers la langue cible et re-traduction inverse), ainsi qu'avec un spécialiste de la SMSPS chargé de confirmer que la structure du MoV et le sens des mots et des concepts sont maintenus. Lorsque des items ou des mots soulèvent un problème, ils peuvent être discutés par le groupe (traducteurs et spécialiste de la SMSPS) afin de convenir de la meilleure solution.</p>
<p>Évaluation du MoV adapté auprès des populations visées (évaluer la compréhensibilité, l'acceptabilité, la pertinence)</p>	<p>Le MoV entièrement traduit et adapté est examiné lors de discussions de groupe dirigées (DGD) par des membres sélectionnés de la population visée. Les DGD doivent inclure des représentants de tout sous-groupe important avec lequel le MoV sera utilisé (genre et tranches d'âge pertinents, personnes handicapées, groupes de réfugiés ou d'hôtes, etc.). Au cours des DGD, les participants peuvent être invités, de manière adaptée à leur âge, à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • décrire chaque élément et commenter sa signification (compréhensibilité) ; • décrire leur réponse probable à ces questions (acceptabilité) ; • confirmer si ces items présentent des difficultés pour les gens de leur localité (pertinence) ; et • proposer des substituts ou des améliorations aux items, comme d'autres mots utilisés localement ou d'autres idées pour communiquer les items évalués.
<p>Re-traduction inverse des items révisés vers la langue source par un autre linguiste (évaluer la compréhensibilité, la pertinence, l'exhaustivité)</p>	<p>Après l'évaluation du MoV adapté auprès des populations visées, une re-traduction inverse des items révisés vers la langue source, effectuée par un autre linguiste, est entreprise en vue de la vérification des items traduits. Remarque : si d'autres modifications sont requises, vous devrez peut-être de nouveau faire réaliser des re-traductions inverse vers la langue source par un autre linguiste bilingue.</p>

<p>Utiliser des approches quantitatives et qualitatives pour tester les MoV adaptés (évaluer la compréhensibilité, l'acceptabilité, la pertinence, l'exhaustivité, ainsi que la faisabilité, l'accessibilité, la fiabilité et la validité).</p> <p>Suivant le nombre de modifications apportées lors de l'adaptation, le soutien de spécialistes de la SMSPS, du S&E ou de la recherche peut être indispensable. Il peut également être nécessaire de procéder à un examen et à une approbation éthiques.</p>	<p>Le test pilote d'un MoV adapté dans la langue dans laquelle il sera utilisé vise à étudier la façon dont il fonctionne en pratique dans le cadre prévu. Il permet de déterminer si ce MoV adapté satisfait aux critères de mesure (compréhensibilité, acceptabilité, pertinence, exhaustivité) et, en cas d'approches quantitatives, d'évaluer la fiabilité, la validité et autres propriétés psychométriques. En cas d'approches qualitatives, il sert à évaluer des critères comme la faisabilité et l'accessibilité.</p> <p>Lorsque l'adaptation n'a donné lieu qu'à des changements peu nombreux ou mineurs par rapport aux MoV d'origine, une évaluation quantitative complète peut ne pas être requise. Il est alors recommandé, lorsqu'une évaluation quantitative n'est pas entreprise, d'approfondir davantage l'évaluation qualitative. Cela inclurait un entretien cognitif. Ce type d'entretien vise à s'assurer que les répondants peuvent comprendre les items/questions et qu'ils le font a) de façon cohérente et b) de la manière prévue.</p> <p>L'entretien cognitif demande aux participants de verbaliser leur compréhension des items pour voir s'ils les interprètent de la manière prévue, ou différemment. Chaque participant au test, après avoir répondu à une question, est invité à décrire son processus décisionnel au moyen des questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi avez-vous donné cette réponse ? • Comment avez-vous compris cette question ? <p>Si un MoV adapté (ou un nouveau MoV) a subi des changements majeurs (modification d'un certain nombre d'items, de la portée des réponses ou des options de réponse, du contenu des items ou changement de mots clés entraînant une différence de sens par rapport à l'original), une évaluation quantitative de la fiabilité et de la validité peut être nécessaire.</p> <p>La fiabilité est généralement évaluée de trois façons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la fiabilité interne (cohérence interne), qui garantit que les items d'une mesure produisent systématiquement les mêmes résultats ; • la fiabilité du test/re-test, qui garantit que les réponses sont susceptibles d'être cohérentes/similaires dans le temps (c'est-à-dire à différents moments dans des conditions similaires) ; • la fiabilité inter-évaluateurs, qui permet de s'assurer que différentes personnes répondant aux informations donnent des réponses cohérentes/similaires pour le même comportement ou la même présentation des symptômes. <p>Il existe de nombreux types de validité de mesure qui peuvent être évalués, mais ils se répartissent en trois grandes catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • validité du concept - la mesure dans laquelle une mesure évalue le concept théorique qu'elle est censée mesurer (par exemple, si une mesure de l'espoir identifie correctement une personne pleine d'espoir) ; • validité du contenu - la mesure dans laquelle le contenu du MoV représente le(s) concept(s) à mesurer ; • validité liée à un critère - force de la relation entre le MoV et un critère externe mesurable. <p>Les détails et les statistiques nécessaires pour déterminer la fiabilité et la validité quantitatives dépassent le cadre de ce guide. De nombreux spécialistes en S&E, des spécialistes en SMSPS et des universitaires engagés dans la recherche sur la santé connaissent ces approches et peuvent aider à planifier la réalisation de tests de fiabilité et de validité. Cependant, il est essentiel d'être préparé. L'établissement de la fiabilité et de la validité d'une mesure prend du temps (1 à 3 mois) et peut exiger beaucoup de ressources. Il faudra parfois administrer plusieurs questionnaires à plusieurs reprises à plusieurs personnes ou groupes. Dans une crise prolongée, il est possible de disposer de temps et de fonds pour un travail détaillé de ce type, mais il est peu probable que cette approche soit adaptée à une situation d'urgence soudaine.</p>
<p>Finaliser les MoV adaptés</p>	<p>Après le test pilote, des ajustements mineurs supplémentaires sont apportés au MoV pour finaliser son adaptation. Si le test suggère que le MoV requiert des changements majeurs (par exemple, de nombreux items doivent être ajoutés, supprimés ou reformulés, ou la procédure d'administration a changé de manière significative), alors les étapes précédentes du processus devront être répétées.</p>
<p>Finaliser le compte-rendu écrit du processus d'adaptation</p>	<p>Le fait de documenter les étapes et les adaptations au fil du temps et d'inclure une copie finale des deux versions linguistiques du MoV adapté complète la consignation au dossier du processus d'adaptation. Ces informations seront d'une grande utilité si de nouveaux MoV sont adaptés à la même langue. Elles fourniront également la preuve que les MoV ont été correctement adaptés et qu'ils constituent un solide outil de mesure. Le partage de ces ressources (par exemple avec des groupes de travail techniques ou en ligne) peut également réduire les doublons et faire gagner un temps précieux et des ressources aux d'autres personnes travaillant avec ces populations. Le fait de faire état des défis rencontrés au cours du processus ainsi que d'éventuelles limites aux MoV adaptés (ce qui est vrai pour chaque mesure) aidera les autres à utiliser les informations et la mesure adaptée de manière appropriée.</p>

Notes concernant les annexes 4 à 7



Les annexes suivantes présentent des exemples de cadres logiques pour différents types d'interventions de SMSPS en situations d'urgence. Les cadres logiques ne constituent pas des exemples exhaustifs ou techniques de programmes de SMSPS. Ils n'ont pas non plus vocation à être instructifs ou à illustrer la manière dont les programmes de SMSPS devraient être conçus. Cependant, ils sont destinés à fournir un exemple abrégé de la manière dont les aspects du Cadre commun de S&E et les moyens de vérification pourraient être intégrés dans une conception de programme plus large et spécifique à l'organisation.

La description du contexte et du programme se basent sur des scénarios courants en situations d'urgence et sur les types d'objectifs, de résultats et de réalisations que vise ce type de programme. À partir du contexte, des besoins qui ont été évalués et des priorités de l'organisation, un programme est conçu, lequel devrait comprendre les éléments suivants :

- » Pour les objectifs du programme, au moins un indicateur d'impact (IO) est sélectionné parmi ceux du Cadre d'évaluation et intégré aux mesures.
- » Pour les résultats du programme, au moins un résultat ainsi qu'un ou plusieurs indicateurs (I) de résultat sont sélectionnés parmi ceux du Cadre d'évaluation et intégrés aux mesures.
- » Des exemples de réalisations montrent les types d'activités qui peuvent permettre l'atteinte des résultats puis de l'objectif.
- » Des MoV pouvant inclure des informations programmatiques ou d'autres types d'informations et/ou les MoV inclus dans ce cadre.

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

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

ANNEXE 4

Modèle de cadre pour la fourniture de matériel d'urgence en réponse à une séisme

Description du contexte et du programme : un séisme a frappé la capitale du pays, laissant des centaines de milliers de personnes sans logement ni accès aux services de base. Votre organisation a mis en place une intervention d'urgence pour aider les familles à subvenir à leurs besoins immédiats, avec des abris temporaires et la distribution de kits familiaux d'articles non alimentaires. Il vous est

demandé d'intégrer les aspects psychosociaux dans le travail de secours initial, en veillant à ce que les principes fondamentaux des Lignes directrices du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial en situations d'urgence soient respectés et que les personnes reçoivent l'aide en toute sécurité et dans la dignité.

Exemple (version abrégée) de cadre logique :

	Indicateurs	Moyens de vérification
Objectif du programme : Les familles touchées par le séisme se sentent en sécurité, ont accès aux fournitures d'urgence et se sentent prêtes à faire face aux activités de relèvement d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de personnes touchées qui disposent d'abris et des articles non alimentaires nécessaires • Pourcentage de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui déclarent se sentir en sécurité, calmes et capables de faire face aux problèmes [IO2] 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation sur le projet • Évaluation rapide post-distribution • Entrevues avec des informateurs clés • Questionnaire Brief COPE
Résultat A : Le matériel nécessaire aux besoins fondamentaux est distribué à 5000 familles	<ul style="list-style-type: none"> • 5000 tentes utilisées par des familles en ont besoin • 5000 kits familiaux d'articles non alimentaires utilisés par des familles en ont besoin 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier de distribution
Résultat A.1 : Distribution de 5000 tentes à quatre places		
Résultat A.2 : Distribution de 5000 kits familiaux d'articles non alimentaires		
Résultat B : Les interventions d'urgence ne causent pas de préjudice, sont respectueuses de la dignité des personnes, sont participatives, propriété de la communauté et sont acceptables socialement et culturellement pour celle-ci. [R1]	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage du personnel formé et suivant les directives du CPI sur la SMSPS en situations d'urgence [R1.4] • Nombre de personnes affectées connaissant les codes de conduite des travailleurs humanitaires et sachant comment faire part de leurs préoccupations en cas de violation [R1.6] • Pourcentage de personnes affectées affirmant que les interventions d'urgence (i) correspondent aux valeurs locales, (ii) sont appropriées et (iii) sont fournies de façon respectueuse [R1.1] 	<ul style="list-style-type: none"> • Registres de formation du projet • Dossier de distribution • Évaluation rapide post-distribution • Entrevues avec des informateurs clés • Discussions de groupe dirigées
Résultat B.1 : Le personnel assurant l'intervention d'urgence est informé des Directives du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial en situations d'urgence par le biais d'aide-mémoire pertinents pour leurs secteurs		
Résultat B.2 : Femmes, hommes, filles et garçons sont consultés aux fins de recenser les articles essentiels à inclure dans les kits d'articles non alimentaires		
Résultat B.3 : Des prospectus où figurent des renseignements sur l'organisation, une liste des droits des bénéficiaires ainsi qu'une description du mécanisme de plainte sont préparés, imprimés et inclus aux kits à distribuer		

Modèle de cadre pour un programme de protection et de soutien aux femmes victimes de violence sexuelle ou à risque de subir ces violences

Description du contexte et du programme : un conflit fait rage depuis des années, et les femmes font état de violences sexuelles ayant eu lieu dans le passé et encore à présent. Les femmes se sentent donc en danger et ne se sentent pas libres d'aller et venir dans la communauté. De plus, de nombreuses

femmes souffrent d'épisodes dépressifs au point de se sentir incapables de vaquer aux activités

Exemple (version abrégée) de cadre logique :

quotidiennes. En collaboration avec un organisme local de protection sociale, votre organisation met en chantier un programme visant à répondre aux besoins des femmes de la communauté Zai victimes de violence sexuelle, ou qui risquent de l'être.

	Indicateurs	Moyens de vérification
<p>Objectif du programme : réduire la souffrance et améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial [O] chez les femmes de la communauté Zai</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de femmes Zai qui se sentent en sécurité dans leur communauté [R2.6] • Pourcentage de femmes de la communauté Zai, bénéficiant de services de santé mentale et de soutien psychosocial, qui parviennent à mieux réaliser les activités quotidiennes [IO.1] • Nombre de cas de violence sexuelle signalés au sein de la communauté Zai 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de l'OMS pour l'évaluation de l'incapacité (WHODAS 2.0) • Enquête auprès des femmes locales au sujet de la sécurité et du bien-être subjectif • Cartographie des risques et des ressources • Évaluation des obstacles à l'accès aux soins (BACE) • Documents reçus des autorités locales
<p>Résultat A : Les femmes sont en sécurité, protégées [R2] et libres de se déplacer dans leur communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des femmes qui, à la suite de leur formation, utilisent leurs nouvelles connaissances et compétences pour prévenir les risques et orienter les personnes [R2.4] • Pourcentage de femmes Zai qui se sentent en sécurité dans leur communauté [R2.6] 	<ul style="list-style-type: none"> • Registres de formation du projet • Enquête auprès des femmes locales au sujet de la sécurité et du bien-être subjectif • DGD
<p>Résultat A.1 : Des interventions visant à atténuer les risques sont réalisées : latrines mieux situées et dotées d'un éclairage adéquat, fourneaux économes en combustible et formation de groupes à la sécurité du déplacement</p>		
<p>Résultat A.2 : Des groupes de la population locale apprennent et mettent en œuvre des mesures de « sécurité par smartphone » pour promouvoir des itinéraires sûrs pour les femmes qui se déplacent dans leur localité</p>		
<p>Résultat A.3 : Des affiches sont conçues afin de promouvoir les services disponibles aux femmes souffrant de dépression</p>		
<p>Résultat B : Les assistants sociaux de proximité proposent une thérapie interpersonnelle aux femmes souffrant de dépression [R5]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de femmes de la communauté Zai bénéficiant d'une thérapie interpersonnelle [R5.4] • Pourcentage de femmes de la communauté Zai bénéficiant d'une thérapie interpersonnelle et signalant une meilleure performance de leurs activités et une réduction des symptômes dépressifs [IO.1 ; IO.3] • Les assistants extra-médicaux qui assurent des interventions de thérapie interpersonnelle se disent satisfaits du soutien à l'encadrement 	<ul style="list-style-type: none"> • Registres des patients • Échelle de l'OMS pour l'évaluation de l'incapacité (WHODAS 2.0) • Questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9) • Données hebdomadaires sur la dépression recueillies au début des séances de thérapie interpersonnelle • DGD avec les assistants extra-médicaux
<p>Résultat B.1 : Formation de trente assistants extra-médicaux offrant des thérapies interpersonnelles dans 10 bureaux locaux d'aide sociale</p>		
<p>Résultat B.2 : Des assistants extra-médicaux offrent des thérapies interpersonnelles</p>		
<p>Résultat B.3 : Les assistants extra-médicaux de la thérapie interpersonnelle participent à un encadrement hebdomadaire de groupe</p>		

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

Description du contexte et du programme : des familles déplacées par la guerre depuis plus de trois ans vivent dans un camp de réfugiés. Les enfants ne sont pas autorisés à fréquenter l'école de la communauté d'accueil. Votre organisation coordonne un programme d'éducation informelle pour

les enfants réfugiés. Ce programme facilite un apprentissage continu, un soutien psychosocial et des activités enseignant les compétences de la vie courante.

Exemple (version abrégée) de cadre logique :

	Indicateurs	Moyens de vérification
Objectif du programme : amélioration du bien-être psychosocial [G] des enfants du camp de réfugiés	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration des liens sociaux chez les enfants [IO6] Amélioration du bien-être subjectif des enfants [IO2] Les compétences en lecture et en calcul des enfants s'améliorent d'au moins deux niveaux au cours du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Échelle de perception des liens sociaux – Révisée (SCS-R) Cartographie sociale Échelle de bien-être des enfants de Stirling (SCWBS) Récit Suivi d'indicateurs liés aux enfants Registres scolaires
Résultat A : Les enfants qui participent au programme améliorent leur aptitude à lire et à écrire, à calculer et à résoudre des problèmes [R3]	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'aptitude à lire et à écrire Amélioration des compétences mathématiques Capacité des enfants à faire face aux problèmes psychosociaux [IO4] 	<ul style="list-style-type: none"> Registres scolaires Évaluation qualitative des enfants
Résultat A.1 : Les enseignants dispensent des modules d'alphabétisation et de calcul		
Résultat A.2 : Des modules de préparation à la vie active sont déployés auprès des enfants		
Résultat A.3 : Les enseignants sont formés à enseigner dans des conditions favorables aux interactions sociales et au soutien psychosocial des enfants		
Résultat B : Les enfants ayant des besoins spécifiques en matière de protection et de santé mentale sont orientés vers des soins spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure connaissance par les enseignants des procédures d'orientation des enfants ayant des besoins spécifiques en matière de protection et de santé mentale Nombre d'enfants orientés vers des services spécialisés [R5.6] 	<ul style="list-style-type: none"> Dossiers d'orientation
Résultat B.1 : Les réseaux, les voies et les processus d'orientation sont définis et documentés		
Résultat B.2 : Les enseignants sont formés aux codes de conduite et savent déterminer s'il est nécessaire d'orienter des enfants et comment procéder		

Modèle de cadre pour un programme sanitaire visant à traiter les personnes atteintes de troubles mentaux dans les dispensaires

Description du contexte et du programme : En vue de réduire les disparités en matière de soins de santé mentale, votre organisation s'est associée avec le Ministère de la santé pour offrir une formation et un soutien aux infirmiers dispensant des soins de santé primaires afin qu'ils puissent reconnaître,

prendre en charge et traiter les femmes, les hommes, les filles et les garçons souffrant de troubles mentaux. Une composante importante de ce travail consiste à sensibiliser la collectivité aux besoins en matière de soins de proximité des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Exemple (version abrégée) de cadre logique :

	Indicateurs	Moyens de vérification
<p>Objectif du programme : Les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale voient leur santé mentale et leur bien-être psychosocial s'améliorer [O]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale qui signalent une réduction de leurs symptômes [IO.3] • Nombre de personnes atteintes de troubles mentaux signalant une meilleure performance de leurs activités [IO.1] 	<ul style="list-style-type: none"> • Registres des établissements de soins • Registres des patients et questionnaires correspondants • Questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9) • Trouble anxieux généralisé (TAG-7) • Échelle de l'OMS pour l'évaluation de l'incapacité (WHODAS 2.0) • Changement le plus significatif (MSC) • DGD
<p>Résultat A : Les infirmiers des centres de soins de santé primaires reconnaissent, prennent en charge et soutiennent les personnes atteintes de troubles mentaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'établissements médicaux dont le personnel est formé à reconnaître les troubles de santé mentale et à aider les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale [R5.1] • Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui bénéficient d'une prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances dans le cadre de services de soins de santé primaires [R5.5] • Plus grande disponibilité et réapprovisionnement en médicaments essentiels pour traiter les troubles mentaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Registres du Ministère de la santé • Registres des établissements de soins • Registres des patients
<p>Résultat A.1 : Les infirmiers des centres de soins de santé primaires bénéficient d'une formation et d'un encadrement relatifs au Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées (mhGAP-IG)</p>		
<p>Résultat A.2 : La fourniture de médicaments psychotropes est assurée</p>		
<p>Résultat B : Les collectivités et les familles soutiennent les personnes souffrant de maladies mentales et de problèmes psychosociaux [R4]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perceptions, connaissances, attitudes et comportements des membres de la population locale à l'égard des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale [R4.4] • Importance du capital social des personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale [R4.3] 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquêtes de référence et de suivi auprès de la population locale • Entrevues avec des informateurs clés et évaluation du capital social des personnes traitées pour des troubles mentaux • Échelle de discrimination et de stigmatisation (DISC-12) • Outil d'évaluation adapté et abrégé du capital social (SASCAT)
<p>Résultat B.1 : Réalisation au niveau local d'une campagne de sensibilisation sur la santé mentale</p>		
<p>Résultat B.2 : Collaboration avec des organisations locales pour encourager l'inclusion des personnes qui présentent des troubles mentaux et permettre à ces derniers d'accéder à des moyens de subsistance dans leur localité</p>		

Résumé des approches de MoV qualitatifs recommandés

Nom complet du MoV	Échelle de mesure de l'espoir chez les adultes (AHS)
Abréviation du MoV	AHS
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Adaptation
Correspondant à la tranche d'âge	17 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	L'Échelle de mesure de l'espoir chez les adultes (AHS) se compose de 12 items. Quatre d'entre eux mesurent les voies d'accès (c'est-à-dire les moyens par lesquels un individu pense pouvoir atteindre ses objectifs), quatre mesurent la détermination (c'est-à-dire la motivation et la confiance en sa capacité à agir selon les plans) et quatre sont des leurres. Les participants répondent à chaque question à l'aide d'une échelle de huit points allant de « Toujours faux » à « Toujours vrai » ; il ne faut que quelques minutes pour remplir l'échelle.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	L'AHS est un instrument d'auto-évaluation. Lien vers le score : https://ppc.sas.upenn.edu/resources/questionnaires-researchers/adult-hope-scale
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Des scores plus élevés indiquent plus d'espoir.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Dr. Charles R. Snyder
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://ppc.sas.upenn.edu/resources/questionnaires-researchers/adult-hope-scale

Nom complet du MoV	Questionnaire sur l'agressivité
Abréviation du MoV	QA
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Comportement social
Correspondant à la tranche d'âge	9 à 25 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le questionnaire sur l'agressivité (QA) est un instrument à quatre facteurs, s'articulant autour de 29 items et visant à mesurer les tendances à l'agression physique, à l'agression verbale, à la colère et à l'hostilité.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Le QA est un instrument d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/aggression-questionnaire-original-article-and-scoring</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	<p>Le score de chaque échelle est la somme des notes attribuées à ses items. Le score total de l'agression est la somme des scores de ces échelles.</p> <p>N'oubliez pas d'inverser la notation des deux items formulés dans le sens opposé à l'agression.</p>
Versions/mesures applicables	
Limites	Le QA visait à l'origine à mesurer des tendances stables à l'agressivité et non à mesurer le changement résultant d'une intervention. Cependant, il a été utilisé à cette fin dans certains contextes.
Avertissement du concepteur	Cette mesure est libre d'utilisation à des fins de recherche, de suivi et d'évaluation.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	<p>Arnold H. Buss buss@psy.utexas.edu</p> <p>Mark Perry mperry@uaptc.edu</p>
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.63.3.452

Nom complet du MoV	Test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives*
Abréviation du MoV	ASSIST
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus Personnes âgées de 12 à 17 ans avec des seuils de notation modifiés ; voir le tableau 3 sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301997/
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	L'ASSIST est un questionnaire en huit items élaboré visant à évaluer la consommation de 10 catégories différentes de substances. Il peut être utilisé pour fournir une indication du niveau de risque associé à la consommation de substances d'une personne, et si la consommation est dangereuse et susceptible de causer des dommages (maintenant ou à l'avenir) si elle se poursuit.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	L'ASSIST a été conçu pour être administré sous forme d'entretien par un travailleur de la santé ou des services sociaux. Son administration prend environ 5 à 10 minutes. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/alcohol-smoking-and-substance-involvement-screening-test-assist-manual
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Le score s'obtient en additionnant les notes des questions 2 à 7. Les réponses à la Q8 ne sont pas incluses dans le calcul des scores spécifiques de consommation de substances, mais l'injection est un indicateur de risque.
Versions/mesures applicables	Certaines versions de l'ASSIST sont disponibles sur le site web dont le lien figure ci-dessus, et dans d'autres langues que l'anglais. Veuillez contacter l'OMS pour obtenir une assistance et vous inscrire si vous envisagez de traduire les matériels ou ressources ASSIST dans votre langue.
Limites	Il est extrêmement important que les travailleurs sanitaires comprennent la notation des réponses aux questions d'ASSIST avant leur première utilisation du questionnaire. Si les réponses du client ne sont pas codées de manière appropriée, le score final peut être erroné, ce qui entraîne un retour d'information incorrect et une intervention potentiellement inadaptée.
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Projet ASSIST de l'Organisation mondiale de la Santé MSD-ADA@who.int
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2

* Certains des MoV recommandés dans ce cadre (par exemple le PHQ-9, le GAD-7, le PCL-5, le RCADS-25, l'AUDIT, l'ASSIST) sont des auto-évaluations de construction clinique. Ces mesures ne sont pas recommandées comme moyen d'estimer la prévalence exacte des troubles de la santé mentale (c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes d'un trouble dans une population). Des études ont montré que les mesures d'auto-évaluation surestiment généralement les taux d'affections mentales.^{14,15,16} Elles sont incluses ici car elles peuvent être utiles pour donner une indication approximative de l'impact d'un programme ou d'un projet de SMSPS sur la détresse (symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique). Comme mentionné ailleurs dans ce guide, les utilisateurs de ces MoV doivent accorder toute l'attention nécessaire aux preuves de validité dans le contexte local ou dans des contextes similaires avant de les utiliser.

Nom complet du MoV	Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool*
Abréviation du MoV	AUDIT
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	L'AUDIT est un questionnaire en 10 items qui évalue la consommation d'alcool d'un individu. Il comprend des questions sur la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool, la consommation excessive, les symptômes de dépendance et les problèmes liés à l'alcool. Il est bien connu pour sa capacité à identifier les personnes ayant des problèmes liés à l'alcool mais pour lesquelles la dépendance à l'alcool ne s'applique pas. Il s'est également avéré utile dans de multiples groupes culturels et pour recenser les problèmes de consommation d'alcool chez les hommes et les femmes.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Cet outil peut être administré sous la forme d'un instrument d'auto-évaluation ou d'un entretien. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/alcohol-use-disorders-identification-test-audit-manual
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Un score supérieur ou égal à 8 indique généralement une consommation d'alcool nuisible ou dangereuse. Questions 1 à 8 = 0, 1, 2, 3 ou 4 points. Les questions 9 et 10 sont notées 0, 2 ou 4 uniquement.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Département Santé mentale et toxicomanies de l'OMS MSD-ADA@who.int
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://www.who.int/substance_abuse/publications/audit/en/

* Certains des MoV recommandés dans ce cadre (par exemple le PHQ-9, le GAD-7, le PCL-5, le RCADS-25, l'AUDIT, l'ASSIST) sont des auto-évaluations de construction clinique. Ces mesures ne sont pas recommandées comme moyen d'estimer la prévalence exacte des troubles de la santé mentale (c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes d'un trouble dans une population). Des études ont montré que les mesures d'auto-évaluation surestiment généralement les taux d'affections mentales.^{14,15,16} Elles sont incluses ici car elles peuvent être utiles pour donner une indication approximative de l'impact d'un programme ou d'un projet de SMSPS sur la détresse (symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique). Comme mentionné ailleurs dans ce guide, les utilisateurs de ces MoV doivent accorder toute l'attention nécessaire aux preuves de validité dans le contexte local ou dans des contextes similaires avant de les utiliser.

Nom complet du MoV	Évaluation sur les obstacles à l'accès aux soins
Abréviation du MoV	BPNSFS (de l'anglais <i>Barriers to Accessing Care Evaluation</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Bien-être subjectif
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le BPNSFS évalue à la fois la satisfaction des besoins de la vie en général et la frustration liée à la satisfaction de ces besoins. Il comporte 21 items évaluant les besoins en matière de compétence, d'autonomie et de relation.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est un outil d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/barriers-to-accessing-careface-manual</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Des scores composites peuvent être compilés pour donner des informations sur la satisfaction des besoins et le niveau de frustration. Des scores plus élevés indiquent une plus grande satisfaction des besoins fondamentaux ou une plus grande frustration.
Versions/mesures applicables	La mesure se décline en une version adulte et une version enfant. De nombreuses traductions sont également disponibles ici : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/barriers-to-accessing-careface-manual
Limites	
Avertissement du concepteur	<p>Cette échelle est gratuite pour une utilisation dans la recherche et le S&E. Si vous souhaitez adapter l'échelle à une situation spécifique ou la traduire dans votre propre langue, veuillez envoyer un courriel à Jolene.Deeder@ugent.be et Maarten.Vansteenkiste@ugent.be aux fins du suivi.</p> <p>L'échelle ne peut être utilisée à des fins commerciales sans l'autorisation formelle et écrite de ses auteurs. Si vous envisagez d'utiliser cette échelle à des fins commerciales, vous devez contacter les auteurs ci-dessus.</p>
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Maarten Vansteenkiste Maarten.Vansteenkiste@ugent.be
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://selfdeterminationtheory.org/basic-psychological-needs-scale/

Nom complet du MoV	Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scales
Abréviation du MoV	BACE
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Bien-être subjectif ; détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le BACE mesure 30 obstacles aux soins de santé mentale, en mettant l'accent sur les obstacles spécifiques à la stigmatisation. En outre, il comprend une sous-échelle de la stigmatisation résultant du traitement afin de comprendre dans quelle mesure la stigmatisation associée aux services de santé mentale empêche une personne de rechercher des soins.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est un outil d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers le manuel et le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/the-basic-psychological-need-satisfaction-and-frustration-scale-bpnsfs-manual-mov</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Le BACE comporte des catégories de réponses allant de 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup) ; les scores les plus élevés indiquant un obstacle plus important. Trois notes différentes peuvent être attribuées pour chaque obstacle : 1) la moyenne des scores des réponses ; 2) le pourcentage de personnes interrogées déclarant avoir rencontré l'obstacle à un degré quelconque (c'est-à-dire le pourcentage encerclant 1, 2 ou 3) ; ou 3) le pourcentage de personnes ayant rencontré l'obstacle comme étant un obstacle majeur (c'est-à-dire le pourcentage entourant 3).
Versions/mesures applicables	La mesure est disponible dans plusieurs langues. Pour en savoir plus, consultez http://www.indigo-group.org/stigma-scales/
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	<p>Dr. Graham Thornicroft graham.thornicroft@kcl.ac.uk</p> <p>Mme Maria Milenova maria.milenova@kcl.ac.uk</p>
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://www.indigo-group.org/stigma-scales/

Nom complet du MoV	Questionnaire Brief COPE
Abréviation du MoV	Brief COPE
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Adaptation
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Brief COPE est une version abrégée du Répertoire COPE et a été conçu en vue d'une utilisation dans des paramètres limités dans le temps. Il se compose de 28 items de mesure en 14 sous-échelles.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Le Brief COPE est un outil d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers les scores : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/brief-cope-mov-and-scoring</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	<p>Les échelles sont calculées en additionnant les items comme suit (sans inversions de codage) : Auto-distraktion, items 1 et 19 ; adaptation active, items 2 et 7 ; déni, items 3 et 8 ; toxicomanie, items 4 et 11 ; soutien affectif, items 5 et 15 ; soutien instrumental, items 10 et 23 ; désengagement comportemental, items 6 et 16 ; épanchement, items 9 et 21 ; recadrage positif, items 12 et 17 ; planification, items 14 et 25 ; humour, items 18 et 28 ; adhésion, items 20 et 24 ; religion, items 22 et 27 ; culpabilité, items 13 et 26</p>
Versions/mesures applicables	Le Brief COPE est une version abrégée de la plus longue version de la mesure COPE.
Limites	L'utilisation de Brief COPE est gratuite et adaptable selon les besoins.
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Dr. Charles S. Carver
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://local.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclBrCOPE.phtml

Nom complet du MoV	Échelle brève de résilience*
Abréviation du MoV	BRS
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Adaptation
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	L'Échelle brève de résilience (BSC) se compose de six items et a été conçue pour évaluer la capacité d'une personne de rebondir ou de surmonter le stress.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Cette mesure est un outil d'auto-évaluation. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/brs-scoring
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	La mesure est évaluée en additionnant les items pour produire un score total. Les scores les plus élevés indiquent une plus grande résilience.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Bruce Smith BW-smith@unm.edu
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://ogg.osu.edu/media/documents/MB%20Stream/Brief%20Resilience%20Scale.pdf

* Malgré plusieurs tentatives, il s'est avéré impossible de contacter la ou les personnes responsables de la conception de cette mesure. L'autorisation et les directives d'utilisation n'ont donc pas été obtenues. Elle est disponible ici et conforme aux directives publiées.

Nom complet du MoV	Échelle de mesure de l'espoir chez les enfants*
Abréviation du MoV	CHS
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Adaptation
Correspondant à la tranche d'âge	8 à 16 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	<p>Cette mesure se compose de six items et « repose sur l'hypothèse que les enfants sont orientés vers un objectif et que leurs pensées relatives à un objectif peuvent être comprises selon deux composantes : la détermination et les voies d'accès ». (Snyder et al., 1997, p. 400). Ces deux composantes, détermination (capacité d'entreprendre et de soutenir une action pour atteindre un objectif) et voie d'accès (capacité de trouver le moyen d'atteindre un objectif) sont évaluées à l'aide de la mesure.</p>
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>La CHS est un outil d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers le score : https://academic.oup.com/jpepsy/article-abstract/22/3/399/917485</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Chaque item de l'échelle est additionné pour produire un score total.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Dr. Charles R. Snyder
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://academic.oup.com/jpepsy/article-abstract/22/3/399/917485

* Malgré plusieurs tentatives, il s'est avéré impossible de contacter la ou les personnes responsables de la conception de cette mesure. L'autorisation et les directives d'utilisation n'ont donc pas été obtenues. Elle est disponible ici et conforme aux directives publiées.

Nom complet du MoV	Échelle de sollicitude à l'égard d'autrui
Abréviation du MoV	Aucune
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Comportement social
Correspondant à la tranche d'âge	9 à 12 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Cette échelle composée de 10 items évalue la sollicitude à l'égard d'autrui. Elle a été conçue sous forme de questionnaire destiné aux élèves du primaire dans le cadre du Projet de développement de l'enfant, afin d'évaluer la sollicitude qu'ils témoignent envers les autres.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/brs-scoring
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	L'échelle est notée en additionnant ses divers items. Un score élevé indique une plus grande préoccupation pour les autres.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Classe collaborative (anciennement Centre d'études sur le développement) : kstuart@collaborativeclassroom.org or pbrunn@collaborativeclassroom.org
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://www.collaborativeclassroom.org/wp-content/uploads/2017/11/Scales%20from%20Student%20Questionnaire.%20Child%20Development%20Project%20for%20Elementary%20School%20Students%20(Grades%203%E2%80%936).pdf

Nom complet du MoV	Dépistage de la détresse psychosociale chez l'enfant
Abréviation du MoV	CPDS (de l'anglais Child Psychosocial Distress Screener)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	8 à 14 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le CPDS, composé de 7 items, est un outil de sources multiples permettant d'évaluer les signes spécifiques de détresse psychosociale chez l'enfant et le besoin éventuel d'un traitement psychosocial. Cet outil a été élaboré comme un moyen de dépistage précoce chez les enfants âgés de 8 à 14 ans de sociétés touchées par les conflits (notamment les milieux à revenus faibles et intermédiaires). Le CPDS a été conçu selon une approche fondée sur la culture. Il utilise des questions générales et se concentre sur les domaines de la détresse, de la résilience et du fonctionnement scolaire.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Le CPDS doit être adapté au cadre et au contexte, en particulier les questions utilisées pour noter la mesure. On trouve la description de ces questions en consultant le lien suivant. Lien vers l'administration et l'évaluation du CPDS : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/the-child-psychosocial-distress-screener-cpds-m-and-e
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Un score élevé indique un très haut niveau de détresse psychosociale.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	Selon les auteurs, cet instrument est recommandé pour déterminer la pertinence d'une intervention psychosociale préventive secondaire en groupe.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Mark Jordans mark.jordans@kcl.ac.uk
Point d'accès initial (à la date de publication)	Jordans MJD, Komproe IH, Ventevogel P, Tol WA et de Jong JTVM. Development and validation of the Child Psychosocial Distress Screener in Burundi. American Journal of Orthopsychiatry, 2008; 78, 290-299. doi:10.1037/a001421

Nom complet du MoV	Mesure de la résilience chez les enfants et les jeunes
Abréviation du MoV	CYRM/CYRM-R (de l'anglais Child and Youth Resilience Measure)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Adaptation
Correspondant à la tranche d'âge	5 à 23 ans (CYRM/CYRM-R)
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	La CYRM se compose de 28 items et a été élaborée au moyen d'un processus d'entrevues avec des jeunes et leurs parents dans 11 pays. Ces entrevues portaient sur les obstacles auxquels les jeunes font face ainsi que les ressources possibles pour surmonter ou contourner ces obstacles. La mesure donne un aperçu de la résilience d'un individu à un moment donné et selon une perspective socio-écologique.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est un outil d'auto-évaluation. Il peut être complété par chaque individu ou lu à haute voix par une personne chargée de l'administration.</p> <p>Lien vers le score : http://cyrm.resilienceresearch.org/how-to-use/</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Les scores globaux de résilience peuvent être calculés en additionnant toutes les réponses. Les scores des sous-échelles peuvent aussi être calculés pour déterminer les ressources individuelles, relationnelles et contextuelles. Ces informations peuvent aider à éclairer la prise de décisions sur les types de soutien qui seraient susceptibles de renforcer la résilience de chaque participant. Par exemple, si une personne score 4,3 à la rubrique des soins physiques, mais seulement 2,1 à la rubrique des soins psychologiques, cela indique qu'elle est nourrie et suivie mais ne ressent aucune affinité ou sécurité auprès des membres de sa famille.
Versions/mesures applicables	Des versions « Personne la mieux renseignée » sont disponibles et peuvent être complétées par une personne connaissant bien l'individu concerné.
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Resilience Research Centre +1 (902) 494-3050 Philip.Jefferies@dal.ca
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://cyrm.resilienceresearch.org/

Nom complet du MoV	Échelle de discrimination et de stigmatisation
Abréviation du MoV	DISC
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Bien-être subjectif, liens sociaux
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	La DISC est une échelle composée de 32 items et remplie par des agents dans le cadre d'Entrevues visant à mesurer la discrimination vécue en raison de problèmes de santé mentale dans des domaines clés de la vie sociale et quotidienne (travail, mariage, parentalité, logement, loisirs, et activités religieuses). Elle est destinée à être complétée par des personnes ayant dû surmonter des difficultés en raison de leur santé mentale. L'échelle, qui s'est avérée être une mesure fiable et pertinente, a été utilisée dans plus de 60 pays.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est administrée sous forme d'entretien.</p> <p>Lien vers le manuel d'administration et le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/manual-version3-discrimination-and-stigma-scaledisc-version-12</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Un score total est calculé pour chaque sous-échelle en comptant le nombre d'items pour lesquels la personne participant obtient 1 (un peu), 2 (moyennement) ou 3 (beaucoup) dans chaque sous-échelle. Les items notés 0 (aucune différence), -8 (sans objet) ou -9 (manquant) ne sont pas pris en compte dans ce calcul. L'éventail possible pour chaque sous-échelle est : Sous-échelle 1 - Traitement abusif (0-21) ; Sous-échelle 2 - Arrêter de soi-même (0-4) ; Sous-échelle 3 - Surmonter la stigmatisation (0-2) ; Sous-échelle 4 - Traitement favorable (0-5).
Versions/mesures applicables	<p>Élaborée en 2019, DISCUS est une version abrégée de la DISC en 11 items.</p> <p>Plusieurs traductions ont été produites. Pour en savoir plus, consultez http://www.indigo-group.org/stigma-scales/</p>
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	<p>Dr. Graham Thornicroft graham.thornicroft@kcl.ac.uk</p> <p>Mme Maria Milenova maria.milenova@kcl.ac.uk</p>
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://www.indigo-group.org/stigma-scales/

Nom complet du MoV	Test de dépistage de la toxicomanie
Abréviation du MoV	DAST-10 et DAST-20 (de l'anglais Drug Abuse Screening Test)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	12 à 17 ans ; 18 à 25 ans ; 26 à 59 ans ; 60 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le test de dépistage de la toxicomanie (DAST) peut être utilisé dans des environnements divers afin de fournir un indice rapide des problèmes de toxicomanie. Le DAST-10, composé de 10 items, est un outil succinct visant à dépister et à repérer les cas dans divers environnements (soins de santé, lieu de travail, services sociaux, éducation, et système de justice pénale). Le DAST-20, composé de 20 items, permet avec ses items supplémentaires une évaluation plus approfondie des domaines concernés. Il est plus adapté à un examen clinique et à la recherche.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Le score DAST est calculé en additionnant tous les items indiquant des problèmes accrus de dépendance à la drogue. Les scores du DAST-10 varient de 0 à 10 et ceux du DAST-20 de 0 à 20. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/guide-for-using-the-drug-abuse-screening-test-dast
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Les scores globaux du DAST-10 et du DAST-20 placent un individu selon un continuum conforme au niveau de ses problèmes ou des conséquences subies en matière de toxicomanie. Un score nul indique qu'il n'existe aucune évidence de problèmes de toxicomanie. Plus le score du DAST est élevé, plus on peut en déduire que la personne signale des problèmes de consommation de drogues. Les personnes chargées de l'examen peuvent aussi considérer les réponses à un item spécifique pour recenser des problèmes dans un domaine précis.
Versions/mesures applicables	
Limites	Les limites du DAST sont expliquées dans le manuel DAST.
Avertissement du concepteur	Veuillez inclure la mention de la paternité et des droits d'auteur : © Copyright 1982 par les auteurs du test Dr. Harvey Skinner, York University, Toronto, Canada et le Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Les DAST-10 et DAST-20 sont publiés par le Centre for Addiction and Mental Health (Centre de toxicomanie et de santé mentale) (CAMH), Toronto. Dr. Harvey Skinner (York University, Toronto) est, avec le CAMH, l'auteur du test et le détenteur des droits. Pour une autorisation ou une licence d'utilisation du DAST, veuillez contacter : Dr. Harvey Skinner, York University, Toronto (hskinner@yorku.ca) Andrew Johnson, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto (Andrew.Johnson@camh.ca)
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://bit.ly/DAST_inst

Nom complet du MoV	Indice de développement précoce chez l'enfant
Abréviation du MoV	ECDI, ECDI2030 (de l'anglais Early Child Development Index)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Fonctionnement, comportement social
Correspondant à la tranche d'âge	ECDI (de 36 à 59 mois), ECDI2030 (de 24 à 59 mois)
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	<p>L'Indice de développement précoce chez l'enfant (ECDI), composé de 10 items, a été élaboré par l'UNICEF avec les contributions d'un large panel de spécialistes et dans le contexte du programme d'enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS). L'ECDI est utilisé pour mesurer les résultats du développement chez l'enfant. Le questionnaire utilisé pour calculer l'ECDI porte sur quatre domaines de développement précoce : alphabétisation, physique, social et émotionnel, approche d'apprentissage.</p> <p>En 2020, l'UNICEF a publié l'ECDI2030, une nouvelle mesure qui rend compte de la réalisation des étapes clés du développement chez les enfants âgés de 24 à 59 mois. Le questionnaire utilisé pour calculer l'ECDI2030 se compose de 20 items s'articulant autour de trois domaines : la santé, l'apprentissage et le bien-être psychosocial.</p>
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Entretien avec la mère ou le parent principal.</p> <p>Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/brs-scoring</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	<p>Pour l'ECDI, l'indicateur standard de données est le pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois qui se développent normalement dans au moins trois des quatre domaines.</p> <p>Pour l'ECDI2030, l'indicateur standard de données est le pourcentage d'enfants âgés de 24 à 59 mois qui se développent normalement dans les domaines de la santé, de l'apprentissage et du bien-être psychosocial (défini par la réalisation d'un minimum d'étapes clés selon leur tranche d'âge).</p>
Versions/mesures applicables	
Limites	L'objectif de l'ECDI2030 n'est pas de générer des données pour les rapports sur des domaines individuels mais plutôt de produire une estimation récapitulative unique qui reconnaît la vision conceptuelle sous-jacente de l'ECD comme étant holistique et le fait que les capacités au sein des domaines de développement sont interconnectées.
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Claudia Cappa ccappa@unicef.org
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://mics.unicef.org/tools?round=mics6

Nom complet du MoV	Trouble anxieux généralisé 7*
Abréviation du MoV	GAD-7
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le GAD-7 est utile dans les contextes de soins primaires et de santé mentale pour dépister et mesurer la sévérité de symptômes concernant les quatre troubles d'anxiété les plus communs, à savoir le trouble anxieux généralisé, le trouble panique, la phobie sociale et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/instruction-manual-instructions-for-patient-health-questionnaire-phq-and-gad-7-measures
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Un score élevé indique un très haut niveau d'anxiété.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	Les droits d'auteur du GAD-7 étaient auparavant détenus par Pfizer, qui accordait la subvention éducative aux Drs Spitzer, Williams et Kroenke, les concepteurs originaux de la mesure. Ce n'est plus le cas et aucune permission n'est requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer le GAD-7.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Dr. Robert Spitzer Dr. Janet B.W. Williams jwilliams@medavante.net Dr. Kurt Kroenke kkroenke@regenstrief.org
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326

* Certains des MoV recommandés dans ce cadre (par exemple le PHQ-9, le GAD-7, le PCL-5, le RCADS-25, l'AUDIT, l'ASSIST) sont des auto-évaluations de construction clinique. Ces mesures ne sont pas recommandées comme moyen d'estimer la prévalence exacte des troubles de la santé mentale (c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes d'un trouble dans une population). Des études ont montré que les mesures d'auto-évaluation surestiment généralement les taux d'affections mentales.^{14,15,16} Elles sont incluses ici car elles peuvent être utiles pour donner une indication approximative de l'impact d'un programme ou d'un projet de SMSPS sur la détresse (symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique). Comme mentionné ailleurs dans ce guide, les utilisateurs de ces MoV doivent accorder toute l'attention nécessaire aux preuves de validité dans le contexte local ou dans des contextes similaires avant de les utiliser.

Nom complet du MoV	Échelle de la cote de déficience
Abréviation du MoV	IRS (de l'anglais <i>Impairment Rating Scale</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Fonctionnement
Correspondant à la tranche d'âge	4 à 18 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	L'échelle de la cote de déficience se compose de 14 items et évalue la déficience fonctionnelle dans tous les domaines de la vie de l'enfant, en milieu scolaire et non scolaire, avec les appréciations des enseignants et des parents.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	L'échelle est un outil d'auto-évaluation. Lien vers les scores : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/brief-cope-mov-and-scoring
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Si un seul des domaines évalués obtient un score de 3 ou plus, ce domaine est considéré déficient.
Versions/mesures applicables	Les évaluations empiriques de l'IRS se sont avérées utiles pour l'échantillonnage d'enfants, d'adolescentes, d'adolescents et d'adultes (références disponibles auprès des auteurs).
Limites	L'IRS a normalement été validé avec des échantillons de TDA/H. Des études supplémentaires s'imposent pour d'autres diagnostics.
Avertissement du concepteur	L'IRS est accessible au public. Veuillez mentionner la publication le cas échéant : Fabiano GA, Pelham W, Waschbusch D, Gnagy EM, Lahey BB, Chronis AM et al. A practical impairment measure: Psychometric properties of the Impairment Rating Scale in samples of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and two school-based samples. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> , 2006; 35, 369.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Gregory Fabiano gfabiano@fiu.edu William E. Pelham, Jr. wpelham@fiu.edu
Point d'accès initial (à la date de publication)	Fabiano GA, Pelham W, Waschbusch D, Gnagy EM, Lahey BB, Chronis AM et al. A practical impairment measure: Psychometric properties of the Impairment Rating Scale in samples of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and two school-based samples. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> , 2006; 35, 369. doi:10.1207/s15374424jccp3503_3

Nom complet du MoV	Outil d'évaluation du développement au Malawi
Abréviation du MoV	MDAT (de l'anglais <i>Malawi Development Assessment Tool</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Fonctionnement, comportement social, liens sociaux
Correspondant à la tranche d'âge	0 à 5 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	<p>Le MDAT est un outil d'évaluation du développement général chez l'enfant âgé de 0 à 5 ans. Il mesure les étapes clés des capacités motrices (motricité générale et spécifique), du langage et du développement social et cognitif dans tous les domaines.</p> <p>À l'origine, le MDAT a été élaboré par le biais d'approches qualitatives globales visant à comprendre le développement de l'enfant dans un milieu africain. Il a ensuite été validé auprès de 1446 enfants, et des tranches d'âge basées sur la population pour les étapes clés du développement de 0 à 6 ans ont été établies. Il a par la suite été utilisé dans plus de 200 études. Le MDAT permet de prévoir les résultats scolaires ultérieurs en tenant compte des différences entre les enfants ayant des conditions médicales différentes (enfants touchés par la prématurité, les accouchements difficiles, le paludisme cérébral, l'encéphalite, le VIH, la malnutrition, les mauvaises conditions d'hygiène, les situations de réfugiés et les troubles neurologiques spécifiques de développement) en Afrique, en Asie du Sud-Est, au Moyen-Orient et en Amérique du Sud. Son système de notation est très simple à utiliser.</p>
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Le MDAT est administré au moyen d'évaluations d'observateurs et de questions posées aux parents.</p> <p>Lien vers le score : La mesure est fournie avec une application de scores (utilisant les données normatives malawites) qui peut être utilisée en ligne une fois les données collectées : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/mental-illness-clinicians-attitudes-scale-mica-manual-for-researchers</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	<p>La mesure permet d'informer sur les changements et les progrès du développement de l'enfant par rapport aux interventions ainsi que sur le développement des enfants au sein d'un échantillon ou d'une population.</p> <p>Le score est lié aux données originales, mais les scores Z peuvent être comparés au sein d'une population ou d'un pays.</p>
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Dr. Melissa Gladstone melglad@liverpool.ac.uk
Point d'accès initial (à la date de publication)	www.mdat.org.uk

Nom complet du MoV	Maladie mentale : Échelle de comportement du personnel clinique
Abréviation du MoV	MICA-4 (de l'anglais <i>Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Comportement social
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	L'échelle MICA-4 se compose de 16 items et évalue les comportements des étudiantes et des étudiants en médecine. Elle convient également au personnel, aux étudiantes et aux étudiants dans un large éventail de professions de la santé et a été validée parmi les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers. L'échelle s'est avérée fiable, valide et sensible au changement.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est un outil d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers l'administration et le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/mental-illness-clinicians-attitudes-scale-mica-manual-for-researchers</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Chaque item est évalué sur une échelle allant de 1 à 6 (1 = Tout à fait d'accord, 6 = Pas du tout d'accord). Chaque item de l'échelle est additionné pour produire un score total. Les scores peuvent varier de 16 à 96, avec un score plus faible indiquant moins de stigmatisation.
Versions/mesures applicables	Plusieurs traductions ont été produites. Pour en savoir plus, consultez http://www.indigo-group.org/stigma-scales/
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	<p>Dr. Graham Thornicroft graham.thornicroft@kcl.ac.uk</p> <p>Mme Maria Milenova maria.milenova@kcl.ac.uk</p>
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://www.indigo-group.org/stigma-scales/

Nom complet du MoV	Échelle multidimensionnelle du soutien social perçu
Abréviation du MoV	MSPSS (de l'anglais <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Liens sociaux
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	La MSPSS se compose de 12 items et mesure la perception du soutien émanant de trois sources : la famille, les amies et amis et l'être cher. L'échelle se compose de 12 items avec quatre items par sous-échelle.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est un outil d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/mspss-scoring-options</p> <p>Consignes : Lors de l'évaluation de cette mesure dans certains pays, deux facteurs ont été recensés plutôt que trois. L'ajout de « Remarque : l'être cher exclut les amis et la famille » aux instructions a permis de cerner les trois facteurs dans une version thaïlandaise de la mesure.</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Les items de la mesure peuvent être additionnés pour créer un score total et trois scores de sous-échelles. Un score élevé indique un plus grand soutien social.
Versions/mesures applicables	Il existe à ce jour environ 35 traductions de cette mesure. La plupart sont disponibles ici : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Gregory D. Zimet, PhD Indiana University School of Medicine gzimet@iu.edu
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://docs.wixstatic.com/ugd/5119f9_2f88fadcd382463daf5821e8af94a865.pdf

Nom complet du MoV	Outil de cohésion du voisinage*
Abréviation du MoV	NCI (de l'anglais <i>Neighborhood Cohesion Instrument</i>)
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le NCI est une mesure composée de 18 items qui évalue la communauté, les avantages du voisinage et les liens sociaux au sein d'un quartier donné, le tout en conjonction avec les résultats psychologiques qui découlent de ces facteurs. L'échelle est administrée au niveau individuel et le score fournit une mesure de la cohésion du voisinage.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Cette mesure est un outil d'auto-évaluation. Lien vers le score : Tableau 2 dans Buckner JC. The development of an instrument to measure neighborhood cohesion. American Journal of Community Psychology, 1988; 16(6), 771-791. Disponible ici : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/the-development-of-an-instrument-to-measure-neighborhood-cohesion
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Des scores plus élevés indiquent des niveaux plus élevés de cohésion du voisinage.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	John C. Buckner john.buckner@childrens.harvard.edu
Point d'accès initial (à la date de publication)	Buckner JC. The development of an instrument to measure neighborhood cohesion. American Journal of Community Psychology, 1988; 16(6), 771-791. doi:10.1007/BF00930892

* Malgré plusieurs tentatives, il s'est avéré impossible de contacter la ou les personnes responsables de la conception de cette mesure. L'autorisation et les directives d'utilisation n'ont donc pas été obtenues. Elle est disponible ici et conforme aux directives publiées.

Nom complet du MoV	Échelle Oslo 3 du soutien social*
Abréviation du MoV	OSSS-3 (de l'anglais <i>Oslo 3 Social Support Scale</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Liens sociaux
Correspondant à la tranche d'âge	17 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	L'OSSS-3 comprend trois items considérés comme prédictifs de la santé mentale et liés au soutien social. Elle a été utilisée dans de nombreuses études qui ont confirmé la faisabilité et la validité prédictive de la mesure. Elle a été élaborée à l'issue d'une analyse de 1717 personnes dans un quartier en Norvège.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est un outil d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers le score : https://mhps.net/toolkit/mhps-m-and-e-mov-toolkit</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Basée sur les scores bruts, l'échelle permet de générer un score récapitulatif (fourchette de 3 à 14) ou des catégories de soutien social (fort, moyen et faible). Les scores et les fourchettes connexes indiquent un soutien médiocre (de 3 à 8), modéré (de 9 à 11) et solide (de 12 à 14).
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	<p>Hege Bøen hege.boen@fhi.no</p> <p>Odd Steffen Dalgard odd.steffen.dalgard@fhi.no</p> <p>Espen Bjertness espen.bjertness@medisin.uio.no</p>
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22682023/

* Malgré plusieurs tentatives, il s'est avéré impossible de contacter la ou les personnes responsables de la conception de cette mesure. L'autorisation et les directives d'utilisation n'ont donc pas été obtenues. Elle est disponible ici et conforme aux directives publiées.

Nom complet du MoV	Questionnaire sur la santé des patients-9*
Abréviation du MoV	PHQ-9 (de l'anglais <i>Patient Health Questionnaire</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le PHQ-9 est une mesure d'auto-évaluation des symptômes dépressifs composée de 9 items. Cette mesure concise a été utilisée dans plusieurs contextes et validée parmi différents groupes culturels.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Le PHQ-9 est une mesure d'auto-évaluation. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/instruction-manual-instructions-for-patient-health-questionnaire-phq-and-gad-7-measures
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Le score total peut varier de 0 à 27, avec des scores plus élevés indiquant une plus grande gravité de la dépression.
Versions/mesures applicables	Version PHQ-9 adaptée aux adolescentes et adolescents.
Limites	
Avertissement du concepteur	Les droits d'auteur du PHQ-9 étaient auparavant détenus par Pfizer, qui accordait la subvention éducative aux Drs Spitzer, Williams et Kroenke, les concepteurs originaux de la mesure. Ce n'est plus le cas et aucune permission n'est requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer le PHQ-9.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Dr. Robert Spitzer Dr. Janet B.W. Williams jwilliams@medavante.net Dr. Kurt Kroenke kkroenke@regenstrief.org
Point d'accès initial (à la date de publication)	Kroenke K, Spitzer RL et Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 2001; 16(9), 606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

* Certains des MoV recommandés dans ce cadre (par exemple le PHQ-9, le GAD-7, le PCL-5, le RCADS-25, l'AUDIT, l'ASSIST) sont des auto-évaluations de construction clinique. Ces mesures ne sont pas recommandées comme moyen d'estimer la prévalence exacte des troubles de la santé mentale (c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes d'un trouble dans une population). Des études ont montré que les mesures d'auto-évaluation surestiment généralement les taux d'affections mentales.^{14,15,16} Elles sont incluses ici car elles peuvent être utiles pour donner une indication approximative de l'impact d'un programme ou d'un projet de SMSPS sur la détresse (symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique). Comme mentionné ailleurs dans ce guide, les utilisateurs de ces MoV doivent accorder toute l'attention nécessaire aux preuves de validité dans le contexte local ou dans des contextes similaires avant de les utiliser.

Nom complet du MoV	Centre de référence du FICR pour le soutien psychosocial et Save the Children Danemark - Questionnaire PIA sur la résilience
Abréviation du MoV	PIA
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Adaptation
Correspondant à la tranche d'âge	10 à 14 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le PIA, composé de 20 items, est un questionnaire permettant de comparer les changements dans les indicateurs prédéfinis du bien-être psychosocial de l'enfant avant et après une intervention.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Le questionnaire est conçu pour être administré par l'ensemble du personnel travaillant avec des enfants. Quelques consignes pour l'utilisation de ces outils sont essentielles. L'évaluation des données fait appel à des compétences de base de Microsoft Excel.</p> <p>Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/monitoring-and-evaluation-guidelines-for-the-childrens-resilience-programme</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Le questionnaire PIA est un outil utile pour le S&E des interventions de soutien psychosocial et permet de comparer les conditions « avant » et « après ». Lorsque les données du questionnaire sont saisies dans le tableur Excel, différents diagrammes sont automatiquement générés.
Versions/mesures applicables	
Limites	Le questionnaire PIA est conçu pour indiquer les changements relatifs et éclairer les projets et les interventions en conséquence. Il ne saurait servir à créer des valeurs absolues qui peuvent être comparées entre des groupes ou même des projets. Il est également important de noter qu'il ne représente aucune recherche médicale et qu'il existe de nombreux facteurs inhérents au bien-être d'un enfant. Les événements marquants, par exemple, ne peuvent pas être correctement saisis dans les questions standard et devraient être identifiés par d'autres méthodes, comme des Entrevues libres ou des discussions de groupes.
Avertissement du concepteur	Il est obligatoire d'appliquer l'outil PIA de façon éthique en évitant toujours les risques de préjudice. Par exemple, si un enfant préfère ne pas participer au questionnaire ou s'arrêter à mi-chemin pour quelque raison que ce soit, il est tout à fait libre de le faire.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	<p>Centre de référence du FICR pour le soutien psychosocial psychosocial@ifrc.org</p> <p>Save the Children Danemark</p>
Point d'accès initial (à la date de publication)	Monitoring and Evaluation Guidelines for the Children's Resilience Programme. Copenhague : Centre de référence du FICR pour le soutien psychosocial et Save the Children ; 2012.

Nom complet du MoV	Questionnaire sur les liens affectifs en période puerpérale
Abréviation du MoV	PBQ (de l'anglais <i>Postpartum Bonding Questionnaire</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Comportement social
Correspondant à la tranche d'âge	0 à 5 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le PBQ se compose de 25 items et évalue la relation entre la mère et l'enfant pour détecter des problèmes de santé mentale en période puerpérale.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/postpartum-bonding-questionnaire-pbq-mov-scoring
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Les items de chaque facteur sont additionnés pour créer un score total pour chaque facteur. Un score élevé indique de graves problèmes relationnels.
Versions/mesures applicables	
Limites	Il est important de se rappeler que le PBQ n'est qu'un questionnaire de dépistage. Si les scores sont élevés (surtout au facteur 2), il est essentiel d'interroger la mère au sujet de ses réponses au questionnaire et de ses sentiments à l'égard du nourrisson, y compris sa colère.
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Ian Brockington i.f.brockington@bham.ac.uk
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-006-0132-1

Nom complet du MoV	Liste de contrôle du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques (DSM-5, de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) pour le SSPT* ^{14,15,16}
Abréviation du MoV	PCL-5
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	La PCL-5 se compose de 20 items. Cette auto-évaluation porte sur les 20 symptômes prévus dans le DSM-5 pour le SSPT. La PCL-5 a plusieurs objectifs, notamment le suivi des changements des symptômes pendant et après le traitement, le dépistage du SSPT et le diagnostic provisoire du SSPT.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est un outil d'auto-évaluation. Il faut compter de 5 à 10 minutes pour répondre au questionnaire. Un score total de la gravité des symptômes (de 0 à 80) peut être obtenu en additionnant les scores de chacun des 20 items. Les scores du DSM-5 pour la gravité de l'agrégat de symptômes sont obtenus en additionnant les scores des items d'un agrégat donné comme suit : critère B (items 1 à 5), critère C (items 6 à 7), critère D (items 8 à 14) et critère E (items 15 à 20).</p> <p>Lien vers les scores : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/brief-cope-mov-and-scoring</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Les scores les plus élevés indiquent des symptômes plus graves de SSPT.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	Cette mesure est destinée aux chercheurs et aux personnels qualifiés de la santé mentale. L'interprétation du PCL-5 doit être faite par un membre du personnel clinique.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Centre national pour le SSPT PTSDconsult@va.gov
Point d'accès initial (à la date de publication)	Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK et Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) : Development and initial psychometric evaluation. Journal of Traumatic Stress, 2015; 28, 489-498. doi:10.1002/jts.22059

* Certains des MoV recommandés dans ce cadre (par exemple le PHQ-9, le GAD-7, le PCL-5, le RCADS-25, l'AUDIT, l'ASSIST) sont des auto-évaluations de construction clinique. Ces mesures ne sont pas recommandées comme moyen d'estimer la prévalence exacte des troubles de la santé mentale (c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes d'un trouble dans une population). Des études ont montré que les mesures d'auto-évaluation surestiment généralement les taux d'affections mentales.^{14,15,16} Elles sont incluses ici car elles peuvent être utiles pour donner une indication approximative de l'impact d'un programme ou d'un projet de SMSPS sur la détresse (symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique). Comme mentionné ailleurs dans ce guide, les utilisateurs de ces MoV doivent accorder toute l'attention nécessaire aux preuves de validité dans le contexte local ou dans des contextes similaires avant de les utiliser.

** Le PCL-5 est utilisé pour évaluer les symptômes du SSPT. Alors que le SSPT est inclus dans la CIM-11 approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé et est donc soutenu à l'échelle mondiale par les gouvernements, le SSPT est une construction clinique qui ne saisit que certains aspects de la détresse vécue par les populations touchées par une situation d'urgence. Dans de nombreuses crises humanitaires, il existe une tendance à se focaliser de façon trop étroite sur le SSPT, et le concept de SSPT est souvent un sujet de débat parmi les agences humanitaires, les communautés universitaires et les cliniciens.

Nom complet du MoV	Outil de dépistage psychologique pour les jeunes enfants âgés de 6 à 36 mois
Abréviation du MoV	PSYCa 6–36 (de l'anglais <i>Psychological Screening Tool for Young Children aged 6 to 36 months</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	6 à 36 mois
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le PSYCa 6–36 s'articule autour de 20 items. Il vise le dépistage rapide de difficultés psychologiques générales chez les enfants âgés de 6 à 36 mois. Il se présente sous la forme d'un questionnaire auquel devrait répondre un parent, par l'intermédiaire d'un enquêteur formé et non spécialisé.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>La mesure est un entretien facilité par un parent. Un enquêteur formé lit les items un par un. Pour chaque item, le parent devrait répondre par « non ou pas du tout », « quelques fois ou occasionnellement » ou « souvent ou fréquemment ». L'enquêteur évalue chaque item (0, 1 ou 2) en fonction, et à la fin calcule un score total pouvant aller de zéro à 40.</p> <p>Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/a-screening-tool-for-psychological-difficulties-in-children-aged-6-to-36-months-cross-cultural-validation-in-kenya-cambodia-and-uganda</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Les scores du PSYCa 6–36 peuvent aller de zéro à 40 ; les scores plus élevés indiquent une plus grande détresse psychologique et la nécessité d'une évaluation plus approfondie de la santé mentale. Cet outil sert au dépistage et à l'orientation, non pas au diagnostic. Si le score total est supérieur ou égal au seuil de 8, l'enfant doit être orienté vers un spécialiste pour une évaluation plus approfondie.
Versions/mesures applicables	
Limites	<p>Il est important de reconnaître qu'un outil de dépistage ne doit être utilisé que dans des contextes où l'orientation vers des soins appropriés est possible.</p> <p>Le PSYCa 6–36 bénéficierait d'une utilisation et d'une validation supplémentaires dans les populations qui présentent une prévalence plus élevée de difficultés psychologiques, comme les migrants, les réfugiés ou les enfants déplacés, ou les enfants vivant en situations de conflit ou touchés par une catastrophe naturelle. Une enquête plus approfondie est également nécessaire parmi des groupes d'âge spécifiques, comme les enfants de moins d'un an.</p>
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	<p>Fabienne Nackers Fabienne.Nackers@brussels.msf.org Caroline Marquer Caroline.Marquer@epicentre.msf.org</p>
Point d'accès initial (à la date de publication)	Nackers F et al. A screening tool for psychological difficulties in children aged 6 to 36 months: cross-cultural validation in Kenya, Cambodia and Uganda. BMC Pediatrics, 2019; 19(1). oi:10.1186/s12887-019-1461-3

Nom complet du MoV	Outil de dépistage psychologique pour les jeunes enfants âgés de 3 à 6 mois
Abréviation du MoV	PSYCa 3–6 (de l'anglais <i>Psychological Screening Tool for Young Children aged 3 to 6 years</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	3 à 6 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le PSYCa 3–6 se compose de 20 items. Il vise à évaluer les difficultés psychologiques chez les enfants âgés de 3 à 6 ans. Cet outil sert au dépistage et à l'orientation, non pas au diagnostic. Il comprend une évaluation échelonnée à remplir par le parent avec le soutien d'une personne formellement formée pour mener des entrevues.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>La mesure est un entretien facilité par un parent. Un enquêteur formé lit les items un par un. Pour chaque item, le parent devrait répondre par « non ou pas du tout », « quelques fois ou occasionnellement » ou « souvent ou fréquemment ». L'enquêteur évalue chaque item (0, 1 ou 2) en fonction, et à la fin calcule un score total pouvant aller de zéro à 44.</p> <p>Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/a-rapid-screening-tool-for-psychological-distress-in-children-36years-old-results-of-a-validation-study</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	La notation du PSYCa 3–6 peut aller de zéro à 44 (en calculant un nombre de 0, 1 ou 2 par colonne). Le seuil est de 9. Pour tout score de 9 ou plus, l'enfant doit être orienté pour une évaluation supplémentaire.
Versions/mesures applicables	
Limites	Il est important de reconnaître qu'un outil de dépistage ne doit être utilisé que dans des contextes où l'orientation vers des soins appropriés est possible. Les auteurs ont voulu s'assurer que l'échelle était suffisamment flexible, fondée sur des données probantes, adaptée à la culture, à la société et à l'âge, et normalisée de façon à permettre des comparaisons interculturelles. Cependant, seules deux validations confirmatoires ont été effectuées à ce jour.
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Caroline Marquer caroline.marquer@epicentre.msf.org
Point d'accès initial (à la date de publication)	Marquer C, Barry C, Mouchenik Y, Hustache S, Djibo D, Manzo M. et al. A rapid screening tool for psychological distress in children 3–6 years old: results of a validation study. <i>BMC Psychiatry</i> , 2012; 12(1), 170. doi:10.1186/1471-244x-12-170

Nom complet du MoV	Profils des effets du traitement en santé mentale
Abréviation du MoV	PSYCHLOPS
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Fonctionnement ; bien-être subjectif ; détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	18 à 25, 26 à 59, 60+
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le PSYCHLOPS se compose de 5 items. Il s'agit d'une mesure conçue pour évaluer des résultats générés par les clients. Il est constitué de quatre questions qui mesurent trois domaines : problèmes, fonction et bien-être.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Le PSYCHLOPS est un outil d'auto-évaluation. Lien vers le score : Disponible sur PSYCHLOPS.org : http://psychlops.org.uk/versions
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Le PSYCHLOPS comprend à la fois des éléments qualitatifs et quantitatifs. Des réponses en texte libre sont obtenues pour les domaines des problèmes et des fonctions. Les réponses quantitatives sont notées sur une échelle ordinale à six points, produisant un score maximum de 18 (six points par domaine).
Versions/mesures applicables	Le PSYCHLOPS, traduit en plusieurs langues, est disponible sur : http://psychlops.org.uk/versions
Limites	
Avertissement du concepteur	Depuis 2015, l'accès à toutes les versions de PSYCHLOPS est gratuit (« copyleft »).
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Mark Ashworth mark.ashworth@kcl.ac.uk Maria Kordowicz maria.kordowicz@kcl.ac.uk
Point d'accès initial (à la date de publication)	Ashworth M, Shepherd M, Christey J, Matthews V, Wright K, Parmentier H et al. A client-generated psychometric instrument: the development of 'PSYCHLOPS'. <i>Counselling and Psychotherapy Research</i> , 2004; 4(2), 27-31.

Nom complet du MoV	Niveau de comportement signalé et prévu
Abréviation du MoV	RIBS (de l'anglais <i>Reported and Intended Behaviour Scale</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Comportement social
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le RIBS se compose de 8 items. Il permet d'évaluer et de suivre la discrimination en matière de santé mentale de la part de la population. Diverses études ont prouvé l'importance et la prévalence élevée de la discrimination que subissent les utilisateurs des services de santé mentale. Le but du RIBS est de mesurer la discrimination et d'en assurer le suivi.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est un outil d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers l'administration et le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/instructions-for-using-the-reported-and-intended-behaviour-scale-ribs</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Les items 5 à 8 du RIBS sont notés sur une échelle ordinale (1 à 5). Lorsque la personne interrogée est fortement d'accord avec le comportement énoncé (peut facilement l'adopter), la valeur de l'item est de 5, alors que lorsque la personne est fortement en désaccord avec le comportement énoncé (ne pourrait jamais l'adopter), la valeur de l'item est de 1. Le score total de chaque participant est calculé en additionnant les valeurs de réponse pour les items 5 à 8. Aux fins du score total, on score les « Ne sais pas » comme neutre (c.-à-d. 3). Étant donné que les items 1 à 4 ne calculent que la prévalence des comportements et que les personnes interrogées peuvent ou non avoir adopté ces comportements, ces items ne reçoivent pas de valeur de score.
Versions/mesures applicables	Plusieurs traductions ont été produites. Pour en savoir plus, consultez http://www.indigo-group.org/stigma-scales/
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	<p>Dr. Graham Thornicroft graham.thornicroft@kcl.ac.uk</p> <p>Mme Maria Milenova maria.milenova@kcl.ac.uk</p>
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://www.indigo-group.org/stigma-scales/

Nom complet du MoV	Échelle révisée de l'anxiété et de la dépression chez les enfants en 25 items*
Abréviation du MoV	RCADS-25 (de l'anglais <i>Revised Child Anxiety and Depression Scale-25</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants
Correspondant à la tranche d'âge	8 à 18 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le RCADS-25 se compose de 25 items. Il peut être noté à l'aide de feuilles de calcul ou d'une syntaxe disponible auprès du développeur (https://www.childfirst.ucla.edu/resources/) ; ou manuellement, de sorte que chaque item se voit attribuer une valeur numérique de 0 à 3, où 0 = jamais, 1 = parfois, 2 = souvent et 3 = toujours. Pour chaque sous-échelle, les valeurs numériques de chaque item sont additionnées.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cette mesure est un outil d'auto-évaluation.</p> <p>Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/revised-childrens-anxiety-and-depression-scale-users-guide</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Un t-score de 65 correspond à un score qui se situe approximativement dans la tranche supérieure de 7 % des scores des jeunes personnes non orientées du même âge (décrite comme clinique limite par le développeur) ; un score de 70 correspond à un score qui se situe approximativement dans la tranche supérieure des 2 % des scores des jeunes personnes non orientées du même âge.
Versions/mesures applicables	Veuillez consulter : https://www.childfirst.ucla.edu/resources/
Limites	
Avertissement du concepteur	Le RCADS et ses dérivés (y compris les traductions) sont protégés par le droit d'auteur de Chorpita et Spence. Au moment de la publication, il était possible d'utiliser le RCADS gratuitement via la page de ressources du Dr. Chorpita sur le site de la UCLA (https://www.childfirst.ucla.edu/resources/). Cependant, cela peut changer. Il est recommandé de bien prendre connaissance des conditions d'utilisation avant la mise en œuvre ; soulignons que toute utilisation de ces instruments implique que l'utilisateur a lu et accepté les conditions d'utilisation applicables à ce moment-là.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	<p>Chad Ebesutani ebesutani@duksung.ac.kr</p> <p>Bruce Chorpita chorpita@ucla.edu</p>
Point d'accès initial (à la date de publication)	Ebesutani C, Korathu-Larson P, Nakamura BJ, Higa-McMillan C et Chorpita B. The Revised Child Anxiety and Depression Scale 25–Parent Version: Scale Development and Validation in a School-Based and Clinical Sample. <i>Assessment</i> , 2017; 24(6), 712–728. doi:10.1177/1073191115627012

* Certains des MoV recommandés dans ce cadre (par exemple le PHQ-9, le GAD-7, le PCL-5, le RCADS-25, l'AUDIT, l'ASSIST) sont des auto-évaluations de construction clinique. Ces mesures ne sont pas recommandées comme moyen d'estimer la prévalence exacte des troubles de la santé mentale (c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes d'un trouble dans une population). Des études ont montré que les mesures d'auto-évaluation surestiment généralement les taux d'affections mentales.^{14,15,16} Elles sont incluses ici car elles peuvent être utiles pour donner une indication approximative de l'impact d'un programme ou d'un projet de SMSPS sur la détresse (symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique). Comme mentionné ailleurs dans ce guide, les utilisateurs de ces MoV doivent accorder toute l'attention nécessaire aux preuves de validité dans le contexte local ou dans des contextes similaires avant de les utiliser.

Nom complet du MoV	Outil d'évaluation rapide adapté du capital social
Abréviation du MoV	SASCAT (de l'anglais <i>Short Adapted Social Capital Assessment Tool</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Liens sociaux
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le SASCAT se compose de 9 items. Il s'agit d'une version modifiée de l'outil d'évaluation du capital social adapté (A-SCAT) utilisée pour mesurer le capital social individuel des parents qui s'occupent d'enfants âgés de 1 à 8 ans. La mesure, utilisée pour la première fois dans l'étude Young Lives, visait à analyser la relation entre le capital social des parents et différents aspects du bien-être de l'enfant, par exemple les résultats scolaires et la santé mentale et physique. Lorsqu'il est administré à un échantillon représentatif d'une collectivité et que les réponses sont agrégées, cet outil peut également servir à mesurer le capital social écologique.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Cet instrument est administré par un enquêteur.</p> <p>Lien vers le score : De Silva MJ, Harpham T, Tuan T, Bartolini R, Penny ME et Huttly SR. Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. <i>Social Science & Medicine</i>, 2006; 62(4), 941-953. doi:10.1016/j.socscimed.2005.06.050</p> <p>De Silva MJ, Huttly SR, Harpham T et Kenward MG. Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. <i>Social Science & Medicine</i>, 2007; 64(1), 5-20. doi:10.1016/j.socscimed.2005.06.050</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Des scores élevés indiquent un plus grand capital social.
Versions/mesures applicables	Le SASCAT a été traduit en plusieurs langues.
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Mary J. De Silva
Point d'accès initial (à la date de publication)	De Silva MJ, Harpham T, Tuan T, Bartolini R, Penny ME et Huttly SR. Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. <i>Social Science & Medicine</i> , 2006; 62(4), 941-953. doi:10.1016/j.socscimed.2005.06.050

Nom complet du MoV	Échelle de perception des liens sociaux – Révisée
Abréviation du MoV	SCS-R (de l'anglais <i>Social Connectedness Scale – Revised</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Liens sociaux
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Cette échelle de 20 items est utilisée pour évaluer la manière dont les gens se sentent liés aux autres dans l'environnement social qui les entourent. Elle emploie une échelle de Likert de 1 « Pas du tout d'accord » à 6 « Tout à fait d'accord ».
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	L'échelle est un outil d'auto-évaluation. Lien vers le score : Lee RM, Draper M et Lee S. Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors, and psychological distress: Testing a mediator model. <i>Journal of Counseling Psychology</i> , 2001; 48, 310-318.
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Sur la base de l'analyse factorielle, le SCS-R comprend les 20 items originaux (10 positifs et 10 négatifs). Les items exprimés négativement sont notés à l'envers et additionnés avec les items exprimés positivement pour créer un score d'échelle avec une éventuelle possibilité de 20 à 120. Un score moyen d'un item avec une variété possible de 1 à 6 peut également être calculé en divisant le score total de l'échelle par 20 (ou le nombre d'items de l'échelle). Plus le score au SCS-R est élevé, plus le sentiment d'appartenance sociale est fort.
Versions/mesures applicables	La mesure a été traduite dans plus de 15 langues. Il existe aussi d'autres versions, comme décrit ci-dessous : Version de l'échelle en 15 items : Lee RM, Dean BL et Jung KR. Social connectedness, extraversion, and subjective well-being: Testing a mediation model. <i>Personality and Individual Differences</i> , 2008; 45(5), 414-419. doi:10.1016/j.paid.2008.05.017 Version modifiée portant sur les liens avec les parents : http://jea.sagepub.com/content/early/2010/09/02/0272431610376249
Limites	
Avertissement du concepteur	Il n'y a pas de manuel distinct de notation ou d'interprétation. Il n'y a pas non plus de score en seuil recommandé vu que l'échelle doit être utilisée comme une variable continue. L'utilisation de cette mesure requiert la permission des auteurs.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Dr Richard M. Lee richlee@umn.edu
Point d'accès initial (à la date de publication)	Lee RM, Draper M and Lee S. Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors, and psychological distress: Testing a mediator model. <i>Journal of Counseling Psychology</i> , 2001; 48(3), 310.

Nom complet du MoV	Questionnaire sur les points forts et les difficultés
Abréviation du MoV	SDQ (de l'anglais <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Détresse/symptômes invalidants ; comportement social
Correspondant à la tranche d'âge	2 à 17 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le SDQ se compose de 25 items. Il s'agit d'un bref questionnaire de dépistage comportemental destiné aux personnes âgées de 2 à 17 ans. Il existe en plusieurs versions répondant à des besoins divers. Toutes les versions du SDQ demandent environ 25 attributs, certains positifs et d'autres négatifs. Ces 25 items sont répartis en cinq échelles : symptômes émotionnels, problèmes de conduite, hyperactivité/inattention, problèmes de relations avec les pairs et comportement prosocial.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Le SDQ est un instrument d'auto-évaluation et peut être noté manuellement ou en ligne. Pour vous inscrire à un système en ligne d'administration et de notation du SDQ, envoyez un courriel à : sdq.scoring@gmail.com . Des versions imprimables peuvent être téléchargées sur http://sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py , après inscription. Toute utilisation ou conversion informatique du SDQ fait l'objet d'une licence ou d'une redevance.
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Bien que le SDQ soit téléchargeable gratuitement et puisse être noté manuellement, les auteurs recommandent, en raison du taux d'erreurs de notation, l'utilisation de la version en ligne, disponible pour une somme modique (à partir de 0,25 USD). Pour en savoir plus, consulter https://admin.sdqscore.org .
Versions/mesures applicables	Le SDQ existe en plusieurs versions. Consulter http://sdqinfo.org/
Limites	Mention de réserve du droit d'auteur : À noter que les questionnaires sur les points forts et les difficultés , qu'ils soient en anglais ou qu'ils soient traduits en d'autres langues, sont des documents protégés par le droit d'auteur et ne font pas partie du domaine public . À ce titre, ils ne peuvent être modifiés en aucun cas (par exemple, changer la formulation des questions, ajouter des questions ou administrer uniquement des sous-ensembles de questions). Le but est de faire en sorte que le SDQ soit entièrement comparable d'une étude à l'autre et d'un contexte à l'autre. De même, pour garantir la qualité et la cohérence, toute traduction non autorisée est interdite. Des versions papier peuvent être téléchargées et par la suite photocopiées sans frais par des particuliers ou des organisations à but non lucratif à condition qu'elles ne fassent pas payer les familles. Les utilisateurs ne sont pas autorisés à créer ou distribuer des versions électroniques à quelque but que ce soit sans l'autorisation préalable de youthinmind. Si vous êtes intéressé à faire des traductions ou à créer des versions électroniques, vous DEVEZ d'abord contacter youthinmind@gmail.com .
Avertissement du concepteur	Le SDQ est présenté tel quel et a été largement utilisé avec succès sur cette base sans aucune plainte.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Professeur Robert Goodman youthinmind@gmail.com
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://sdqinfo.org/

Nom complet du MoV	Programme d'inventaire de soutien social
Abréviation du MoV	SSIS (de l'anglais <i>Social Support Inventory Scheme</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Liens sociaux
Correspondant à la tranche d'âge	8 à 13
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le SSIS est une mesure en quatre items qui demande aux enfants quel type de soutien social ils reçoivent (soutien matériel, émotionnel, d'orientation, de jeu et soutien social). Les réponses varient sur une échelle de 0 à 5. Les enfants peuvent nommer jusqu'à cinq personnes qui leur offrent un soutien dans les quatre domaines. Le nombre de membres du réseau de l'enfant susceptibles de fournir à celui-ci un soutien est obtenu en additionnant les quatre domaines pour créer un indice de soutien variant de 0 à 20.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/social-support-inventory-scheme-scoring
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Deux types de mesures synthétiques peuvent être calculés à partir du SSIS : a) de qui le soutien social a été reçu (parents, frères et sœurs, famille élargie, pairs et adultes extérieurs au ménage ; varie de 0 à 5) et b) quel type de soutien social a été reçu (matériel, émotionnel, orientation, jeu et soutien social). Le nombre de membres du réseau de l'enfant susceptibles de fournir à celui-ci un soutien est obtenu en additionnant les quatre domaines pour créer un indice de soutien variant de 0 à 20.
Versions/mesures applicables	La mesure a été adaptée pour être utilisée dans un certain nombre d'autres études, notamment en Indonésie : https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182378 et au Burundi : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994237/
Limites	
Avertissement du concepteur	La mesure est libre d'utilisation et d'adaptation.
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Brechtje Paardekooper brechtje@brechtje.nl
Point d'accès initial (à la date de publication)	

Nom complet du MoV	Échelle courte du bien-être mental de Warwick-Edimbourg
Abréviation du MoV	SWEMWBS (de l'anglais <i>Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale</i> , également appelée WEMWBS-7)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Bien-être subjectif
Correspondant à la tranche d'âge	11 à 17, 18 à 25, 26 à 59, 60+
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le SWEMWBS est une forme abrégée en sept items du WEMWBS, élaborée pour permettre le suivi du bien-être mental de la population en général et l'évaluation des interventions et des politiques visant à améliorer le bien-être mental.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>La SWEMWBS est une mesure d'auto-évaluation ; les réponses sont saisies sur papier ou numériquement. La SWEMWBS saisit les expériences des deux dernières semaines et ne doit pas être ré-administrée avant deux semaines.</p> <p>Plus d'informations sur l'échelle sont disponibles ici : https://warwick.ac.uk/wemwbs</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Chacune des réponses aux sept items du SWEMWBS est notée de 1 (jamais) à 5 (tout le temps), et un score total de l'échelle est calculé en additionnant les scores des items individuels et en les transformant avec un simple tableau. Les scores peuvent être comparés à ceux d'autres populations à l'aide d'un t-test. Un guide d'utilisation est fourni sous licence. Il comprend un guide de notation, des informations sur les bandes et valeurs seuils et une feuille de calcul Excel pour le calcul d'un t-test. Voir : https://warwick.ac.uk/wemwbs/using
Versions/mesures applicables	Certaines traductions et adaptations sont disponibles via le lien ci-dessus, ainsi que des instructions sur la façon de demander l'autorisation de traduire.
Limites	La SWEMWBS est une mesure non diagnostique et n'est pas conçue de manière à dépister la maladie mentale. Elle n'a pas été validée ni ne doit pas être utilisée à cette fin.
Avertissement du concepteur	La SWEMWBS est soumise au droit d'auteur (©Université de Warwick) et une licence est requise pour utiliser l'échelle. Celle-ci est offerte gratuitement pour les organisations non commerciales, à savoir les organisations du secteur public (universités, écoles, santé publique, services sociaux et ONG), les organisations caritatives enregistrées, les sociétés d'intérêt communautaire enregistrées et les entreprises sociales enregistrées uniquement. Pour en savoir plus sur le type de licence requis ou demander en ligne l'utilisation de l'échelle, veuillez vous rendre sur : https://warwick.ac.uk/wemwbs/using
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Professeur Sarah Stewart-Brown Pour les requêtes, veuillez utiliser wemwbs@warwick.ac.uk
Point d'accès initial (à la date de publication)	Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, Platt S, Parkinson J, Weich S. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish health education population survey. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 2009;7(1):15.

Nom complet du MoV	Échelle de bien-être des enfants de Stirling*
Abréviation du MoV	SCWBS (de l'anglais <i>Stirling Children's Wellbeing Scale</i>)
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Bien-être subjectif
Correspondant à la tranche d'âge	8 à 15 ans
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le SCWBS se compose de 12 items. Il a été élaboré par le Stirling Council Educational Psychology Service (Royaume-Uni) en tant que mesure holistique du bien-être émotionnel et psychologique des enfants employant une terminologie positive. S'appuyant sur les théories actuelles du bien-être et de la psychologie positive, le SCWBS vise à fournir un moyen pour mesurer l'efficacité des interventions et des projets destinés à promouvoir le bien-être et le développement émotionnel des enfants.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/emotional-and-psychological-wellbeing-in-children-the-standardisation-of-the-stirling-childrens-wellbeing-scale
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Il convient d'envisager la possibilité d'une évaluation plus approfondie de la santé mentale pour les enfants dont le score est faible sur l'échelle.
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Ian Liddle, Conseil Service de Psycho-pédagogie du Stirling, Stirling Council, Royaume-Uni Liddle.ian@gmail.com
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://pdfs.semanticscholar.org/8def/e9c4648f44088d0e508e8248747523c7f885.pdf

* Malgré plusieurs tentatives, il s'est avéré impossible de contacter la ou les personnes responsables de la conception de cette mesure. L'autorisation et les directives d'utilisation n'ont donc pas été obtenues. Elle est disponible ici et conforme aux directives publiées.

Nom complet du MoV	Indice du bien-être à cinq items de l'OMS
Abréviation du MoV	WHO-5
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Bien-être subjectif
Correspondant à la tranche d'âge	9+
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le WHO-5 se compose de 5 items. Il a été présenté pour la première fois par le Bureau régional de l'OMS en Europe, lors d'une réunion de l'OMS à Stockholm tenue en 1998, en tant qu'élément du projet DepCare sur les mesures du bien-être dans les soins de santé primaires. Depuis cette époque, sa validité clinique et psychométrique a été confirmée dans un certain nombre d'études. Il mesure la qualité de vie subjective en fonction de l'humeur positive (bonne humeur, détente), de la vitalité (être actif et se réveiller en se sentant revigoré et reposé) et de l'intérêt général (s'intéresser aux choses).
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Cette mesure est un outil d'auto-évaluation. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Le score total brut, allant de 0 à 25, est multiplié par 4 pour donner le score final ; 0 représente le pire bien-être imaginable et 100 représente le meilleur bien-être imaginable. Des scores seuils pour le besoin de traitement ont été recommandés et sont disponibles dans le 4e tableau de l'article dont voici le lien : https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1451918
Versions/mesures applicables	
Limites	
Avertissement du concepteur	Ce questionnaire relève du domaine public et peut être utilisé librement et gratuitement, à condition d'en mentionner la source : Bech P. Psychométrie clinique. Oxford, Wiley-Blackwell ; 2012. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-being Index: A systematic review of the Literature. <i>Psychotherapy & Psychosomatics</i> . 2015;84(3):167-76
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Psychiatric Center North Zealand, Service de recherche en psychiatrie pcnordsjaelland@regionh.dk ; kate.aamund@regionh.dk
Point d'accès initial (à la date de publication)	https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_English.pdf

Nom complet du MoV	Échelle de l'OMS pour l'évaluation de l'incapacité 2.0
Abréviation du MoV	WHODAS 2.0
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Fonctionnement
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	Le WHODAS 2.0 (version 12-items) est un instrument d'évaluation courte, simple et générique pour la santé et l'incapacité dans les populations adultes. Il mesure la cognition, la mobilité, l'autonomie, la convivialité, les activités de la vie et la participation. Cette mesure a été élaborée sur la base d'une vaste étude transculturelle, couvrant 19 pays à travers le monde.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Le WHODAS 2.0 est disponible à la fois sous forme d'entretien et d'instrument d'auto-évaluation. Lien vers le score : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Dans le WHODAS 2.0, les scores attribués à chacun des 12 items sont additionnés. La simple somme des scores de tous les domaines constitue une statistique suffisante pour décrire le degré de limitations fonctionnelles.
Versions/mesures applicables	En plus d'une version en 12 items, le WHODAS 2.0 se décline en une version 36-items et une version interview.
Limites	
Avertissement du concepteur	
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Le WHODAS 2.0 est un instrument de l'OMS. Pour obtenir l'autorisation d'utiliser tout instrument de l'OMS, veuillez contacter permissions@who.int
Point d'accès initial (à la date de publication)	http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/

Nom complet du MoV	Sous-échelle sociale WHOQOL
Abréviation du MoV	Sous-échelle sociale du relevé de la qualité de vie (QV) de l'OMS - WHOQOL Social
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Liens sociaux
Correspondant à la tranche d'âge	18 à 25, 26 à 59, 60+
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	La sous-échelle sociale de l'échelle de qualité de vie de l'OMS (WHOQOL) se compose de 12 items. Elle sert à mesurer la perception individuelle des personnes par rapport au degré de compagnie et de soutien dont elles disposent. Elle mesure par ailleurs la détermination à s'occuper des autres et l'expérience en la matière. Elle comprend un examen des relations personnelles, du soutien social et de l'activité sexuelle.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	Cet outil est auto-administré si les enquêtés ont une capacité suffisante ; sinon, l'intervieweur secondé ou formulaires d'interview administrés peuvent être utilisés. Plus en savoir plus sur l'administration, les scores et le contexte de l'échelle, consulter https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/australian-version-manual-and-and-questionnaires-whoqol-100
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Le score social du WHOQOL est un « score de domaine » qui résulte de la moyenne de trois scores « à facettes » : les relations personnelles, le soutien social et l'activité sexuelle. Les facettes sont notées par une mise à l'échelle sommative, et chaque item contribue à parts égales au score des facettes. Les scores de domaine et de facette peuvent être transformés en une échelle de 0 à 100. Pour en savoir plus, consulter https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/australian-version-manual-and-and-questionnaires-whoqol-100
Versions/mesures applicables	Le WHOQOL a été traduit dans plus de 20 langues. Veuillez consulter la section 9 du site Web WHOQOL pour plus d'informations : https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index2.html
Limites	
Avertissement du concepteur	Le droit d'auteur pour le WHOQOL est détenu par l'OMS pour le compte des centres de terrain de l'OMS. Pour obtenir l'autorisation d'utiliser tout instrument de l'OMS, veuillez contacter permissions@who.int
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Contact : permissions@who.int
Point d'accès initial (à la date de publication)	Manuel de l'utilisateur WHOQUAL, 1998. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

Nom complet du MoV	Qualité de vie-BREF de l'OMS
Abréviation du MoV	WHOQOL-BREF Qualité de vie - OMS
Indicateur(s) d'impact correspondant(s)	Bien-être subjectif
Correspondant à la tranche d'âge	18 ans et plus
Résumé du MoV (y compris les informations relatives au dépistage, au suivi, au test antérieur et ultérieur, etc.)	L'OMS a conçu le WHOQOL-BREF en 26 items, comme une version plus courte du WHOQOL-100. Les deux échelles mesurent la qualité de vie sur la base des déclarations de patients atteints de diverses maladies, de personnes bien portantes et de professionnels de la santé dans diverses cultures.
Notes sur l'administration du questionnaire et consignes de notation (personne la plus apte à administrer, lien vers les modèles de notation)	<p>Le WHOQOL est auto-administré lorsque la personne interrogée en est capable ; sinon, il convient de recourir à des formulaires assistés ou administrés par un enquêteur lors d'un entretien.</p> <p>On trouve les consignes de notation du WHOQOL-BREF dans le manuel WHOQOL (p.54 dans la version anglaise) : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/world-health-organization-quality-of-life-whoqol-user-manual</p>
Résumé des scores et des interprétations (par exemple, résultats attendus des scores et leur signification)	Les items WHOQOL-BREF sont notés à l'aide d'une échelle à cinq points (1 à 5). Signalons que certains items sont notés à l'envers. Les scores moyens des items dans chaque domaine sont utilisés pour produire quatre scores de domaine. Ces scores moyens peuvent être transformés pour les rendre comparables à la mesure WHOQOL-100 complète. Des scores plus élevés indiquent une meilleure qualité de vie.
Versions/mesures applicables	Le WHOQOL a été traduit dans plus de 20 langues. Veuillez consulter la section 9 du site Web WHOQOL pour plus d'informations : https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index2.html
Limites	
Avertissement du concepteur	Le droit d'auteur pour le WHOQOL est détenu par l'OMS pour le compte des centres de terrain de l'OMS. Pour obtenir l'autorisation d'utiliser tout instrument de l'OMS, veuillez contacter permissions@who.int
Coordonnées responsable(s) conception/auteur(s)	Contact : permissions@who.int
Point d'accès initial (à la date de publication)	Outil WHOQOL- BREF Qualité de vie - Organisation mondiale de la Santé. OMS ; 2004. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf

Résumé des approches de MoV qualitatives recommandées

Nom complet du MoV	Cartographie corporelle
Catégories de MoV qualitatifs	Cartographie
Correspondant à la tranche d'âge	6 à 17 ans**
Résumé du MoV	La cartographie corporelle implique un processus de création de représentations visuelles qui explorent de manière holistique la mémoire et le corps des personnes. La cartographie corporelle a été utilisée dans des projets participatifs portant sur de nombreux sujets auprès d'un grand nombre de populations (personnes vivant avec le virus du VIH/SIDA, jeunes réfugiés, travailleurs sans papiers, personnes vivant avec la fibromyalgie, survivants de la torture, survivants de la violence basée sur le genre VBG). Les ressources nécessaires comprennent des feuilles de papier ou des morceaux de grand tissu et des marqueurs ou d'autres outils pour écrire.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>Pour des conseils concernant l'administration, veuillez consulter : Solomon J. « Living with X » : A body mapping journey in time of HIV and AIDS. Facilitator's Guide. Psychosocial Wellbeing Series. Johannesburg : REPSSI ; 2002.</p> <p>Lien vers les directives d'utilisation : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limites	<p>Veillez noter qu'il existe plusieurs approches pour réaliser une cartographie corporelle. Il est aussi important d'être conscient du contexte culturel lorsque l'on envisage cette approche. Dans certains contextes, il convient de confier à des hommes les discussions sur la cartographie corporelle avec d'autres hommes, et à des femmes ces discussions avec d'autres femmes.</p> <p>Sachez par ailleurs que la cartographie corporelle peut être pénible pour certains groupes, comme les personnes survivantes de violences sexuelles et sexistes, et qu'elle ne doit être réalisée que sous la supervision de professionnels spécialisés dans la SMSPS et la VBG. Veillez à ce que les équipes soient formées au soutien des personnes en détresse et à la mise en œuvre correcte de l'approche avec différents groupes.</p> <p>La cartographie corporelle n'est pas recommandée pour les personnes souffrant de blessures liées à des conflits ou ayant perdu un membre (par exemple, les victimes de restes explosifs de guerre).</p>
Ressources pour des conseils supplémentaires	<p>Cornwall A. Body mapping in RRA/PRA, RRA notes. 1992. Dans Welbourn A, ed. RRANotes 16, Special issue on applications for health, p.69-76. Londres : International Institute for Environment and Development.</p> <p>Gastaldo D, Magalhães L, Carrasco C and Davy C. Body-map storytelling as research: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012.</p>

** La cartographie corporelle peut également s'appliquer à des participants âgés de plus de 18 ans, selon la culture et le contexte.

Nom complet du MoV	Entrevues ethnographiques courtes
Catégories de MoV qualitatifs	Entrevues
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV	Des entrevues ethnographiques courtes peuvent être réalisées pour recueillir et évaluer des indicateurs de bien-être.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>Pour des conseils concernant l'administration, veuillez consulter : Tacchi JA, Fildes J, Martin K, Mulenahalli K, Baulch E and Skuse A. Ethnographic Action Research Handbook. UNESCO; 2007.</p> <p>Lien vers les directives d'utilisation : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limites	
Ressources pour des conseils supplémentaires	<p>Corps médical international. Résumé du rapport : Ethnographic Assessment of Psychosocial Needs of Children at Vasilika Camp. Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>

Nom complet du MoV	Cartes/guides visuels
Catégories de MoV qualitatifs	Discussions de groupe ; entrevues
Correspondant à la tranche d'âge	6 ans et plus
Résumé du MoV	Des cartes ou des indications visuelles peuvent être utilisées pour susciter la discussion sur les résultats et les indicateurs.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>L'outil d'évaluation participative communautaire (CPET) utilise des éléments visuels, comme les graphiques, les cartes communautaires et les matrices de problèmes/solutions dans des groupes de discussion, dans le cadre d'une méthode participative de conception, de S&E de programmes axés sur les enfants en situations d'urgence.</p> <p>Disponible auprès de : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limites	
Ressources pour des conseils supplémentaires	<p>Bragin M. The Community Participatory Evaluation Tool for Psychosocial Programs: A guide to implementation. Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict, 2005; 3(1), 3–24.</p> <p>Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. Listen and Learn: Participatory Assessment with Children and Adolescents. Genève : HCR; 2012.</p>

Nom complet du MoV	Discussions de groupe classiques
Catégories de MoV qualitatifs	Discussions de groupe (DG)
Correspondant à la tranche d'âge	6 ans et plus
Résumé du MoV	Les DG classiques consistent à engager les membres du groupe dans des conversations ouvertes ou semi-structurées sur des sujets d'intérêt (projets, interventions, résultats, indicateurs).
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>Pour les consignes d'administration, voir les chapitres 3 et 16 de l'ouvrage suivant : Organisation internationale pour les migrations. Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. [Guide communautaire de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence et les populations déplacées]. Genève : OIM ; 2019.</p> <p>Lien vers les consignes https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limites	<p>Il arrive fréquemment dans ces groupes que les participants ressentent une pression sociale les contraignant à répondre d'une manière conforme à la norme. De plus, les DGD peuvent exacerber les déséquilibres de pouvoir existants au sein d'une communauté. Par conséquent, il est préférable que les données soient triangulées avec d'autres approches pour en assurer la validité.</p> <p>Limites des DG en ce qui concerne les enfants et les jeunes : Les DGD peuvent sembler trop formels, contraignants, intimidants ou contrôlés par les adultes, ce qui peut empêcher les jeunes de partager leurs points de vue. Les enfants plus jeunes peuvent également être plus à l'aise pour communiquer par d'autres moyens (dessin, histoires, jeu, etc.) et les DG peuvent donc n'être que partiellement informatifs.</p>
	Ventevogel P, Jordans M, Reis R et De Jong T. Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected
Nom complet du MoV	Entrées de journal
Catégories de MoV qualitatifs	Méthodes créatives de génération de données
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV	Cette méthode invite les participants à documenter leurs expériences dans un carnet qui pourrait être ultérieurement analysé .
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	
Limites	<p>Les participants peuvent révéler de nombreuses informations personnelles dans les journaux intimes. Par conséquent, des approches visant à garantir la confidentialité et d'autres préoccupations éthiques doivent être mises en œuvre lors de l'utilisation de cette approche, comme la création d'entrées anonymes avec des noms et des détails déguisés. Les participants doivent également être soigneusement informés du risque potentiel qu'ils encourent s'ils venaient à perdre un carnet contenant des données sensibles.</p> <p>De plus, cette méthode peut être un processus stressant pour les personnes confrontées à l'adversité. Il est donc important de s'assurer que des messages clairs sont donnés et que des objectifs concrets sont fixés pour l'exercice.</p>
Ressources pour des conseils supplémentaires	

Nom complet du MoV	<u>Analyse de documents</u>
Catégories de MoV qualitatifs	Observation et documentation
Correspondant à la tranche d'âge	Tous les âges
Résumé du MoV	L'analyse documentaire consiste à examiner les données ou les informations relatives au projet afin d'en évaluer l'impact.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>Pour des conseils d'administration, voir l'outil 1 dans : Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide. CPI GR-SMSPS ; 2012.</p> <p>Disponible auprès de : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limites	L'analyse de la documentation bénéficie considérablement de la participation de chercheurs et de praticiens nationaux issus de la population locale ou du pays touché par la situation d'urgence. Bien souvent, ces personnes sont en mesure d'accéder à la littérature grise et à des sources d'information informelles, ce qui n'est pas le cas des praticiens internationaux ; par ailleurs, elles possèdent la compréhension culturelle et linguistique nécessaire à l'analyse et l'interprétation des documents et des rapports.
Ressources pour des conseils supplémentaires	<p>Organisation internationale pour les migrations. Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. [Guide communautaire de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence et les populations déplacées]. Genève : OIM ; 2019. https://www.iom.int/mhpsed</p> <p>Organisation mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vade-mecum pour les situations humanitaires. Genève : OMS ; 2012. Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>

Nom complet du MoV	Liste libre
Catégories de MoV qualitatifs	Discussions de groupe ; entrevues
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV	La liste libre demande aux groupes de recenser les questions qui les concernent.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>Pour des conseils d'administration, voir l'outil 2 du : Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide. CPI GR-SMSPS ; 2012.</p> <p>Disponible auprès de : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limites	<p>Il arrive fréquemment dans ces groupes que les participants ressentent une pression sociale les contraignant à répondre d'une manière conforme à la norme. De plus, les DG peuvent exacerber les déséquilibres de pouvoir existants au sein d'une communauté. Par conséquent, les données doivent être triangulées avec d'autres approches pour en assurer la validité.</p> <p>En outre, le référencement gratuit est susceptible d'être plus utile lorsqu'il est utilisé avec des individus ou des groupes homogènes. Par conséquent, il est préférable de définir la composition du groupe en partie par le genre et l'âge afin de garantir l'exactitude des informations et la sécurité des participants.</p>
Ressources pour des conseils supplémentaires	<p>Organisation mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vade-mecum pour les situations humanitaires. Genève : OMS ; 2012.</p> <p>Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>

Nom complet du MoV	Entrevues avec des informateurs clés
Catégories de MoV qualitatifs	Entrevues
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV	Des entrevues avec des informateurs clés (KII) peuvent être menés après une activité de SMSPS pour évaluer les résultats.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>Pour des conseils d'administration, voir l'outil 3 dans : Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide. CPI GR-SMSPS ; 2012.</p> <p>Disponible auprès de : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limites	<p>Les enquêteurs doivent être formés aux techniques d'entrevue afin d'éviter d'influencer les réponses des informateurs.</p> <p>De plus, il est essentiel qu'un échantillon représentatif soit identifié pour participer aux KII. Toutefois, il peut être difficile d'identifier un échantillon convenablement représentatif. Sont souvent exclues les personnes handicapées, les personnes âgées et les femmes dans les sociétés traditionnelles.</p>
Ressources pour des conseils supplémentaires	<p>Organisation internationale pour les migrations. Évaluation des besoins psychosociaux dans les situations de déplacement d'urgence, de relèvement précoce et de retour. Genève : OIM ; 2009. https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p> <p>Organisation mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vade-mecum pour les situations humanitaires. Genève : OMS ; 2012. https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>

Nom complet du MoV	Lifeline
Catégories de MoV qualitatifs	Cartographie ; discussions de groupes
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV	Les activités dites « Lifeline », ou ligne de vie, invitent les individus ou les membres d'un groupe à créer une ligne de vie retraçant des événements importants et de discuter de l'impact des interventions de SMSPS. Les discussions tenues dans le cadre de cette activité peuvent également porter sur la façon dont les individus ont surmonté une adversité similaire dans le passé lors de l'examen des événements (par exemple, dans les milieux où les catastrophes naturelles sont fréquentes/cycliques ou qui sont confrontées au changement climatique ou à un conflit).
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	Pour des conseils concernant l'administration, veuillez consulter : NGO-Ideas. Tiny tools: Guide to use "Lifeline". 2012. Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limites	Il est essentiel que les personnes ne soient pas contraintes à participer si elles ne le souhaitent pas. La participation doit être entièrement volontaire et les participants doivent être libres de partager autant ou aussi peu qu'ils le souhaitent. En outre, Lifeline requiert une approche véritablement participative. Les résultats doivent être interprétés à la lumière d'autres approches triangulées afin de garantir la validité des données recueillies.

Nom complet du MoV	Changement le plus significatif (MSC)
Catégories de MoV qualitatifs	Entrevues
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV	La technique du « changement le plus significatif » est une forme qualitative et participative de S&E qui peut être utilisée avec des individus, des familles ou des groupes de population spécifiques. Elle est basée sur la collecte, la sélection systématique et l'analyse d'histoires de changements significatifs attribués à une intervention.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	Pour des conseils concernant l'administration, veuillez consulter : Davies R and Dart J. The 'Most Significant Change' (MSC) Technique: A Guide to Its Use. 2005. Disponible auprès de : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit Lien vers les directives d'utilisation : Ce guide et les autres ressources disponibles pour soutenir la mise en œuvre de la méthode MSC sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limites	Il est essentiel que les personnes ne soient pas contraintes à participer si elles ne le souhaitent pas. La participation doit être entièrement volontaire et les participants doivent être libres de partager autant ou aussi peu qu'ils le souhaitent. En outre, le MSC requiert une approche véritablement participative. Les résultats doivent être interprétés à la lumière d'autres approches triangulées afin de garantir la validité des données recueillies.
Ressources pour des conseils supplémentaires	Dart J and Davies R. A dialogical, story-based evaluation tool: The most significant change technique. American Journal of Evaluation, 2003; 2.4(2), 137-155. doi:10.1177/109821400302400202

Nom complet du MoV	Observation
Catégories de MoV qualitatifs	Observation et documentation
Correspondant à la tranche d'âge	Tous les âges
Résumé du MoV	L'observation pendant les séances d'une activité de SMSPS peut aider à évaluer les résultats pertinents. L'observation dans la communauté peut également être utilisée pour évaluer les résultats pertinents.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	Pour des conseils d'administration, voir les outils 4 et 5 dans : Organisation mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vade-mecum pour les situations humanitaires. Genève : OMS ; 2012. Disponible auprès de : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limites	
Ressources pour des conseils supplémentaires	Organisation internationale pour les migrations. Évaluation des besoins psychosociaux dans les situations de déplacement d'urgence, de relèvement précoce et de retour. Genève : OIM ; 2009. https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit

Nom complet du MoV	Photovoice
Catégories de MoV qualitatifs	Méthodes créatives de génération de données
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV	Photovoice consiste à demander aux participants de documenter leur vie au moyen de photos prises au fil du temps.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	Pour des conseils concernant l'administration, veuillez consulter : Sutton-Brown CA. Photovoice: A methodological guide. Photography and Culture, 2014; 7(2), 169-185. doi:10.2752/175145214X13999922103165 Lien vers les directives d'utilisation : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limites	Les approches Photovoice produisent des données riches et complexes. Par conséquent, il convient d'utiliser plusieurs méthodes pour trianguler les données et garantir la validité des interprétations. En outre, les approches Photovoice nécessitent l'accès à des ressources spécifiques (appareils photo, films, possibilité d'imprimer des photos, etc.) qui peuvent manquer dans de nombreux contextes.
Ressources pour des conseils supplémentaires	Save the Children Bangladesh. Photovoice Guidance: 10 simple steps to involve children in needs assessments. Save the Children ; 2014. http://bit.ly/1pHeVwK Wang C et Burris MA. Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. Health Education & Behavior, 1997; 24(3), 369-387. doi:10.1177/109019819702400309

Nom complet du MoV	Profils des effets du traitement en santé mentale chez les enfants (PSYCHLOPS KIDS)
Catégories de MoV qualitatifs	Entrevues
Correspondant à la tranche d'âge	6 à 11 ans
Résumé du MoV	PSYCHLOPS KIDS est une mesure mixte, quantitative et qualitative, conçue pour évaluer les résultats générés par les clients avant, pendant et après l'intervention thérapeutique. Il se compose de quatre questions qui mesurent trois domaines : les problèmes, le fonctionnement et le bien-être.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	Lien vers les directives d'utilisation : http://psychlops.org.uk/versions
Limites	Si les données autodéclarées présentent de nombreux avantages, elles doivent être considérées dans le contexte des biais individuels.
Ressources pour des conseils supplémentaires	Les auteurs : Mark Ashworth mark.ashworth@kcl.ac.uk Maria Kordowicz maria.kordowicz@kcl.ac.uk

Nom complet du MoV	Profils des effets du traitement en santé mentale chez les adolescents (PSYCHLOPS TEEN)
Catégories de MoV qualitatifs	Entrevues
Correspondant à la tranche d'âge	12 à 17 ans
Résumé du MoV	PSYCHLOPS est une mesure mixte, quantitative et qualitative, conçue pour évaluer les résultats générés par les clients avant, pendant et après une intervention thérapeutique. Il se compose de quatre questions qui mesurent trois domaines : les problèmes, le fonctionnement et le bien-être.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	Lien vers les directives d'utilisation : http://psychlops.org.uk/versions
Limites	Si les données autodéclarées présentent de nombreux avantages, elles doivent être considérées dans le contexte des biais individuels.
Ressources pour des conseils supplémentaires	Les auteurs : Mark Ashworth mark.ashworth@kcl.ac.uk Maria Kordowicz maria.kordowicz@kcl.ac.uk

Nom complet du MoV	Classement
Catégories de MoV qualitatifs	Discussions de groupe ; entrevues
Correspondant à la tranche d'âge	12 ans et plus
Résumé du MoV	Les activités de classement demandent aux groupes de classer les questions, les problèmes et les ressources ou les stratégies d'adaptation par ordre de priorité.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>Pour des conseils d'administration, voir l'outil 2 du : Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide. CPI GR-SMSPS ; 2012.</p> <p>Lien vers les directives d'utilisation : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limites	Le classement participatif est utile pour saisir un instantané particulier dans le temps. Cependant, les priorités des collectivités, des familles et des individus changent au fil du temps avec l'évolution d'une situation d'urgence ou d'une crise prolongée. La vérification de la priorisation des problèmes peut être effectuée à plusieurs intervalles au cours d'un projet/programme afin de garantir une compréhension juste de la situation.
Ressources pour des conseils supplémentaires	<p>Ager A, Stark L and Potts A. Participatory Ranking Methodology: A Brief Guide (Version 1.1, February 2010). Program on Forced Migration & Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York; 2009. https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/prmmanual-v1-1.pdf</p> <p>CARE Malawi. The Community Score Card (CSC): A generic guide for implementing CARE's CSC process to improve quality of services. Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.; 2013. Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>

Nom complet du MoV	<u>Cartographie des risques et des ressources</u>
Catégories de MoV qualitatifs	Cartographie
Correspondant à la tranche d'âge	6 à 17 ans
Résumé du MoV	La cartographie des risques et des ressources demande aux participants de créer des cartes des risques et des ressources observés dans leur milieu.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>Pour les consignes d'administration, voir les chapitres 3 et 16 de l'ouvrage suivant : Organisation internationale pour les migrations. Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. [Guide communautaire de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence et les populations déplacées]. Genève : OIM ; 2019.</p> <p>Lien vers les directives d'utilisation : https://www.iom.int/mhpsed</p>
Limites	Des considérations de sécurité supplémentaires doivent être prises en compte lors de l'évaluation des risques et des ressources avec les femmes et les filles. Pour plus d'informations, reportez-vous à la norme 9 des Normes minimales interorganisations pour les programmes de lutte contre la violence sexiste dans les situations d'urgence : Sécurité et atténuation des risques. Ce document renvoie également à d'autres outils susceptibles de faciliter la cartographie des risques et des ressources pour les femmes et les filles.
Ressources pour des conseils supplémentaires	Voir : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit

Nom complet du MoV	<u>Cartographie sociale</u>
Catégories de MoV qualitatifs	Cartographie
Correspondant à la tranche d'âge	6 à 17 ans
Résumé du MoV	La cartographie sociale est une approche participative qui demande aux participants de dresser la carte de leurs relations sociales avec diverses personnes de leur vie ou de leur milieu.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	<p>Pour des conseils d'administration, voir la section 2, FGD2 in : World Vision International. A Toolkit for Integrating Gender Equality and Social Inclusion in Design, Monitoring and Evaluation. 2020.</p> <p>Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit</p>
Limites	La cartographie sociale est susceptible de susciter des révélations d'abus, et doit donc être menée par des animateurs formés aux procédures locales d'orientation et de protection.
Ressources pour des conseils supplémentaires	World Vision International Guidance for Integrated Programming. Community Engagement Tools: Social Mapping. Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit

Nom complet du MoV	Récit
Catégories de MoV qualitatifs	Méthodes créatives de génération de données
Correspondant à la tranche d'âge	Tous les âges
Résumé du MoV	Le récit/la création de récit invite les participants à raconter une histoire de leur propre vécu.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	Aux fins de l'administration de cette mesure, veuillez noter qu'il existe de nombreuses méthodes et techniques pour mettre en œuvre des approches narratives et pour analyser des données narratives. Un bref aperçu de l'enquête narrative et une démonstration de l'analyse narrative multi-méthodes peuvent être trouvés dans : Nasheeda A, Abdullah HB, Krauss SE et Ahmed NB. Transforming transcripts into stories: A multimethod approach to narrative analysis. International Journal of Qualitative Methods, 2019; 18, doi:10.1177/1609406919856797 Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limites	Il n'existe pas de méthode unique de narration ou d'analyse narrative. Les démarches de collecte et d'analyse de données de récits peuvent être intensives et nécessiter une expertise dans les méthodes qualitatives.
Ressources pour des conseils supplémentaires	Clandinin DJ et Connelly FM. Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research. San Francisco, CA : Wiley ; 2000.

Nom complet du MoV	Marches transect
Catégories de MoV qualitatifs	Cartographie
Correspondant à la tranche d'âge	6 ans et plus
Résumé du MoV	Les marches transects consistent à se promener avec les participants dans leur lieu de travail afin de recenser les domaines d'intérêt.
Conseils d'administration de l'entrevue (plus liens vers les manuels ou la méthodologie)	Pour des conseils concernant l'administration, veuillez consulter : FICR. Outreach walk: Improving protection and psychosocial support through outreach. Copenhague, Danemark : Centre de référence de la FICR pour le soutien psychosocial ; 2019. Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit
Limites	Les marches transects peuvent présenter des risques potentiels pour les participants lorsqu'elles ne sont pas correctement planifiées. Cette approche doit être appliquée tant aux hommes qu'aux femmes et à toutes les tranches d'âge et tous les groupes, dans la mesure du possible, afin d'éviter de mettre en danger des groupes spécifiques. Des adaptations inclusives doivent être prévues pour que les personnes handicapées puissent participer pleinement à cette activité de suivi et d'évaluation.
Ressources pour des conseils supplémentaires	Annexe 15 du Domaine de responsabilité de la violence basée sur le genre (GBV AoR). Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Emergencies. Groupe mondial de la protection ; 2019. Disponible sur : https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit

Exemple de formulaire de suivi pour l'adaptation/la traduction*.



Item :	Item :
La rétro-traduction lexicale :	
Compréhensibilité (équivalence sémantique) Cette traduction est-elle compréhensible dans la langue de la population locale ? Veuillez commenter les difficultés éventuelles.	
L'avis des traducteurs :	
Le point de vue des professionnels :	
Résultats des groupes de discussion :	
Acceptabilité et autres questions soulevées dans les réponses (équivalence technique) Serait-il gênant pour certains répondants de répondre honnêtement à cette question ? Veuillez expliquer.	
L'avis des traducteurs :	
Le point de vue des professionnels :	
Résultats des groupes de discussion :	
Pertinence (équivalence de contenu) Cette question est-elle pertinente dans la culture locale ? Si non, veuillez expliquer.	
L'avis des traducteurs :	
Le point de vue des professionnels :	
Résultats des groupes de discussion :	
Complétude (équivalence sémantique, critère et conceptuelle) La retraduction reprend-elle les mêmes concepts et idées que l'original ? Si non, veuillez expliquer.	
L'avis des traducteurs :	
Le point de vue des professionnels :	
Résultats des groupes de discussion :	
Commentaires (si nécessaire, utilisez l'autre côté de la page) :	

* van Ommeren M, Sharma B, Thapa S, Makaju R, Prasain D, Bhattarai R et de Jong J. Preparing instruments for transcultural research: use of the translation monitoring form with Nepali-speaking Bhutanese refugees. *Transcultural Psychiatry*, 1999; 36(3), 285-301. doi:10.1177/136346159903600304

Glossaire des termes utilisés dans le suivi et l'évaluation

Adaptation	<p>Le processus de développement d'une nouvelle version d'un outil ou d'une intervention pour le rendre plus adapté à la culture ou au contexte où il sera utilisé.</p>
Indicateurs <i>Indicateurs d'impact</i> <i>Indicateurs de résultats</i> <i>Indicateurs de résultats</i>	<p>Une unité de mesure qui spécifie ce qui doit être mesuré. Les indicateurs visent à déterminer si l'impact, les résultats ou les réalisations souhaités ont été atteints ou non. Les indicateurs peuvent être quantitatifs (par exemple, pourcentages ou nombre de personnes) ou qualitatifs (tels que perceptions, qualité, type, connaissances, capacité).</p> <p>Les indicateurs d'impact reflètent le résultat (ou l'impact) des actions à une échelle sociale, institutionnelle (ou organisationnelle) plus large.</p> <p>Les indicateurs de résultats reflètent les changements survenus chez des individus ou des groupes de personnes à la suite d'un programme ou d'une intervention de SMSPS.</p> <p>Les indicateurs de résultats sont alignés sur le plan d'activité et visent à déterminer si l'activité prévue a été réalisée comme prévu (notez que ce Cadre d'évaluation ne comprend pas d'indicateurs de résultats).</p>
Consentement éclairé	<p>Le consentement éclairé est la permission que les participants donnent avant d'accepter de communiquer des informations ou de les faire documenter (y compris électroniquement, par des photographies ou des enregistrements).</p>
Moyens de vérification	<p>Le ou les outils ou les sources de données utilisés pour mesurer l'indicateur. On peut également l'appeler outil de « mesure », de « mesure » ou d'« évaluation ». Un MoV peut produire des données quantitatives ou qualitatives.</p>
Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)	<p>Tout type de soutien local ou extérieur qui vise à protéger ou à promouvoir le bien-être psychosocial ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux.</p>
Suivi et évaluation (S&E)	<p>Le suivi désigne les visites, les observations et les questions que nous posons pendant l'exécution d'un programme pour voir s'il progresse comme prévu. L'un des problèmes clés, par exemple, dans le suivi des programmes SMSPS est de veiller à ce que le programme ne nuise pas. Le suivi peut aider à l'évaluer.</p> <p>L'évaluation consiste à examiner un programme au début, au milieu (si le calendrier le permet) et après son achèvement pour voir s'il a atteint les résultats souhaités. Il est évidemment important de savoir quels sont les résultats souhaités pour pouvoir les évaluer.</p>
Résultat	<p>Les changements qui se produisent en conséquence des activités d'un projet spécifique. À ce niveau, on parle généralement de résultats du projet. Exemple : Les personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés.</p>
Données qualitatives	<p>Les données qualitatives fournissent des informations descriptives.</p>

Données quantitatives	Données numériques pouvant être calculées ou analysées.
Fiabilité <i>Fiabilité interne (cohérence interne)</i> <i>Fiabilité du test/re-test</i> <i>Fiabilité inter-juges</i>	<p>La cohérence globale d'un MoV. On dit d'une mesure qu'elle est très fiable si elle produit des résultats similaires dans des conditions identiques.</p> <p>La mesure dans laquelle les items qui proposent de mesurer le même concept général produisent des résultats similaires.</p> <p>La mesure dans laquelle les réponses sont susceptibles d'être cohérentes/similaires dans le temps (c'est-à-dire à différents moments dans des conditions similaires).</p> <p>La mesure dans laquelle différentes personnes répondant à une MoV donnent des réponses cohérentes/similaires pour le même comportement ou la même présentation de symptômes.</p>
Échantillon <i>Probabilité ou échantillonnage représentatif</i> <i>Échantillonnage non probabiliste</i>	<p>Individus ou groupes inclus dans la collecte de données.</p> <p>Un échantillon sélectionné au hasard où toutes les personnes d'une population ont une chance égale d'être sélectionnées.</p> <p>Un échantillon qui n'est pas choisi au hasard.</p>
Validité <i>Validité faciale</i> <i>Validité de la structure</i> <i>Validité du contenu</i> <i>Validité des critères</i>	<p>La validité globale d'une mesure. Une mesure est considérée comme valide si elle mesure ce qu'elle est censée mesurer.</p> <p>La mesure dans laquelle les items d'une mesure sont considérés comme évaluant le construit global.</p> <p>La mesure dans laquelle une mesure évalue le concept théorique qu'elle est censée mesurer (par exemple, si une mesure de l'espoir identifie correctement une personne pleine d'espoir).</p> <p>La mesure dans laquelle le contenu du MoV représente le(s) concept(s) à mesurer.</p> <p>La force d'une relation entre un MoV et un critère externe mesurable.</p>

ANNEXE 12

Lacunes et limites des mesures quantitatives justifiant des recherches supplémentaires

Dans l'ensemble, la sélection la plus large et la plus solide de mesures recensées et incluses au cours du processus de révision a été celle correspondant à l'indicateur « détresse/symptômes invalidants ». Par rapport aux autres indicateurs, beaucoup moins de mesures ont été définies pour évaluer le fonctionnement et le lien social. Le nombre relativement faible de mesures du « fonctionnement » incluses dans ce cadre peut refléter la pratique consistant à concevoir des mesures de la déficience fonctionnelle au niveau local afin de refléter la pratique quotidienne pertinente en fonction de la culture et du contexte (et ces mesures peuvent ne pas avoir été sélectionnées parce qu'il est peu probable qu'elles aient satisfait aux critères d'inclusion, mais elles sont néanmoins appropriées au niveau local). Si des mesures spécifiques à la petite et moyenne enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte ont été recensées, les mesures spécifiques à l'âge adulte jeune, moyen ou avancé n'ont pas été retenues.

Les lacunes correspondant à des groupes d'âge et à des indicateurs d'impact particuliers comprenaient l'adaptation, le comportement social et le lien social chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans. Une autre lacune concerne les outils permettant d'évaluer l'adaptation et le bien-être subjectif des enfants de moins de cinq ans - bien que l'importance de cette lacune puisse être débattue en se référant à la question de savoir si les évaluations de l'« adaptation » ou du « bien-être subjectif » sont des constructions pertinentes pour les enfants de cette tranche d'âge, ou des variations de celle-ci.

Une limitation importante à cerner dans la sélection des MoV quantitatifs inclus dans le présent Cadre est leur conception et leur utilisation originale. La majorité des mesures qui ont été considérées comme répondant aux critères d'inclusion de ce cadre et qui ont ensuite été sélectionnées pour être incluses provenaient de pays à revenu élevé et souvent en dehors des contextes d'urgence. Bien que ces mesures aient toutes été soigneusement évaluées pour répondre aux critères d'inclusion de ce cadre (c'est-à-dire traduites dans différentes langues, rigoureusement utilisées et évaluées dans de multiples contextes, disponibles, pertinentes, réalisables et appropriées), elles n'ont pas été conçues spécifiquement pour être utilisées dans des contextes à faibles ressources ou dans des situations d'urgence. Il est donc important d'utiliser les MoV recommandés dans ce cadre avec un certain degré de prudence et d'attention. En outre, cela montre qu'il est nécessaire d'investir davantage dans les outils de mesure de la SMSPS pour les contextes d'urgence, ainsi que de combler certaines des lacunes mentionnées ci-dessus, où les mesures pour certains domaines de la SMSPS et certains groupes d'âge font encore défaut. La reconnaissance de ces lacunes et limites peut soutenir les efforts de plaidoyer pour la mise au point de futur outils d'évaluation de la SMSPS en situations d'urgence.

Références



1. Comité permanent interorganisations, Directives du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Genève : CPI ; 2007.
2. Tol WA et al. Research Priorities for Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings, PLoS Medicine, 2011; vol. 8, no. 9, e1001096.
3. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, département de la santé mentale. Developing a Common Framework for Monitoring and Evaluation of Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Humanitarian Settings: Report on review, phase 1: Review of common practices in monitoring and evaluation of MHPSS in emergencies. Rapport non publié, 2014.
4. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, département de la santé mentale. Developing a Common Framework for Monitoring and Evaluation of Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Humanitarian Settings: Report on review, phase 2: Selection of indicators and means of verification. Rapport non publié, 2015.
5. Charities Evaluation Services. About Monitoring and Evaluation. Londres : The National Council for Voluntary Organisations.
6. Phillips C. What is Cost-Effectiveness? Second edition in the What is...? series on health economics, Hayward Medical Communications, a division of Hayward Group Ltd., Royaume-Uni ; 2009.
7. Groupe des Nations Unies pour le développement. UNSDG Results-Based Management Handbook: Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level. New York : GNUD ; 2011.
8. Kleinman A, Das V et Lock M, eds. Social Suffering. Presse de l'Université de Californie, Berkeley, 1997.
9. Dictionnaires Oxford. Définition du mot « souffrance » (www.oxforddictionaries.com/definition/english/suffering).
10. Organisation mondiale de la Santé. Mental Health: Strengthening our response. Fiche d'information. Genève : OMS ; mise à jour en 2016.
11. Le projet Sphère. Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions humanitaires, édition 2018. eBook, Royaume-Uni : Éditions Practical Action ; 2018.
12. Diener E. Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being. Journal of Happiness Studies, vol. 7, no. 4, novembre 2006, pp.397-404.
13. Département de la santé du Minnesota, Social Connectedness. Evaluating the Healthy People 2020 Framework: The Minnesota Project, 2010, p.13.
14. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H et Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 2019; 394(10194), pp.240-248. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1
15. Fazel M, Wheeler J et Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet, 2005; 365(9467), pp.1309-1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6
16. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA et van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. JAMA, 2009; 302(5), pp.537-549. doi:10.1001/jama.2009.1132

17. Programme des Nations Unies pour le développement. What is Human Development? New York : PNUD ; 2015.
18. Cook P, Ensor M, Blanchet-Cohen N. Participatory Action Research on Community Mechanisms Linking Child Protection with Social Cohesion: Interim Report, Burundi/Chad. International Institute for Child Rights and Development (IICRD) ; 2015.
19. Bolton P, Tol WA et Bass, J. Combining qualitative and quantitative research methods to support psychosocial and mental health programmes in complex emergencies. *Intervention*, 2009 ; 7(3), 181-186. doi:10.1097/WTF.0b013e32833462f9
20. Bolton P. Cross-cultural validity and reliability testing of a standard psychiatric assessment instrument without a gold standard. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001; 189(4), 238-242. doi:10.1097/00005053-2001040000-00005
21. Weaver LJ et Kaiser BN. Developing and testing locally derived mental health scales: Examples from North India and Haiti. *Field Methods*, 2015 ; 27(2), 115-130. doi:10.1177/1525822X14547191
22. Groupe de référence du Comité permanent inter-organisations pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergency Settings. Genève : CPI ; 2014.
23. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, van Ommeren M, Barbui C et Tol WA. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018 ; 7(7), CD011849. doi:10.1002/14651858.CD011849.pub2
24. Haroz E, Nguyen A, Lee C, Tol W, Fine S et Bolton P. What works in psychosocial programming in humanitarian contexts in low- and middle-income countries: a systematic review of the evidence. *Intervention*, 2020 ; 18(1), 3-17. doi:10.4103/intv.Intv_6_19
25. Bangpan M, Chiumento A, Dickson K et Felix L. The impact of mental health and psychosocial support interventions on people affected by humanitarian emergencies: a systematic review. 2017.
26. Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen HW et Norredam M. Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools. *European Journal of Public Health*, 2017; 27(3), 439-446. doi:10.1093/eurpub/ckx034
27. Siriwardhana C, Ali SS, Roberts B et Stewart R. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*, 2014 ; 8(1), 13. doi:10.1186/1752-1505-8-13
28. Crotty M. The foundations of social research: meaning and perspective in the research process. Londres ; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications ; 2003.

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

Résultats :

Au niveau de la communauté	1. Les interventions d'urgence ne causent pas de préjudice et sont respectueuses de la dignité, participatives, propriété de la communauté et acceptables socialement et culturellement	2. Les personnes sont en sécurité, protégées et les violations des droits humains sont combattues	3. Les structures familiales, communautaires et sociales favorisent le bien-être et le développement de tous leurs membres
Au niveau des personnes	4. Les communautés et les familles soutiennent les personnes ayant des problèmes psychosociaux et de santé mentale	5. Les personnes présentant des problèmes psychosociaux et de santé mentale reçoivent des soins ciblés appropriés	

Principes fondamentaux sous-jacents :

1. Droits humains et équité ; 2. Participation ; 3. Ne pas nuire ; 4. Services et soutiens intégrés ; 5. Tirer parti des ressources et capacités disponibles ; 6. Dispositifs de soutien à plusieurs niveaux

