



Conflict Prevention & Reconstruction

# **Intégrer les interventions psychosociales et la santé mentale dans les opérations de prêt de la Banque mondiale pour les populations touchées par des conflits: Un ensemble d'outils**

**Florence Baingana et Ian Bannon**

**Septembre 2004**



Intégrer les interventions psychosociales et la santé mentale  
dans les opérations de prêt de la Banque mondiale pour les  
populations touchées par des conflits

Un ensemble d'outils

## ACRONYMES

CBO	Organisation à base communautaire
CMHS	Center for Mental Health Services (Centre pour les services de santé mentale)
CORP	Personnes-ressources de la communauté
CSO	Organisation de la société civile
ECD	Développement des jeunes enfants
PDIP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays
ONG	Organisation non gouvernementale
NIMH	National Institute for Mental Health (Institut national de la santé mentale)
PHC	Soins de santé primaires
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
PRSP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
ONU	Organisation des Nations Unies
UNHCR	Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds des Nations Unies pour les femmes
USAID	Agence des États-Unis pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé

## TABLE DES MATIÈRES

### Préface

I. INTRODUCTION.....	1
1. Santé mentale, conflit et développement.....	1
2. À propos de l'Ensemble d'outils .....	3
3. Avantages potentiels .....	4
4. Principes clés .....	4

II. ÉLABORER DES PROGRAMMES POUR LA SANTÉ MENTALE ET LES TROUBLES PSYCHOSOCIAUX : PREMIÈRES ÉTAPES.....	5
1. Le choix des objectifs .....	5
2. Facteurs particuliers.....	7

III. OPÉRATIONNALISATION : PILIERS DE BASE .....	9
1. Analyse des parties intéressées .....	9
2. Créer un Groupe de coordination et formuler une stratégie .....	10
3. Données de base et analyse de la situation .....	12
4. Une approche intégrée : Ce qu'il faut rechercher.....	14

III. OPERATIONNALISATION : TROIS DIMENSIONS.....	15
1. Première dimension : Éléments de base des interventions psychosociales et dans la santé mentale .....	15
2. Dimension deux : Questions liées aux programmes.....	18
3. Dimension trois : Composantes des processus du programme .....	20
4. Besoins de recherche.....	22
5. Conclusions.....	22

### Annexes

I. Interventions fondamentales et indicateurs .....	23
II. Services psychosociaux et de santé mentale pour les femmes et les enfants.....	25
III. Exemples de programmes qui fonctionnent bien .....	26
IV. Une taxonomie pour orphelins et enfants vulnérables depuis les perspectives de conflits et troubles mentaux et psychosociaux.....	27

### Encadrés

1: Définitions .....	2
2: Résumé : Analyse des parties intéressées.....	10
3: Résumé : Création du Groupe de coordination.....	11
4: Résumé Données de base et analyse de la situation .....	13
5: Résumé : Politiques clés.....	15
6: Résumé : Éléments de base des interventions psychosociales et dans la santé mentale .....	18
7: Résumé : Questions liées aux programmes .....	20
8: Résumé : Composantes des processus du programme .....	22

### Schémas

1: Relation entre les troubles mentaux et psychosociaux dans des situations postérieures à des conflits ....	2
2: Relation entre les soins de santé mentale et les services psychosociaux .....	19

### Références

## Préface

---

La Banque mondiale reconnaît que la stabilité économique et sociale et la sécurité des hommes sont des conditions préalables à un développement durable.<sup>1</sup> Un conflit violent, au sein d'un pays ou entre des pays, entraîne des pertes de vie et la destruction des biens, contribue à la désintégration économique et sociale, et élimine les gains engendrés par le développement, ce qui a un effet négatif sur la mission fondamentale de la Banque mondiale dont le but est de réduire la pauvreté.

Parmi les nombreux effets négatifs des conflits, on notera l'impact sur le bien-être mental et psychosocial de grandes parties de la population dans les pays et les communautés touchés par des conflits. On appelle souvent ces effets les « blessures silencieuses » des conflits parce qu'ils restent fréquemment cachés, ne sont que très peu signalés, voire pas du tout, dans les évaluations de besoins effectuées après les conflits, et ne sont, par conséquent, pas non plus signalés dans la plupart des programmes de reconstruction qui reçoivent l'appui de donateurs.

Cet Ensemble d'outils se fonde sur l'hypothèse qu'ignorer les troubles psychosociaux et relatifs à la santé mentale chez les populations qui ont subi des violences de masse et des traumatismes infligés par des conflits entravera les efforts réalisés pour améliorer le capital social, promouvoir le développement humain et réduire la pauvreté. Il se fonde également sur un ensemble d'évidences de plus en plus important qui démontre que les interventions destinées à étudier la santé mentale sont souhaitables et réalisables pour soutenir le rétablissement à la suite d'un conflit, consolider la paix et la réconciliation, et assurer la transition vers un développement durable et une réduction de la pauvreté. Un certain nombre d'études soulignent le lien entre les troubles mentaux et la souffrance et le dysfonctionnement psychosocial. Ce dysfonctionnement persiste et entraîne notamment une baisse de la productivité, une mauvaise nutrition, des problèmes de santé et d'éducation pour les enfants de femmes qui souffrent de ces problèmes et une incapacité à participer et à tirer profit du développement et des efforts de soulagement de la pauvreté.<sup>2</sup> Apporter un soutien dans le domaine de la santé mentale dans les sociétés touchées par des conflits peut par conséquent aider à atteindre les Objectifs de développement pour le Millénaire.

L'Ensemble d'outils traite notamment des approches et propose des directives à mettre en œuvre pour intégrer la santé mentale et des interventions psychosociales dans les opérations de prêt de la Banque mondiale destinées à soutenir les pays qui sortent d'un conflit violent. L'Ensemble d'outils est le fruit d'un partenariat entre le Département « Santé, Nutrition et Population » de la Banque mondiale dans le « Réseau développement humain » et « l'Unité Prévention des Conflits et Reconstruction » (PCR) du « Réseau du développement écologiquement et socialement durable » (ESSD). C'est le premier ensemble d'outils sur la santé mentale préparé par la Banque mondiale. L'Ensemble d'outils sera partagé par les réseaux de la Banque et les régions où elle travaille et il sera régulièrement mis à jour grâce à l'expérience que la Banque développera sur les interventions psychosociales et relatives à la santé mentale. Tous les commentaires sont les bienvenus et peuvent être envoyés par courrier électronique à [healthpop@worldbank.org](mailto:healthpop@worldbank.org) et [fbaingana@worldbank.org](mailto:fbaingana@worldbank.org)

L'Ensemble d'outils a été préparé par Florence Baingana, Spécialiste de la santé (Santé mentale) et Ian Bannon, Directeur de l'Unité Prévention des Conflits et Reconstruction. Le travail de la banque sur la santé mentale a été rendu possible grâce au généreux soutien apporté, de juin 2002 à novembre 2003, par le National Institute for Mental Health (NIMH – Institut national de la santé mentale) et le Center for Mental Health Services (CMHS – Centre pour les services de santé mentale), deux organismes qui dépendent du gouvernement américain. Le soutien apporté au travail de la Banque sur la santé mentale par la Fondation MacArthur et la World Federation for Mental Health (WFMH) de février 1999 à mai 2002 a également permis de réaliser les activités nécessaires pour mettre cet Ensemble d'outils sur pied. Les auteurs remercient également Rachel Thomas, stagiaire à la Banque mondiale pendant l'été 2004 et

les nombreux membres du personnel de la Banque qui ont fait part de leurs commentaires sur les versions préliminaires de l'Ensemble d'outils, et notamment Tawhid Nawaz et Joy de Beyer (HDNHE), Menahem Prywes (AFTH3) et Maurizia Tovo (AFTH2).

# I. INTRODUCTION

## 1. Santé mentale, conflit et développement

Aborder le sujet de la santé mentale est de plus en plus souvent vu comme une question de développement importante, particulièrement dans le cas de pays touchés par des conflits. Bien que les problèmes relatifs à la santé mentale aient fait l'objet d'une attention accrue dans les situations postérieures aux conflits, on a cependant eu tendance à supposer de façon implicite que les effets d'un traumatisme provoqué par une violence massive (i) pouvaient être transitoires et non invalidants et (ii) que des interventions pendant la phase d'urgence étaient suffisantes. Cependant, des recherches, peu nombreuses, certes, mais qui prennent actuellement de l'ampleur, effectuées sur les facteurs affectant la santé mentale et sur les traitements qui peuvent être efficaces dans les situations postérieures aux conflits, jettent désormais un doute sur ces deux suppositions.

**Les effets des conflits.** L'insécurité est au cœur même des conflits, ce qui brise les liens sociaux, divise les familles et les communautés et déplace les populations. À la fin de l'année 2003, on estimait à 38 millions le nombre de personnes déracinées (13,7 millions de réfugiés et 24,5 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays), dont presque 16 millions en Afrique (UNHCR 2004). On estime que pendant le XXI<sup>e</sup> siècle, la violence collective, directe ou indirecte, a revendiqué la vie de 191 millions de personnes, 60 % de ces personnes n'ayant pas été engagées dans les combats (OMS 2002). L'insécurité, la violence et le déplacement sont à l'origine de la désintégration des services sociaux comme la santé et l'éducation. Les personnes déplacées et les apatrides ne sont pas en mesure de réaliser des activités productives et, leur situation combinée à une absence ou à de faibles filets de sécurité sociale, ils sombrent dans la pauvreté ou deviennent dépendants de l'aide humanitaire. En outre, les expériences traumatiques vécues, qui sont directement liées aux conflits et qui peuvent comprendre la perte de membres de la famille, la participation à des actes violents ou y assister, et des handicaps physiques résultant des conflits, provoquent une détresse encore plus grande et entravent les efforts de reconstruction et de développement postérieurs aux conflits.

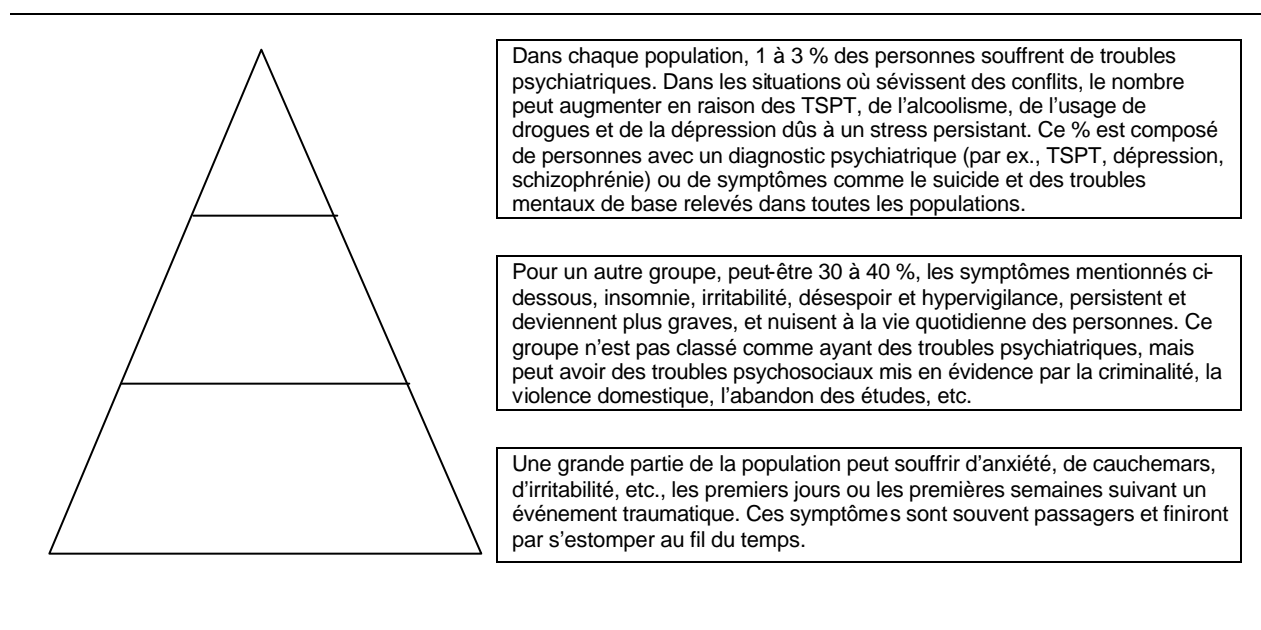
Bien que les conflits soient associés à un accroissement de la fréquence des troubles mentaux, il n'existe que peu d'études stratifiées représentatives sur les adultes dans les zones touchées par des conflits et les pays à faibles revenus.<sup>3</sup> Il est estimé que parmi les réfugiés, la dépression clinique aiguë et les troubles de stress post-traumatique (TSPT) s'échelonnent entre 40 et 70 %. Des études épidémiologiques réalisées chez des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDIP) et des réfugiés à la frontière thaïlando-cambodgienne, en Algérie, en Ethiopie, à Gaza et en Ouganda indiquent que 15 à 53 % de ces personnes souffrent de TSPT à cause des conflits. En Ouganda, 71 % des personnes interrogées font état d'un trouble dépressif important, et en Algérie, au Cambodge, en Ethiopie et à Gaza, la fréquence de la psychopathologie était de 17 % parmi les personnes non traumatisées par rapport à 44 % pour celles ayant été témoins d'actes violents. Une étude sur les réfugiés cambodgiens réalisée par le programme de Harvard sur les traumatismes des réfugiés (Harvard Program in Refugee Trauma) indiquait des taux de dépression aiguë et de TSPT de 68 % et 37 % respectivement (Mollica et al. 1999 ; Mollica et al. 2001), des taux nettement plus importants que ceux relevés dans la population générale (10 % et 3 % respectivement). Une étude des réfugiés de Bosnie en Croatie a révélé des taux similaires de dépression (14 à 21 %) et de TSPT (18 à 53 %) (Mollica 2001). De récentes études épidémiologiques sur la santé mentale dans les communautés touchées par la guerre en Afghanistan ont révélé des taux importants de fréquence des symptômes de la dépression, d'anxiété et de TSPT (Cardozo et al. 2004, Scholte et al. 2004). Au niveau du pays tout entier, les taux de fréquence de la dépression étaient de 67,7 %, 72,2 % pour les symptômes de l'anxiété et 42,2 % pour les symptômes de stress post-traumatique. La santé mentale des femmes est sensiblement moins bonne que celle des hommes, tout comme celle des personnes invalides. Le sentiment de haine était très élevé, à 84 %. Les mécanismes d'adaptation comprennent notamment des pratiques religieuses et spirituelles, mettre l'accent sur des besoins de base

tels que des revenus plus importants, un logement et l'accès à de la nourriture, et avoir recours à une aide médicale. Même si toutes les personnes ne souffrent pas de graves maladies mentales exigeant des soins psychiatriques importants, une grande majorité aura des « problèmes à évolution lente mais de longue durée » (Mollica 2001).

**Conflit, capital social et pauvreté.** Le lien entre la pauvreté et les conflits est désormais parfaitement établi. Les pays qui enregistrent des niveaux élevés de pauvreté et qui sont dans un déclin économique ont de plus grands risques de conflits. Lorsque les conflits se déclarent, la pauvreté s'accroît car les capacités économiques, de gouvernance et de livraison des services du pays sont ébranlées. Les conflits deviennent en fait l'inverse du développement (Collier et al. 2003).

De nombreuses études démontrent les liens entre les troubles mentaux, la souffrance psychosociale et le dysfonctionnement. Ce dysfonctionnement persiste au fil du temps et est lié à une réduction de la productivité, une mauvaise nutrition, des problèmes de santé et d'éducation, et une réduction de la capacité à participer aux efforts de développement et à en tirer profit. Les études indiquent également que les populations touchées par les conflits ne souffrent pas seulement de troubles de la santé mentale, mais qu'elles souffrent également de dysfonctionnements associés qui peuvent perdurer jusqu'à cinq ans ou plus après la fin des conflits. L'étude de la Banque mondiale « La Voix des pauvres » établit également un lien évident entre la pauvreté et la détresse mentale (Narayan et Al. 2000).

**Schéma 1 :** Relation entre les troubles mentaux et psychosociaux dans des situations postérieures à des conflits



Les problèmes de santé mentale affectent également la capacité des sociétés à produire un capital social positif, qui représente l'élément clé pour réduire la pauvreté et soutenir les efforts de développement humain. Les sociétés touchées par des conflits font face à un défi particulier pour la reconstruction du capital social qui est rongé en raison de la violence et d'une rupture de la confiance. Un attribut inhérent au capital social est l'appartenance active de la communauté et la participation aux actions collectives. Si, en raison de maladies mentales, les personnes ne sont pas en mesure de participer aux activités d'une communauté, leur accès et leur contribution à la génération de capital social positif horizontal et vertical seront alors limités. La communauté est, elle aussi, perdante dans le sens où une importance des troubles

mentaux et psychosociaux parmi ses membres affaiblit sa capacité à former des relations de confiance, une coopération et une mobilisation pour l'action collective.

### **Encadré 1 : Définitions**

*La santé mentale* est plus que l'absence de maladie ou de trouble. Elle est définie comme un état de bien-être mental total, y compris pour les aspects sociaux, spirituels, cognitifs et émotionnels.

*La maladie mentale* est un trouble de la cognition (réflexion) et/ou des émotions (humeur), telle que définie par des systèmes diagnostics standard comme la Classification internationale des troubles (International Classification of Disorders - ICD 10), 10<sup>e</sup> Edition, ou le manuel de diagnostic et statistiques de l'American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual - DSM IV-R), 4<sup>e</sup> Édition révisée.

*Les troubles psychosociaux* sont la relation entre les problèmes psychologiques et sociaux qui, ensemble, constituent le trouble. Le terme « psychosocial » est utilisé pour souligner l'étroite relation dynamique entre les domaines psychologiques et sociaux de l'expérience humaine. Les aspects psychologiques sont ceux qui touchent la pensée, les émotions, le comportement, la mémoire, la faculté d'apprentissage, les perceptions et la compréhension. Les aspects sociaux font référence aux effets sur les relations, les traditions, la culture et les valeurs, la famille et la communauté, jusqu'au domaine économique et ses effets sur les réseaux sociaux et de statut. Ce terme est aussi utilisé pour empêcher de se concentrer essentiellement sur les concepts de la santé mentale (par exemple, le traumatisme psychologique), au risque d'ignorer les aspects du contexte social qui sont essentiels au bien-être de la personne. L'accent mis sur le psychosocial a également pour but d'assurer que la famille et la communauté sont entièrement intégrées dans l'évaluation des besoins et les interventions (PSG 2003).

## **2. À propos de l'Ensemble d'outils**

L'Ensemble d'outils propose des directives pour l'incorporation de la santé mentale et des interventions psychosociales dans les opérations de prêt et autres de la Banque mondiale pour les populations touchées par des conflits. L'Ensemble d'outils traite des interventions psychosociales et de santé mentale délivrées par des professionnels et auxiliaires spécialisés dans la santé mentale, ainsi qu'une vaste gamme de personnes travaillant dans le domaine du social et psychosocial communautaire, destinées à prévenir des troubles plus graves, mettre sur pied des interventions pour ceux qui montrent des symptômes précoces, et faciliter la reconnaissance rapide et la référence des problèmes graves à des spécialistes.

**À qui est destiné l'Ensemble d'outils ?** L'Ensemble d'outils est essentiellement destiné au personnel de la Banque mondiale qui travaille dans les pays touchés par des conflits, particulièrement celui qui apporte son appui aux efforts de reconstruction à la suite de conflits, et à ses homologues dans les pays concernés, les gouvernements, ainsi que d'autres parties intéressées (des ONG et autres organisations de la société civile), qui peut travailler en partenariat avec la Banque mondiale pour étudier les problèmes de santé mentale. L'Ensemble d'outils peut également aider les partenaires internationaux tels que les agences des Nations Unies, les donateurs bilatéraux et multilatéraux, qui travaillent avec la Banque pour la mise en place de programmes de transition, afin de passer du conflit à une paix et un développement durables.

**Quels sont les objectifs de l'Ensemble d'outils ?** L'Ensemble d'outils est destiné à : (i) proposer des directives pour l'élaboration de stratégies nationales pour les interventions psychosociales et de santé mentale et de programmes pour les populations touchées par des conflits, (ii) proposer des directives pour la mise en œuvre, le contrôle, l'évaluation et des indicateurs, et (iii) suggérer les types d'interventions visant des populations spéciales telles que des orphelins ou enfants défavorisés, enfants-soldats / ex-combattants, groupes de personnes souffrant de handicaps physiques, survivants d'agressions sexuelles et jeunes.

**Qu'est-ce que l'Ensemble d'outils ne fait pas ?** L'Ensemble d'outils : (i) ne traite pas des questions techniques en détail, même s'il comprend des références où il est possible de trouver des informations plus détaillées, (ii) ne donne pas d'information sur les aspects de la gestion, tels que les domaines

financiers, d'approvisionnement, de rapport et activités de contrôle des programmes, qui ne différaient pas vraiment des autres projets de la Banque, et (iii) ne traite pas de questions spécifiques à un secteur de la santé, de l'éducation ou de la protection sociale, Même s'il met l'accent sur le fait que les interventions relatives à la santé mentale doivent être entièrement intégrées et coordonnées au sein et au niveau de tous ces secteurs clés.

### **3. Avantages potentiels**

Les avantages des interventions destinées à prendre en compte les troubles mentaux et psychosociaux sont importants et peuvent notamment comprendre :

- Conférer des pouvoirs aux communautés touchées afin qu'elles puissent reconnaître les signes et symptômes de détresse mentale et psychosociale. Ces signes et symptômes peuvent être notés au niveau individuel, comme le manque de sommeil, les sentiments de désespoir et d'impuissance, la dépression, l'anxiété, les états suicidaires, l'alcoolisme, ou au niveau de la communauté, comme un accroissement de la violence, le nombre de grossesses chez les adolescentes, l'abandon des études, les groupes de jeunes dissidents, et diverses autres manifestations de comportement antisocial.
- Conférer des pouvoirs aux communautés pour qu'elles offrent un soutien à ceux qui souffrent de troubles mentaux et psychosociaux dus à des conflits.
- Aider ceux qui souffrent de troubles mentaux et psychosociaux et qui cherchent à se faire soigner.
- Étudier la nature intersectorielle des interventions mentales et psychosociales, particulièrement par le biais de l'intégration dans les programmes et stratégies d'éducation, de santé et de protection sociale.
- Renforcer les politiques, capacités de planification et de mise en œuvre des homologues et des partenaires dans les pays touchés, y compris les agences gouvernementales, les ONG et autres organisations de la société civile (OSC) ou organisations communautaires (CBO) qui travaillent activement dans le domaine de la santé mentale.
- Faciliter la coordination des interventions mentales et psychosociales entre les différentes parties intéressées nationales et internationales.

### **4. Principes clés**

Avant de parler des outils et approches, il est important de nommer certains des principes clés qui doivent guider tout effort entrepris pour étudier les troubles mentaux et psychosociaux dans les sociétés touchées par des conflits. Le personnel doit conserver ces principes à l'esprit lors de la conception et de la mise en œuvre des interventions de santé mentale et s'assurer qu'ils sont compris et suivis par leurs homologues et partenaires. Les principes sont détaillés et il y est fait référence dans tout le document.

- Les personnes souffrant d'une déficience mentale sont marquées de stigmates à divers degrés dans la presque totalité des sociétés. Les interventions conçues pour prendre en charge les troubles psychosociaux et de la santé mentale doivent l'être avec un soin tout particulier et une grande sensibilité pour éviter la stigmatisation des personnes qui en bénéficient.
- Dans le même esprit, les interventions doivent être adaptées à la culture et répondre aux normes sociales, locales et culturelles. Une intervention acceptable et efficace dans une région peut ne pas l'être dans une autre. Il est important de consulter les communautés qui doivent participer activement à la conception et à la mise en œuvre des interventions. Les agences doivent également éviter d'imposer des approches prédéterminées.
- Il faut adopter une approche basée sur la communauté qui encourage les efforts personnels et l'autonomisation, et qui est fondée sur les réalités, la culture et les capacités locales—faites confiance à la communauté que vous essayez d'aider.

- Lorsqu'il existe des divisions ethniques importantes qui peuvent avoir joué un rôle dans les conflits, il est important d'apporter un soin particulier à la composition ethnique lors du choix du personnel et des partenaires locaux qui travailleront dans les communautés cibles.
- Les personnes qui apporteront le soutien psychosocial (c'est-à-dire les enseignants, le personnel paramédical, les conseillers, les animateurs sociaux) peuvent avoir elles-mêmes souffert de stress traumatique et psychosocial. Des examens peuvent être nécessaires et, si besoin est, un traitement devra peut-être leur être administré avant que ces personnes ne puissent aider autrui.
- Il est important d'être très prudent dans le soutien à la recherche ou la collecte de données sur les traumatismes mentaux dans les populations touchées par des guerres. Des interviews cliniques détaillées, conçues pour raviver la mémoire et des sentiments associés à des événements traumatiques, risquent d'amenuiser les défenses naturelles des personnes (particulièrement des enfants) et de les laisser encore plus affligées qu'elles ne l'étaient avant l'interview.
- Ne faites surtout pas de mal. Il est préférable de ne pas avoir d'intervention plutôt que d'avoir des interventions mal conçues.
- Rappelez-vous que le bien-être psychosocial et la capacité à générer des revenus et à satisfaire les besoins de base sont liés entre eux. La capacité à obtenir un emploi ou à gagner un salaire raisonnable peut aider à réduire certains des symptômes de la détresse psychosociale.

## **II. ÉLABORER DES PROGRAMMES POUR LA SANTÉ MENTALE ET LES TROUBLES PSYCHOSOCIAUX : PREMIÈRES ÉTAPES**

### **1. Le choix des objectifs**

Même si jusqu'à 80 % des populations touchées par des conflits peuvent souffrir de troubles mentaux et psychosociaux, l'étendue et la couverture des interventions seront inévitablement limitées en fonction des contraintes relatives aux ressources et aux capacités, ainsi qu'en raison du fait que, dans la plupart des cas, les donateurs et les gouvernements n'accordent pas une grande importance aux problèmes mentaux et psychosociaux dans les premières phases des programmes de reconstruction après des conflits. Le choix des objectifs devient donc une priorité. La première étape, avant de décider de l'approche à mettre en œuvre pour choisir les objectifs, est de déterminer quels sont les groupes les plus vulnérables, qui peuvent notamment comprendre :

- Les populations déracinées (les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les réfugiés), et au sein de ces populations, les personnes qui ont subi des violences ou en ont été témoins ;
- Les survivants d'agressions sexuelles, particulièrement les femmes et les mineurs ;
- Les survivants de génocide, de massacres ou de violence contre des civils et des communautés ;
- Les ex-combattants, particulièrement les enfants-soldats et les femmes—ces dernières deviennent souvent invisibles après des conflits ;
- Les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par les conflits, comme ceux qui doivent prendre la tête de la famille, les orphelins du Sida et les enfants de la rue ; et
- Les enfants et les adultes souffrant de handicaps physiques causés par les conflits, comme les amputés et les survivants de mines antipersonnel.<sup>4</sup>

Il est possible d'établir des priorités pour les interventions grâce à certaines informations préliminaires sur les groupes vulnérables pouvant exister. Outre les ressources globales disponibles pour financer l'intervention appuyée par la Banque, les facteurs à prendre en compte comprennent notamment :

- Les ressources et services disponibles au niveau des communautés où vivent les groupes vulnérables prioritaires ;

- La probabilité que l'intervention puisse durablement atténuer le dysfonctionnement lié aux troubles mentaux et psychosociaux ;
- L'échelle du problème, particulièrement le degré et la nature des événements traumatiques qui ont affecté la santé mentale et psychosociale des groupes vulnérables, et la façon dont cette détresse peut entraver le développement socio-économique, tel que l'assiduité scolaire, les activités générant des revenus, le rétablissement de l'agriculture, la violence dans les foyers et au sein de la communauté, la participation et les efforts de la communauté pour améliorer la cohésion sociale ;
- Le coût, la rentabilité et la viabilité des interventions ;
- L'ampleur de la compréhension et de la réceptivité des communautés cibles quant au besoin d'aborder les problèmes mentaux et psychosociaux, qui auront des effets sur leurs capacités à prendre en charge les efforts communautaires ;
- Le degré d'engagement et/ou d'intérêt de l'état, particulièrement en termes d'affectation des responsabilités fonctionnelles pour les questions de santé mentale (par exemple, une Direction de la santé mentale au sein du Ministère de la Santé) et d'appui de l'intégration de la santé mentale dans les politiques et stratégies relatives à la santé, l'éducation et la protection sociale ;
- La qualité et la couverture des services de santé et d'éducation de base, ainsi que les programmes de protection sociale ; et
- La disponibilité d'autres parties intéressées qui souhaitent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes, comme des agences gouvernementales locales ou centrales, les Nations Unies, des ONG locales ou internationales et des OSC et CBO.

Un point important à prendre en considération lorsque vous décidez du choix des objectifs est le but que vise l'intervention planifiée. Si l'intervention fait partie d'une approche nationale destinée à aborder la question de la santé mentale et des troubles psychosociaux, le choix des objectifs doit viser à toucher le plus grand nombre de personnes possibles dans les populations les plus vulnérables, tout en tenant compte des contraintes imposées par la disponibilité des ressources et les capacités de l'état et des partenaires nationaux. Dans ce cas, l'objectif est de toucher le plus grand nombre de personnes possible dans les populations affectées avec des interventions rentables et faciles à délivrer, qui auront les plus grandes répercussions possibles à long terme—« en avoir pour son argent ».

En revanche, si l'objectif est de mettre des interventions au banc d'essai, de prouver le besoin et l'efficacité, et de développer un soutien au niveau de l'état et autres parties intéressées, les groupes cibles doivent alors être soigneusement sélectionnés pour assurer que des leçons pourront en être tirées et sur lesquelles il sera possible de présenter le compte rendu pour mettre sur pied un effort plus vaste et prouver la rentabilité et l'étendue pour la reproduction à grande échelle des interventions.

L'**approche** et le choix des objectifs sont par conséquent plus importants que la cible elle-même. Que l'approche fasse partie d'un programme national ou d'un programme pilote, elle doit être élaborée à partir de l'évaluation des besoins à laquelle participent la communauté, les ONG et autres OSC, ainsi que des groupes sélectionnés des populations touchées (y compris les enfants et les jeunes). Avec ce processus, la communauté tout entière et les personnes touchées participent à l'identification de ceux qui sont les plus vulnérables et le plus dans le besoin, ainsi que ceux à qui l'intervention peut être le plus facilement délivrée et sur qui elle aura les plus grandes répercussions.

Le choix des objectifs peut se faire par régions **géographiques** lorsque l'accent est mis sur les régions les plus touchées par le conflit. Il faut pour cela travailler avec les populations de ces régions afin de définir les facteurs qui déterminent les vulnérabilités individuelles ou de groupe. Avec l'expérience acquise, les interventions peuvent ensuite être étendues à d'autres régions, selon les besoins et les ressources.

**Établir une carte des services** peut aussi aider à déterminer l'approche à employer pour le choix des objectifs. Dans la plupart des pays touchés par des conflits, les services ont tendance à être concentrés autour des régions urbaines et semi-urbaines, quelle que soit la nature des services offerts. Lorsque ces services sont étendus aux zones rurales, ils ont tendance à rester concentrés dans les régions les plus accessibles ou celles où il existe un niveau de sécurité raisonnable pour que le personnel puisse travailler. Bien que l'accès et la sécurité dans les régions les plus éloignées d'un pays qui sort d'un conflit restent un problème pendant quelque temps, il est cependant important d'établir des cartes des régions qui sont mal desservies afin qu'elles puissent recevoir des services une fois que les conditions s'améliorent. Lorsque des cartes des services sont établies, il est aussi important de prendre en compte dans quelle mesure les partenaires qui participent à sa mise en œuvre peuvent verser les fonds dans des régions éloignées et peu sûres, particulièrement lorsqu'il n'existe pas d'institutions bancaires. Une révision des pratiques existantes, particulièrement celles mises en œuvre par les agences humanitaires et les ONG qui travaillent au milieu des conflits, peut aider à évaluer si, et dans quelle mesure, la possibilité de transfert de fonds peut freiner la mise en œuvre des programmes.

## 2. Facteurs particuliers

Outre les facteurs présentés ci-dessus, il existe un certain nombre de facteurs particuliers qui doivent être pris en considération lors de la conception des approches pour le choix des objectifs. Ces facteurs comprennent notamment la scolarisation et la non-scolarisation des jeunes, l'âge, le sexe, éviter les interventions qui peuvent faire du mal, et affecter les ressources entre les interventions psychosociales et les interventions relatives à la santé mentale.

**Les enfants et les jeunes scolarisés et non scolarisés.** Les enfants et les jeunes dans les écoles sont des cibles relativement aisées, mais à la suite d'un conflit, de nombreux enfants et jeunes ne font plus partie du système scolaire. Les pays qui sortent d'un conflit luttent pour reconstruire leurs systèmes d'éducation afin d'absorber de nouveaux venus, et de nombreux enfants et jeunes qui ont arrêté leurs études en raison du conflit restent en dehors du système éducatif officiel. Ce groupe peut être important dans les pays où les systèmes éducatifs ont été dévastés, et ces enfants et ces jeunes sont plus susceptibles de s'adonner à l'usage de drogues et d'alcool, à être sexuellement actifs plus jeunes et à bénéficier d'opportunités limitées de rémunération.

Bien qu'il soit plus difficile d'atteindre ce groupe, particulièrement les jeunes, il est cependant dangereux d'ignorer leurs besoins car cela peut menacer le caractère durable de la paix. Les jeunes mécontents qui souffrent de détresse psychosociale ont un comportement antisocial, canalisent leurs frustrations par des activités violentes, et ils peuvent être facilement manipulés et recrutés pour alimenter une résurgence du conflit ou de activités criminelles. L'Annexe II résume les interventions visant à s'intéresser aux enfants et l'Annexe IV propose une taxonomie applicable aux enfants dans des environnements touchés par des conflits.

**L'âge** peut être un facteur important et peut exiger des compromis difficiles. Dans la plupart des cas, la priorité doit porter sur les jeunes parce qu'en cas d'exclusion, ils peuvent menacer la stabilité sociale. Les enfants sont, eux aussi, généralement prioritaires parce qu'ils représentent la prochaine génération, celle sur laquelle une société plus pacifique et socialement plus cohésive sera construite. Cependant, il est moins clair dans quelle mesure cibler les adultes, particulièrement les citoyens plus âgés, tout spécialement lorsque les ressources sont insuffisantes. Les facteurs à prendre en compte peuvent comprendre : les parents de jeunes enfants, qui, s'ils ne sont pas aidés, pourront transmettre le stress psychosocial à la génération suivante, les jeunes adultes les plus productifs lorsque la relance de l'économie locale est une priorité, et les adultes qui peuvent faire face à un problème particulier, comme les veuves (qui souffrent souvent de stigmates sociaux et sont mises au ban de la société) et les handicapés physiques. Le choix des objectifs peut aussi être influencé par les partenaires utilisés pour la

mise en oeuvre des programmes et leurs centres d'intérêt et d'expertise—UNICEF et Save the Children, par exemple, concentrent leurs efforts sur les enfants et les jeunes. Ce sont là des compromis difficiles à faire, et les agences de mise en œuvre doivent compter sur les communautés et leur faire confiance pour les guider dans leur approche pour le choix des objectifs.

Le sexe pour les interventions proposées doit également être soigneusement évalué. Un certain nombre de facteurs doit être étudié lorsque les interventions dans le domaine de la santé mentale sont élaborées en fonction d'un sexe particulier. La stratégie et l'approche doivent être révisées par un spécialiste des sexes, de préférence par quelqu'un qui connaisse bien le contexte local. Les aspects relatifs au sexe à étudier comprennent les enfants-soldats, les femmes ex-combattantes, les victimes d'agressions sexuelles, les besoins spécifiques et attitudes culturelles face aux veuves, et les moyens culturellement appropriés de traiter et de demander l'opinion des femmes dans la communauté.

Même s'il existe des protocoles internationaux bien établis pour prendre en charge les enfants-soldats, peu d'efforts ont été entrepris pour identifier les besoins des différents sexes. Dans les programmes visant à réintégrer les enfants-soldats, on suppose que l'enfant-soldat est toujours un garçon. Les filles ne sont généralement pas actives dans les combats, mais elles jouent cependant un rôle de soutien dans les forces de combat, particulièrement dans les armées irrégulières, et elles sont souvent utilisées comme esclaves sexuelles ou sont victimes de viols et autres formes de mauvais traitements. Dans un grand nombre de sociétés, les veuves souffrent de stigmates et de discrimination (comme en Indonésie et au Népal). Identifier et aborder leurs besoins pour apporter un soutien psychosocial et de santé mentale peut par conséquent exiger des efforts particuliers et ciblés. Il est possible d'avoir recours à des groupes de discussion spécifiques (veuves, femmes) pour identifier les besoins particuliers de ces groupes, notamment lorsque les femmes n'expriment pas leurs opinions ou leurs besoins devant les hommes et où admettre un stress mental ou psychosocial peut entraîner des stigmates ou une discrimination.

**Ne pas faire de mal—éviter les répercussions négatives.** Il est important de prendre soin de ne pas identifier explicitement les personnes ou groupes affectés par des troubles mentaux car cela donne très souvent lieu à des stigmates et une discrimination. Par exemple, les approches à éviter comprennent les appels aux survivants de violences sexuelles à venir se présenter pour recevoir de l'aide, l'identification des enfants d'auteurs de génocide en prison, le recours à des animateurs de la communauté, issus d'un groupe ethnique, et qui peuvent avoir été impliqués dans des violences ethniques contre la communauté, et des demandes répétées, par des étrangers, d'informations ou raconter à maintes reprises les expériences traumatiques, particulièrement si les communautés n'en voient pas immédiatement les avantages. Au bout du compte, rien ne vaut la sensibilité, le respect et l'écoute active du point de vue des communautés, de leur propre évaluation des besoins et de ce qui marchera. Les communautés ne seront en mesure de prendre en charge les interventions planifiées et de contribuer à leur viabilité que si les agences évitent d'imposer leurs propres critères.

**La santé mentale par rapport aux interventions psychosociales : où devraient être affectées les ressources ?** Dans la plupart des pays touchés par des conflits, où il existe des possibilités de traiter les problèmes de santé mentale, les services tendent à être institutionnels et à ne toucher que ceux qui sont gravement affectés. Comme cela est mentionné dans cet Ensemble d'outils, il est également nécessaire d'aborder les troubles psychosociaux et cela exige de canaliser les ressources au niveau de la communauté. Cependant, un pays pauvre, touché par des conflits, fait face à un dilemme important : allouer les maigres ressources pour améliorer l'attention institutionnelle aux cas les plus graves ou orienter des ressources supplémentaires pour soutenir les efforts communautaires.

Idéalement parlant, les politiques, approches et ressources devraient faire les deux. Les interventions devraient aborder les troubles de la santé mentale et les troubles psychosociaux, avec une référence croisée dans tout le système et pour les deux approches. Même les interventions psychosociales

communautaires ou scolaires réussies doivent pouvoir référencer les cas de santé mentale les plus graves aux niveaux adéquats dans le système de soins de santé mentale. En retour, l'efficacité de ce système de soins de santé mentale est remarquablement améliorée par un système de référence efficace au niveau de la communauté et des écoles, mais également s'il est possible de référencer les cas les moins graves aux niveaux appropriés (cf. Section II.2 et Schéma 2).

Il est important de se souvenir que dans certains pays, les interventions peuvent débiter à échelle réduite dans une ou deux régions du pays ou pour une tranche du système de santé mentale, puis se développer en tirant profit des leçons apprises. Il peut aussi être nécessaire de commencer dans un secteur donné, celui qui est le mieux préparé (par exemple l'éducation), puis de passer petit à petit à d'autres secteurs. Si des efforts d'intervention intégrée et coordonnée sont l'objectif principal, il n'en reste pas moins que cet objectif ne sera probablement atteint que par étapes. L'Annexe I présente des interventions fondamentales, en détaillant les objectifs de ces interventions, les parties intéressées ciblées et les indicateurs suggérés.

### **III. OPÉRATIONNALISATION : PILIERS DE BASE**

#### **1. Analyse des parties intéressées**

Les interventions psychosociales et dans le domaine de la santé mentale nécessitent de nombreux acteurs dans les trois secteurs clés que sont la santé, l'éducation et la protection sociale, la communauté des donateurs et une vaste gamme d'acteurs non gouvernementaux. Ces derniers comprennent notamment les ONG, les OSC, les CBO et les organismes religieux ou spirituels. La première étape pour toute agence planifiant un programme psychosocial ou de santé mentale dans un pays touché par des conflits est de réaliser une analyse des parties intéressées afin de déterminer :

- Qui fait quoi ;
- Les ressources disponibles, comme le personnel spécialisé dans le domaine psychosocial et de la santé mentale, les manuels et la capacité de formation, les sources de financement et le matériel (par ex., les véhicules, les médicaments et les bâtiments) ;
- Les populations cibles de parties intéressées ;
- La couverture géographique des parties intéressées, particulièrement en ce qui concerne les populations affectées, la distribution rurale / urbaine et l'accès physique ;
- Les défis auxquels fait face chaque partenaire potentiel (c'est-à-dire les contraintes vis-à-vis des ressources, la sécurité, les relations avec le gouvernement, les aspects ethniques ou relatifs au sexe) ; et
- Les besoins, tels qu'ils sont perçus et identifiés par les partenaires potentiels.

L'analyse des parties intéressées peut être réalisée par le biais d'une analyse SWOT/L (une analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces / limitations) pour chacun des partenaires potentiels. Une référence utile à consulter est l'ouvrage de Michael Allison « *Strategic Planning for Non-Profit Organisations: A Practical Guide and Work Book* » (Planification stratégique pour les organisations non gouvernementales : un guide pratique et un manuel d'instruction).

Pour mener à bien une analyse des parties intéressées, il est recommandé d'étudier les options suivantes, séparément ou de façon combinée :

- Visites chez chacune des parties intéressées pour discuter des approches, expériences et contraintes.
- Nomination d'un consultant pour la réalisation de l'analyse des parties intéressées, selon les ressources de préparation disponibles et la taille du programme proposé. Si les fonds le

permettent, il est préférable de demander à un expert indépendant de réaliser l'analyse des parties intéressées, de préférence quelqu'un qui connaisse bien la situation locale et le gouvernement, ainsi que les donateurs et les communautés des ONG. Ce projet peut être intégré dans l'analyse de la situation afin que les efforts ne soient pas répétés plusieurs fois. L'analyse des parties intéressées doit être suivie par des visites du personnel chez les parties intéressées identifiées dans l'analyse.

- Des ateliers pour les parties intéressées sont également utiles puisque les informations peuvent alors être collectées en une seule séance, avec un suivi auprès de chacune des parties intéressées pour préciser les données et informations. Un avantage important à prendre en compte est le fait que les parties intéressées savent alors ce que font les autres et peuvent améliorer la coordination et établir de nouveaux partenariats. L'atelier peut aussi permettre de promouvoir la sensibilisation par le biais des médias.

Les informations collectées sont ensuite intégrées dans le rapport d'analyse des parties intéressées et/ou une base de données. Avec l'analyse des parties intéressées, le personnel doit avoir suffisamment d'informations pour déterminer :

- Quelles parties intéressées pourraient faire partie du Groupe de coordination (traité plus en détail ci-dessous) ;
- Quel secteur du gouvernement pourrait prendre la direction, si le ministère ou l'agence du secteur en question considère que la santé mentale est une priorité, a développé des politiques ou protocoles en ce sens et a les capacités et l'engagement nécessaires pour prendre la direction des efforts de coordination ;
- Quelles sont les ressources disponibles dans le pays et par conséquent où l'intervention peut aider à combler les lacunes (par exemple, la formation, les médicaments, les équipements) ; et
- Un possible réseau / système de référence et son renforcement pour relier les domaines de la santé mentale et du psychosocial.

#### **Encadré 2 : Résumé : Analyse des parties intéressées**

1. Déterminer quelle approche sera utilisée pour réaliser l'analyse des parties intéressées.
2. Établir des paramètres pour l'analyse des parties intéressées et la réaliser en utilisant l'approche SWO/L.
3. En utilisant les résultats obtenus, déterminer quel secteur du gouvernement sera chargé de prendre la direction.
4. Déterminer quelles parties intéressées feront partie du Groupe de coordination (traité plus en détail ci-dessous).

## **2. Créer un Groupe de coordination et formuler une stratégie**

Un Groupe de coordination est généralement dirigé par le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Éducation ou par le ministère ou l'agence en charge de la protection sociale, mais ce groupe doit également inclure des secteurs qui ne sont pas chargés d'en prendre la direction. Le Groupe de coordination doit également inclure les agences clés des Nations Unies (comme UNHCR, UNICEF, OMS), des agences donatrices bilatérales clés actives ou intéressées dans le domaine de la santé mentale, ainsi que des ONG et autres OSC clés actives dans la mise en œuvre de programmes psychosociaux et de santé mentale et/ou dans le travail de la défense d'une cause dans un domaine donné. Le défi à relever est d'établir un Groupe de coordination suffisamment petit pour assurer des efforts concentrés et coordonnés, sans pour cela décourager ceux qui ont quelque chose à contribuer.

Une fois le Groupe de coordination mis en place, une des premières tâches qu'il aura à réaliser sera d'accepter des principes de base, normes et directives, notamment une forme quelconque de mécanisme de réglementation. Dans la plupart des pays, l'état jouera probablement le rôle d'office de réglementation, mais dans les pays où la capacité gouvernementale est faible ou non existante, le Groupe de coordination

devra accepter un ensemble minimal de réglementations et d'application collective jusqu'à ce qu'une agence gouvernementale puisse commencer à assumer ce rôle.

Le Groupe de coordination établira des règles pour les différents points suivants :

- *Qui fera quoi* : par exemple, une agence prenant la direction de la création du cursus de formation et du personnel de formation, une autre mettant l'accent sur le renforcement d'un système de référence ;
- *Qui travaillera où* : se mettre d'accord sur une distribution géographique pour assurer une meilleure couverture des populations rurales et urbaines, et pour éviter les concentrations dans les zones urbaines les plus importantes et la multiplication des mêmes efforts ;
- *Qui travaillera avec quel groupe cible* : puisque les mandats d'assistance ou les sources de financement de certaines agences, particulièrement les ONG et les agences des Nations Unies, précisent souvent avec quelles populations cibles elles souhaitent travailler (par ex., les femmes, les enfants, les handicapés physiques, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les réfugiés, les ex-combattants, etc.), le Groupe de coordination peut aider à identifier les lacunes aux vues des différents mandats qu'une agence avec moins de contraintes, comme la Banque mondiale, pourra combler ;
- *Ce qui est inclus et ce qui ne l'est pas* : il est essentiel d'accepter très tôt au cours du processus ce qui est de l'ordre du faisable, aux vues des ressources disponibles, des besoins exprimés de la population, et des compétences et capacités disponibles dans le pays (sur lesquelles il est possible d'élaborer quelque chose)—établir des priorités exige aussi d'établir des limites objectives ; et
- *La mobilisation et le partage des ressources* : en conservant à l'esprit le fait que certains des membres du Groupe de coordination peuvent être en concurrence pour obtenir des ressources, le Groupe doit étudier dans quelle mesure des approches conjointes de financement peuvent aider à mobiliser des ressources supplémentaires. Les exemples à citer comprennent notamment l'Équipe principale psychosociale d'Ouganda (Uganda Psychosocial Core Team), qui a réussi à mobiliser des fonds de l'UNICEF grâce à une proposition conjointe, et le Consortium psychosocial pour les enfants d'Afghanistan (Children's Psychosocial Consortium of Afghanistan) qui a mobilisé des fonds de l'USAID. Les partenaires de financement préfèrent généralement soutenir des consortiums ou des réseaux plutôt que de travailler avec chaque petit programme séparément. En outre, le Groupe de coordination devra revoir les critères et l'admissibilité des financements en vertu des fonds en fiducie multidonateurs (Multi-Donor Trust Funds), qui sont généralement mis en place pour soutenir et coordonner les fonds des donateurs pour la reconstruction après des conflits. L'accès à ces fonds et à d'autres fonds en fiducie sera probablement bien meilleur sous l'égide d'une approche en consortium parrainée par le Groupe de coordination.

Le Groupe de coordination devra également adopter une stratégie pour la communication avec les représentants de la communauté, les responsables gouvernementaux, et les partenaires et donateurs internationaux. Le Groupe de coordination devra élire une représentation et obtenir une voix lors des réunions des donateurs, comme les réunions de consultation en groupe (Consultative Group Meetings) et les tables rondes de donateurs (Donor Roundtables), ainsi que d'autres forums nationaux conçus pour établir un consensus concernant les priorités nationales et les stratégies sectorielles. Il devra également établir des contacts avec les médias afin de sensibiliser le public et de faire connaître les efforts entrepris pour prendre en charge les troubles psychosociaux et de la santé mentale, particulièrement pour mettre les réussites en avant.

### **Encadré 3 : Résumé : Création du Groupe de coordination**

1. Identifier le secteur gouvernemental directeur.
2. Créer le Groupe de coordination composé de parties intéressées clés.
3. Déterminer les priorités.

4. Établir des principes, des normes et des directives, ainsi que des réglementations, si besoin est.
5. Accepter les premières étapes à mettre en œuvre pour mettre une stratégie sur pied et définir le rôle de chacun des partenaires.

### 3. Données de base et analyse de la situation

Élaborer des données de base et effectuer l'analyse de la situation est une étape importante pour :

- Mesurer l'engagement du gouvernement pour aborder la santé mentale et les troubles psychosociaux ;
- Identifier les parties intéressées / partenaires clés, ainsi que les divers rôles et activités ;
- Déterminer l'étendue des troubles mentaux et psychosociaux ;
- Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques dans le contexte du pays en ce qui concerne les troubles mentaux et psychosociaux ;
- Déterminer quels sont les interventions psychosociales et relatives à la santé mentale qui existent déjà, les défis à relever et les lacunes à combler ;
- Évaluer les coûts de ces interventions ;
- Identifier les régions géographiques les plus touchées et les populations les plus vulnérables ; et
- Déterminer les priorités.

Obtenir des données n'est généralement pas chose facile. De bonnes données et des études détaillées sont rarement disponibles dans les situations postérieures à un conflit. Cependant, outre la vérification avec les autorités de la santé nationale et la révision de toutes les études disponibles, il existe un certain nombre de sources à consulter pour pouvoir se faire une idée sur les groupes vulnérables existants. Il est notamment possible de : (i) contacter les agences humanitaires qui travaillent dans les camps de réfugiés et les camps de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et qui peuvent avoir certaines données sur les conditions prédominantes dans ces camps, (ii) consulter l'évaluation des besoins après un conflit afin de déterminer si certains efforts ont été entrepris pour constater les besoins en matière de santé mentale—mais comme cela est rarement le cas, (iii) contacter les spécialistes de la santé qui ont participé à l'évaluation des besoins et qui peuvent avoir collecté des informations sur les conditions de la santé mentale, (iv) déterminer si des tentatives ont été faites pendant le rassemblement dans des programmes de désarmement et de démobilisation pour établir avec précision et/ou aborder la question de la santé mentale des ex-combattants,<sup>5</sup> et (v) contacter les agences des Nations Unies et les ONG internationales qui sont souvent actives dans le domaine de la santé mentale (par exemple, l'OMS, UNICEF, UNHCR, Save the Children, International Refugee Council, Care International) et qui, de leur côté, peuvent avoir établi des partenariats ou être en relation avec des groupes locaux.

Il est également préconisé de consulter des sources qualitatives. Cependant, il est important de se souvenir d'un certain nombre de mises en garde lors de la révision du matériel qualitatif et quantitatif disponible :

- Puisque certaines études réalisées par des agences sont utilisées comme outils de collecte de fonds, ces agences peuvent surévaluer les taux de prédominance dans leurs populations cibles. Les données peuvent aussi avoir été collectées auprès de petits échantillons (par exemple, seulement quelques villages ou quelques écoles), d'une petite source institutionnelle (par exemple, patients de cliniques / hôpitaux) ou de groupes particuliers (par exemple, des ex-combattants, des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays), ce qui peut influencer les résultats.
- La partialité dans les rapports peut affecter les données fournies par les prestataires de services. Bien souvent, en établissant un service dans une communauté, cette communauté est plus sensible aux programmes offerts et les personnes individuelles sont plus disposées à recevoir des soins. Ainsi, la prédominance des troubles mentaux et psychosociaux pourrait sembler plus importante

dans cette communauté par rapport à une communauté où des prestataires de services ne sont pas présents.

- Si aucune donnée n'est disponible, il peut être possible de se baser sur d'autres pays touchés par des conflits. Cependant, la prudence est de rigueur car les pays ne sont peut-être pas comparables ou certains pays peuvent montrer une certaine réticence à être comparés à d'autres pays qu'ils ne perçoivent peut-être pas comme étant similaires. Des comparaisons peuvent être faites lorsque les pays se situent dans la même région du monde et ont vécu des expériences similaires en ce qui concerne les conflits qui les ont touchés (par exemple, utiliser des données du Rwanda pour estimer les taux de fréquence possibles au Burundi).

Il n'est généralement pas recommandé d'allouer des ressources importantes de projet à la collecte de données. Il existe de nombreux problèmes complexes concernant l'insuffisance d'informations et les points sensibles des communautés où sont réalisées les études concernant les problèmes de santé mentale. Les équipes travaillant sur les programmes psychosociaux et de santé mentale doivent en fait : (i) soutenir les études qualitatives qui peuvent être conçues avec une plus grande sensibilité culturelle et qui peuvent inclure les demandes d'information dans des études plus larges sur les conditions et vulnérabilités socio-économiques, et (ii) mettre l'accent sur l'influence des efforts nationaux pour améliorer les systèmes statistiques et la capacité d'étude des conditions de vie en encourageant l'intégration des questions relatives à la santé mentale. Un point d'entrée important est le processus de PRSP (Document de stratégie de réduction de la pauvreté). Le Groupe de coordination et le personnel travaillant sur les problèmes de santé mentale doivent tenter de s'assurer que les représentants de la société civile et les groupes d'intervention travaillant sur la santé mentale sont inclus dans les consultations de PRSP et les processus de participation. Ces intervenants et le Groupe de coordination doivent encourager l'intégration des problèmes de santé mentale dans le diagnostic de pauvreté qui informe le PRSP, ainsi que l'établissement de politiques spécifiques, programmes et indicateurs de contrôle à inclure dans le PRSP définitif. Étant donné le caractère médiatisé du PRSP chez les donateurs, le gouvernement et la société civile, une bonne couverture des questions de santé mentale et psychosociales dans le PRSP peut apporter un soutien considérable et une prise en charge par le pays.

Un autre point d'entrée à étudier est l'ESW de la Banque ou autres produits analytiques. Les évaluations de la pauvreté et de la vulnérabilité dans les pays qui sortent d'un conflit peuvent inclure des composants sur la santé mentale, comme dans le cas de l'étude sur le Burundi intitulée « *Poverty and Vulnerability: Interim Report* » (Pauvreté et vulnérabilité : Rapport préliminaire - Juin 2004), qui comprend une section sur les impacts du conflit sur la santé psychologique, décomposée en quintiles. Le soutien apporté par la Banque pour les études sur les conditions de vie peut également porter sur des modules relatifs aux conditions psychosociales et de la santé mentale. Les résultats peuvent ensuite être utilisés pour concevoir des interventions de santé mentale appuyées par la Banque ou pour la conception de projets de santé, d'éducation ou de protection sociale.

Après avoir obtenu autant de données quantitatives et qualitatives que possible, ces informations sont analysées par le Groupe de coordination et utilisées pour élaborer une stratégie à long terme avec des objectifs clairement définis, des priorités pour la population et les activités, des mécanismes de coordination et un plan de contrôle et d'évaluation. La stratégie spécifiera de vastes indicateurs pour la stratégie globale, mais chaque partenaire devra ensuite élaborer des indicateurs spécifiques correspondant à ses exigences et son mandat. Les indicateurs devront répondre aux priorités déterminées par les communautés.

#### **Encadré 4 : Résumé : Données de base et analyse de la situation**

1. Collecte de données qualitatives et quantitatives.
2. Révision des données par le Groupe de coordination pour définir la stratégie à mettre en œuvre.

3. Établissement d'un plan d'action identifiant les rôles des diverses parties intéressées.
4. Adoption de larges indicateurs de programme définis par le Groupe de coordination.

#### **4. Une approche intégrée : Ce qu'il faut rechercher**

Idéalement parlant, les interventions psychosociales et de santé mentale doivent être liées et intégrées à des secteurs clés du développement humain et au niveau de toutes les structures pertinentes du gouvernement. C'est rarement le cas dans les pays qui sortent d'un conflit et il est souvent nécessaire de mettre en place une approche graduelle et décomposée en plusieurs étapes. La section ci-dessous illustre ce qu'il faut rechercher dans chaque secteur.

##### **Le secteur de la santé**

- Santé sexuelle et reproductive et droits :
  - ↳ Prévention des agressions sexuelles, ainsi que de la violence contre les femmes, y compris la mutilation des parties génitales féminines ;
  - ↳ Intégration de services d'urgence dans les unités d'aide aux personnes traumatisées portant assistance aux victimes de violence ; et
  - ↳ Reconnaissance et gestion des effets psychologiques des agressions sexuelles et de la violence contre les femmes.
- Éducation et promotion de la santé :
  - ↳ Prévention de l'abus d'alcool et de l'usage de drogues
- Santé à l'école :
  - ↳ Dépistage et gestion des troubles mentaux et psychosociaux courants ;
  - ↳ Formation des enseignants pour offrir une écoute active utile (Helpful Active Listening) aux enfants souffrant de légers problèmes mentaux et psychosociaux ;
  - ↳ Formation des enseignants pour qu'ils puissent reconnaître les enfants souffrant de problèmes graves de sorte que ces enfants puissent être référés à des spécialistes, et élaboration de listes des ressources disponibles dans leur communauté ; et
  - ↳ Formation des enseignants pour faciliter les programmes psychosociaux de l'enfant pour l'enfant (Psychosocial Child-to-Child Programs) pour un soutien mutuel.
- Santé mentale :
  - ↳ Coordinateur de la santé mentale et une unité au Ministère de la santé pour superviser les politiques et activités relatives à la santé mentale, et pour diriger la coordination avec les parties intéressées et les partenaires clés ;
  - ↳ Intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, y compris la formation des professionnels des soins de santé primaires, afin qu'ils puissent reconnaître et gérer les troubles mentaux courants souvent liés aux conflits (dépression, anxiété, SSPT) ;
  - ↳ Élaboration de normes et de directives pour la fourniture de services mentaux et psychosociaux ;
  - ↳ Mise en place d'un Groupe de coordination pour les troubles mentaux et psychosociaux ;
  - ↳ Assurance de la disponibilité des médicaments de base pour la santé mentale ; et
  - ↳ Mise en place et/ou renforcement des systèmes de collecte et de contrôle des données.

##### **Le secteur de l'éducation**

- Soutien pour la formation des enseignants afin qu'ils puissent reconnaître les enfants souffrant de troubles mentaux et psychosociaux ;
- Consultation thérapeutique incluse dans toutes les formations de base des enseignants ;
- Mise en place, si nécessaire, de quelques écoles spécialisées et/ou d'instituts de formation professionnelle pour les anciennes victimes d'enlèvement et anciens enfants-soldats car ils risquent de ne pas bien s'intégrer dans les écoles normales ; et

- Mise en place d'un système de collecte de données pour suivre ceux qui souffrent de troubles mentaux et psychosociaux.

### **Le secteur de la protection sociale**

- Identification des orphelins et enfants vulnérables, y compris les enfants souffrant de handicaps physiques, les enfants à la tête de familles, les enfants de personnes en prison pour crimes de guerre, les enfants de la rue ;
- Identification d'autres populations vulnérables comme celles qui sont dans les camps de réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les anciens combattants, les veuves, les survivants d'agressions sexuelles, les personnes souffrant de handicaps physiques provoqués par les conflits ;
- Collecte de données pour déterminer quelles sont les populations dans le besoin et celles qui bénéficient de services ; et
- Coordination des ONG travaillant dans le domaine de la protection sociale et/ou la protection de l'enfance.

### **L'administration locale**

- Inclusion de la santé mentale et de la protection psychosociale dans les plans de développement au niveau local ; et
- Coordination des partenaires des interventions psychosociales et de la santé mentale au niveau local.

#### **Encadré 5 : Résumé : Politiques clés**

1. Identification des secteurs clés.
2. Rencontre avec le personnel des secteurs clés pour discuter des problèmes psychosociaux et de santé mentale.
3. Révision des politiques et stratégies du secteur pour évaluer l'engagement envers les questions relatives à la santé mentale et au psychosocial.
4. Si le gouvernement est intéressé, le Groupe de coordination peut offrir de travailler avec le personnel clé du gouvernement pour inclure les questions clés psychosociales et de la santé mentale dans les politiques et stratégies pertinentes.

## **III. OPERATIONNALISATION : TROIS DIMENSIONS**

### **1. PREMIÈRE DIMENSION : Éléments de base des interventions psychosociales et dans la santé mentale**

Cette section traite brièvement des diverses activités qui peuvent être incluses dans un ensemble de services destiné à traiter des troubles mentaux et psychosociaux pour les populations touchées par des conflits. Toutes les activités ne sont pas à inclure ; il s'agit-là en fait d'un menu d'options.

**La santé mentale dans les soins de santé primaires.** Certaines activités comprennent notamment :

- L'intégration de la santé mentale en tant que composante essentielle de la politique du secteur de la santé du gouvernement et/ou du plan d'action du secteur de la santé ;
- L'identification d'un ensemble de services indispensables de la santé mentale à offrir aux populations touchées par des conflits ;
- L'offre de services spécialisés à ceux qui peuvent être plus vulnérables, comme les survivants de violence (par exemple, viol, génocide), ceux qui vivent dans des camps de réfugiés et les PDIP, les personnes amputées à cause de conflits ;
- L'éloboration ou l'offre d'un soutien à l'unité de santé mentale du Ministère de la Santé ;

- La création d'un Comité de coordination de la santé mentale et un soutien à ce comité ;
- L'élaboration et la diffusion de normes et directives pour l'offre d'interventions psychosociales et dans la santé mentale ;
- L'élaboration de manuels de formation pour tous les niveaux de soins ;
- La formation du personnel des soins de santé primaires pour qu'ils puissent reconnaître et gérer les troubles mentaux courants ; et
- L'assurance que les médicaments indispensables pour la santé mentale, exigés pour gérer l'ensemble essentiel de services psychosociaux et de santé mentale identifiés, sont inclus sur la liste de médicaments indispensables et sont disponibles au niveau de toutes les unités de santé.

Le **counseling** est un domaine très controversé. C'est un terme qui englobe les « conseillers » qui ont été formés en quelques jours, ainsi que d'autres qui peuvent avoir reçu une formation complète pouvant avoir duré jusqu'à neuf mois. La formation peut beaucoup varier et être offerte sans vraiment suivre de manuel standard. Il est donc impératif que le Groupe de coordination :

- Détermine ce que la formation standard de counseling sera, y compris le nombre d'heures d'entretien personnel, un soutien au client supervisé avant la certification, et les principes de base de la formation offerte ;
- Détermine si le personnel local doit, lui aussi, recevoir un counseling psychosocial et un traitement avant qu'il ne puisse apporter son aide aux efforts pour la communauté ;
- Établisse une teneur fondamentale normalisée pour le manuel de formation, qui puisse ensuite être élargie pour inclure des sections spéciales comme les survivants de viol, les enfants ou les ex-combattants ; et
- Détermine qui sera responsable de la certification et de la réglementation des agences de formation.

Le **soutien de groupe** est généralement plus adapté aux situations où les populations touchées sont vastes, mais où les effets sont faibles à modérés. Le soutien de groupe peut aussi être utilisé en combinaison au soutien individuel. Une victime de viol peut tirer profit de séances de counseling individuelles, mais peut aussi tirer profit du partage des expériences dans un groupe composé d'autres femmes, elles aussi victimes, car cela peut amenuiser les stigmates et aider la victime à réaliser qu'elle n'est pas seule. Cependant, dans de nombreuses cultures, les femmes ne se sentiront pas à l'aise dans un groupe pour parler de leurs problèmes. Elles pourront se sentir plus à l'aise si elles viennent à plusieurs pour réaliser une activité qui génère des revenus ou participer à un événement culturel, et seront alors plus en mesure de partager leurs expériences et de former un groupe de solidarité. Le soutien de groupe peut mieux réussir avec un conseiller local ou une assistante sociale afin de s'assurer qu'aucun mal n'est fait et qu'un processus de guérison se met effectivement en place. Quelle que soit l'approche choisie, comme dans tous les cas présentés dans cet Ensemble d'outils, les opinions des victimes et de leurs communautés doivent toujours être soigneusement obtenues pour déterminer quelles sont les modalités de soutien appropriées à mettre en œuvre.

Les **rites et les guérisseurs traditionnels** de communautés peuvent souvent aider les personnes souffrant de traumatismes à reprendre une vie normale. Nombre de ces rites ont lieu sous forme de purification symbolique, de lavage du sang ou des souvenirs traumatiques, d'éloignement des mauvais esprits et d'appel lancé aux ancêtres pour obtenir leur aide. Si les rites et les cérémonies de purification sont très utiles pour travailler sur le stress psychosocial léger et pour aider les communautés à faire face aux rapatriés après les conflits, il est cependant recommandé de les aborder avec précaution. Dans certains cas, les rites peuvent avoir un effet destructeur, comme lorsqu'ils impliquent une mutilation des organes génitaux de la femme réalisée par des membres de sociétés secrètes. Lorsqu'il existe un doute, les agences doivent consulter les ONG locales et les groupes de femmes pour évaluer les rites locaux.

Les **termes « une écoute active utile » ou « écouter et aider »** font référence à la capacité de quelqu'un à écouter les problèmes d'autrui et à y travailler pour essayer de les résoudre. Ces termes sont utilisés dans le contexte des compétences des enseignants, des leaders de communautés de femmes, des leaders religieux ou autres, qui peuvent être identifiés comme étant les personnes-ressources de la communauté (CORP). Les CORP peuvent aider les enfants qui montrent des signes de détresse, les femmes qui ont subi des agressions sexuelles et les victimes de violence familiale. Parfois, une simple personne à l'écoute peut aider à atténuer la détresse.

Comme pour le counseling, il est important d'établir :

- La teneur fondamentale de la formation ;
- Les normes de formation, y compris les heures d'entrevues individuelles, les heures de soutien supervisé apporté au client et les dispositions pour une supervision de soutien ;
- Quel secteur du gouvernement certifiera et réglementera la formation ; et
- Où ceux qui ont besoin d'un soutien plus approfondi seront référés.

Le **développement de la petite enfance (DPE)** assure un développement de la santé, de la nutrition et un développement cognitif pour les 3 à 6 ans. Intégrer la composante psychosociale dans le programme de DPE pour les populations touchées par des conflits représente une grande valeur car les enfants peuvent souffrir de légères déficiences du développement dues à une stimulation limitée par leur mère. En raison du stress parental, les mères peuvent ne pas avoir d'interactions avec leurs enfants, les enfants peuvent ne pas avoir la liberté d'errer, d'explorer et de jouer, et ne recevoir que peu de soutien de leurs grands frères ou grandes sœurs qui peuvent être obligés d'aller gagner leur vie pour la famille.

La composante DPE du deuxième programme d'action sociale du Burundi (Burundi Second Social Action Program ECD) nous transmet quelques leçons :

- La création de cercles de mères dans chaque village ;
- Tous les enfants entre 3 et 6 ans dans le village y sont inscrits ;
- Un(e) psychologue, travaillant avec un(e) enseignant(e) des classes du premier degré et avec une supervision de la Banque, a réalisé une évaluation des connaissances et compétences des cercles de mères, qui a ensuite été utilisée pour élaborer un cursus, un manuel de formation et un guide de l'animateur ;
- Deux mères ont été formées dans chaque cercle pour assumer le rôle d'animatrices ;
- Les centres d'apprentissage pour la petite enfance étaient ouverts chaque matin, dans un bâtiment fourni par la communauté. La communauté offrait également un en-cas et avait accepté de distribuer des céréales ou autres aliments de base pour dédommager les animatrices non rémunérées pour ce qu'elles perdaient en ne travaillant pas aux champs ; et
- La contribution de la Banque a consisté à rémunérer les consultants qui ont élaboré le manuel et formé les mères, la formation des animatrices des cercles, le matériau pour la toiture des centres et le matériel pédagogique de base.<sup>6</sup>

Les **Clubs pour enfants** sont l'occasion pour les 6-14 ans de se retrouver pour danser, chanter, jouer et passer un moment à n'être que des enfants. En raison de l'insécurité engendrée par les conflits, les enfants peuvent ne pas avoir de lieu sûr où jouer et dialoguer avec d'autres enfants. Les Clubs pour enfants, qui sont fondés sur le modèle de l'Armée du Salut de Bulawayo, au Zimbabwe, comprennent un parrain, c'est-à-dire généralement un adulte chez qui ces enfants peuvent se rencontrer, 2 ou 3 jeunes leaders, qui sont en général des jeunes gens qui ont suivi une forme quelconque de formation de base sur la façon d'organiser des activités pour enfants, et une heure de rencontre fixe au moins une fois par semaine. Les clubs sont très économiques puisque ni le parrain, ni les jeunes leaders ne sont rémunérés, et aucune contribution n'est nécessaire, à l'exception de quelques instruments de base qui peuvent être improvisés à partir de matériaux rejetés.

Les clubs peuvent être adaptés à différents contextes. En Cisjordanie, par exemple, une ONG organise un camp résidentiel d'été annuel qui regroupe des enfants de la Cisjordanie et de la Bande de Gaza pour jouer et participer à des activités artistiques. Ces activités aident à rétablir un sentiment d'état normal pour les enfants qui vivent dans des environnements violents et dangereux en raison de conflits.

**L'art, utilisé comme moyen de guérison**, peut aider les enfants à canaliser certaines émotions liées au traumatisme, sans pour autant les forcer à confronter ou à raconter ces traumatismes. Ces méthodes peuvent être particulièrement efficaces lorsque des thérapeutes formés y participent. Peindre, par exemple, peut apporter un moyen d'exprimer ses émotions. Les enfants peuvent commencer par peindre ce qu'ils se souviennent de l'événement traumatique ou du conflit et parler de ce qu'ils dessinent. À mesure que la guérison progresse, ils commencent à peindre des images qui représentent leur état d'esprit actuel, et vers la fin du programme, ils commencent à peindre ce qu'ils imaginent de leur avenir.

Le **sport** peut être utilisé pour aider les enfants à apprendre comment agir avec les autres. Les ex-combattants et les anciens enfants-soldats perdent souvent toute capacité de faire confiance aux autres, ont des difficultés à travailler en équipe, et doivent apprendre à combattre leurs frustrations. Ils peuvent réapprendre tout cela par le biais d'activités sportives étroitement surveillées.

Pour les jeunes enfants, comprendre la perte d'un être aimé peut être particulièrement difficile. Il est possible d'avoir recours à des **histoires** pour transmettre un message important ainsi que pour aider les enfants à parler des émotions associées à leur perte. Un exemple qui illustre bien ce point est l'histoire du petit éléphant qui a retrouvé son courage, dans l'œuvre intitulée « *A Little Elephant Finds His Courage* », de Nancy Baron, qu'elle a créée lorsqu'elle travaillait avec des enfants au Népal. Cette œuvre a été adaptée pour être utilisée dans d'autres régions du monde.<sup>7</sup>

#### **Encadré 6 : Résumé : Éléments de base des interventions psychosociales et dans la santé mentale**

1. Choisir un ensemble de services de base à délivrer.
2. Adopter une approche multisectorielle.
3. Baser l'approche sur l'analyse de la situation, le choix des objectifs, les ressources disponibles et l'élaboration des priorités.
4. Pour chaque activité sélectionnée, s'assurer qu'aucun mal n'est fait. La certification et une réglementation sont des éléments essentiels.

## **2. DIMENSION DEUX : Questions liées aux programmes**

### **Durée du soutien**

Il faut déterminer combien de temps durera le soutien apporté. Le cycle de financement pour la plupart des projets d'ONG est de 3 à 5 ans. Lorsque vous travaillez en partenariat avec des ONG, il est important de déterminer de combien de temps sera le soutien pour chacune des interventions—coïncidera-t-il au cycle de financement des ONG ou sera-t-il abandonné progressivement dans une région et lancé dans d'autres régions au cours du cycle de financement ? Dans certains cas, l'objectif peut être d'inclure des interventions dans des programmes gouvernementaux en cours, comme dans les cas d'écoute active utile ou de services de santé mentale dans les systèmes de soins de santé primaires. Dans ces cas, la conception de l'intervention doit comprendre des dispositions pour faire passer l'intervention soutenue par des ONG à des programmes gouvernementaux.

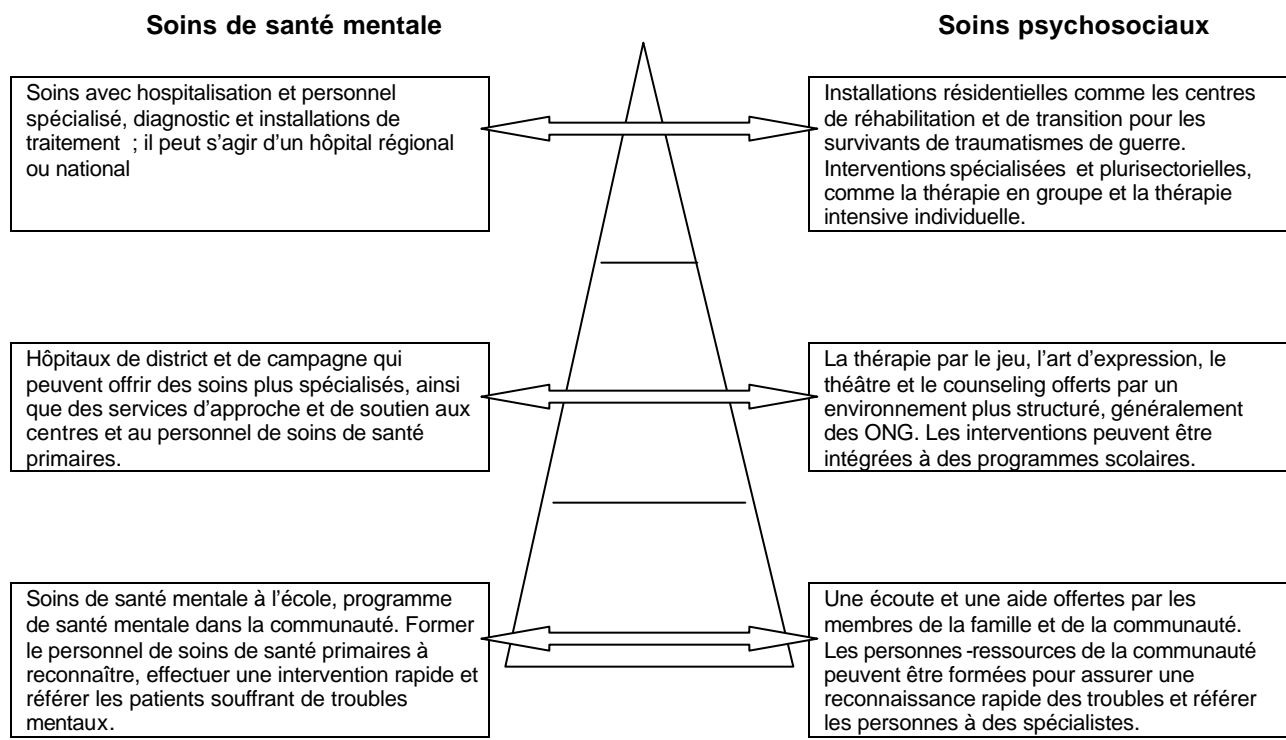
Dans d'autres cas, des programmes peuvent être spécialement conçus pour des périodes de temps limitées, comme des programmes de démobilisation et de réintégration pour les ex-combattants, et des programmes de rétablissement et de réintégration pour les PDIP et les réfugiés. Même lorsque ces

programmes sont conçus pour de courtes périodes de temps, dans la mesure où ils offrent un soutien pour la santé mentale, ils doivent être coordonnés avec des efforts communautaires et nationaux plus vastes sur la santé mentale et les programmes psychosociaux afin d'assurer un suivi efficace si besoin est.

### Les interventions psychosociales et de santé mentale - une approche intégrée

Les troubles psychosociaux et de la santé mentale sont répertoriés sur trois niveaux : légers, modérés et graves. Des interventions pour ces deux types de troubles sont disponibles pour les trois niveaux de soins déterminés, qui sont le niveau primaire, le niveau secondaire et le niveau tertiaire. La relation entre la santé mentale et les interventions psychosociales est illustrée dans le Schéma 2 ci-dessous.

**Schéma 2 :** Relation entre les soins de santé mentale et les services psychosociaux



Il est très important de conserver les points suivants à l'esprit en évaluant l'étendue des interventions psychosociales et de santé mentale, ainsi que les liens entre les deux :

- L'interdépendance des services avec et à chacun des niveaux. Si les programmes psychosociaux peuvent offrir des services dans les communautés, il est cependant nécessaire d'avoir du personnel de soins dans le domaine de la santé mentale dans une clinique capable de diagnostiquer et de traiter ceux qui souffrent de troubles mentaux graves.
- Un seul niveau de soins ne serait pas suffisant à lui seul pour prendre en charge tous les troubles de santé mentale et psychosociaux dans une communauté. Si mettre l'accent sur les services au niveau de la communauté aide à élargir la couverture, il est cependant nécessaire d'avoir un niveau supérieur où les patients peuvent être référés, même pour les troubles psychosociaux.
- Comme nous l'avons déjà mentionné, les ressources sont bien souvent affectées à des institutions qui se consacrent aux soins de santé mentale ou à des interventions psychosociales. Les institutions ne desservent qu'un petit pourcentage de ceux qui peuvent être affectés et par conséquent ne pas être rentables. Des données tirées de l'ouvrage intitulé *Costs of Projects for Orphans and Other Vulnerable Children: Case Study in Eritrea and Benin* (Prywes et al. 2004 – Coûts de projets pour les

orphelins et autres enfants vulnérables : Étude de cas en Erythrée et au Bénin) ont permis de découvrir que le coût annuel moyen par enfant pour un soutien institutionnel est élevé par rapport à celui d'interventions familiales. La moyenne des coûts annuels par enfant pour les soins en institution était de 1.300 à 1.900 \$ US, comparée à 100 \$ US pour les soins communautaires en Erythrée.

- Si le but est d'amener un nombre aussi grand que possible de ceux qui sont touchés par le problème au point où ils peuvent participer activement aux efforts de développement, il est alors recommandé de cibler ceux qui souffrent de troubles légers ou modérés pour qui les chances de guérison sont plus élevées et les interventions plus économiques. Par exemple, il est plus économique de traiter la dépression, avec des médicaments ou avec une thérapie du comportement, plutôt que de traiter la schizophrénie. De même, il est plus économique d'offrir des soins psychosociaux aux enfants par le biais de programmes scolaires et de soutien auprès de la communauté, plutôt que d'institutionnaliser les orphelins et les enfants vulnérables.
- Lorsque les programmes sont mis en place, lorsque les cas légers à modérés sont gérés et sortent du système, et à mesure que le système de livraison est renforcé, l'accent peut alors être mis sur ceux qui souffrent de troubles plus profonds. Il peut aussi exister d'autres agences, comme l'OMS, prêtes à mettre l'accent sur les soins pour les cas les plus graves.

### **Urbain / Rural**

La majorité de la population dans les pays touchés par des conflits se situe dans les zones rurales. Parallèlement, les zones rurales sont souvent sous-desservies, difficiles à atteindre et peuvent encore être dangereuses. Atteindre les populations dans les zones rurales est un véritable défi. Une approche proposée est de choisir un site urbain et un site rural pour une mise en œuvre initiale, puis, à mesure que l'expérience se développe, les leçons apprises peuvent être appliquées à d'autres régions.

### **Contexte culturel**

Comme nous l'avons souligné dans tout cet Ensemble d'outils, le contexte culturel est extrêmement important. Il détermine le comportement favorisant la santé, les attitudes et les pratiques envers les personnes souffrant de troubles mentaux et psychosociaux, y compris par le personnel professionnel, les familles et la communauté dans son ensemble. Les attitudes culturelles déterminent les stigmates, même au niveau de l'éloboration des politiques. Il est donc primordial de faire preuve d'attention et de sensibilité, même lors des discussions avec les décideurs de soins ou du choix des termes employés dans les études ou les rapports de la Banque. Dans certains pays, le terme psychosocial est préféré à santé mentale ou troubles mentaux. Ces deux derniers sont souvent associés à des maladies mentales psychotiques graves et handicapantes.

#### **Encadré 7 : Résumé : Questions liées aux programmes**

1. Déterminer la durée du soutien apporté.
2. Déterminer si les interventions seront concentrées sur une région ou si elles changeront au cours du cycle du projet.
3. Déterminer s'il s'agira d'une intervention dans le domaine de la santé mentale, d'une intervention psychosociale ou les deux.
4. Entreprendre tous les efforts possibles pour atteindre ceux qui vivent dans les zones rurales.
5. Prendre en compte les connaissances, attitudes et pratiques locales pendant la phase de planification.

### **3. DIMENSION TROIS : Composantes des processus du programme**

Pour chacun des éléments de programme mentionnés ci-dessus, les composantes de processus essentielles à une mise en œuvre réussie comprennent notamment :

- **Politiques et normes.** Même lorsque aucun cadre politique n'est en place, mais que le gouvernement exprime un intérêt, une des premières étapes à élaborer est une stratégie sur trois ans et des plans de travail annuels rotatifs. La stratégie et les plans de travail peuvent offrir de

vastes directives pour appuyer la collaboration et la mobilisation des ressources. À mesure que l'engagement et les capacités augmentent, la stratégie et les plans de travail peuvent facilement être mis à jour et servir, à terme, de base pour les politiques et stratégies nationales.

- **Formation.** Une formation doit comprendre un cursus de développement / révision et la formation des moniteurs pour les différents cadres de personnel requis. Cela aide à élaborer un plan de formation qui détermine combien de membres de personnel doivent recevoir quel type de formation, à déterminer s'il s'agira d'une formation sur le tas ou si une révision du cursus scolaire de formation de base sera incluse.
- **Supervision du soutien offert.** Une supervision doit être incluse pour chacune des activités. Elle doit impliquer le personnel des plus hauts niveaux de soins qui doivent communiquer avec les niveaux inférieurs pour leur apporter une éducation continue, parler des problèmes que le personnel du niveau inférieur peut rencontrer, passer en revue les dossiers des clients / dossiers cliniques, et voir les patients qui ont été référés par le personnel du niveau inférieur.
- **Coordination des services.** La coordination des services entre les différents secteurs et les différents prestataires est importante pour éviter la répétition des efforts et pour rendre les ressources et les services plus efficaces. Un exemple probant est celui de deux agences ou deux ONG offrant des services psychosociaux à des ex-combattants. L'une d'entre elles peut avoir un foyer mais aucun personnel travaillant dans le domaine des soins à la communauté, alors que l'autre peut concentrer ses efforts sur le soutien communautaire. La coordination et le partage des ressources amélioreraient alors considérablement l'efficacité des deux ONG et les services offerts aux ex-combattants.
- **Système de référence.** Le système de référence est un élément clé car il relie le système verticalement et horizontalement. Par exemple, les enseignants qui travaillent sur les compétences d'aide et d'écoute aux enfants scolarisés peuvent avoir besoin de référer certains d'entre eux aux clubs pour enfants ou à l'institut de santé mentale le plus proche. Un psychiatre qui diagnostique une dépression dans une zone urbaine peut référer le patient aux programmes psychosociaux de la communauté une fois que la dépression est stabilisée.
- **Contrôle.** Le contrôle est important pour évaluer les répercussions. Idéalement parlant, le contrôle doit être inclus dans la stratégie depuis le départ pour qu'un système de contrôle accepté puisse être établi. Ce système de contrôle n'a pas besoin d'être très compliqué au départ, et il peut être amélioré au fur et à mesure que l'expérience s'acquiert. Ce système de contrôle peut impliquer que tous les partenaires envoient un rapport annuel à l'homologue gouvernemental dirigeant, que des réunions aient lieu régulièrement pour faire part de ce qui a été accompli et des défis auxquels il faut faire face, que des rapports soient présentés sur les activités planifiées, le tout pouvant être animé par le Groupe de coordination.
- **Évaluation.** L'évaluation est souvent ignorée et n'est pas incluse dans le document de stratégie. Cependant, cet élément est crucial, particulièrement dans un domaine tel que la santé mentale et psychosocial, où il n'existe que très peu d'évaluations solides de programmes efficaces et où le soutien des gouvernements et autres parties intéressées peut être faible en raison d'une multitude de priorités concurrentes à la suite d'un conflit. Si les objectifs, les activités et les résultats ont été acceptés et inclus dans le document de stratégie, la priorité doit alors être donnée à l'élaboration d'un ensemble de bons indicateurs d'impacts et à un accord concernant les délais et la méthodologie à appliquer pour une évaluation complète des interventions de la stratégie. Cette évaluation doit être réalisée par un ou des experts externes qui sont en général plus neutres. Les résultats de l'évaluation doivent ensuite être intégrés dans l'étape suivante du cycle de planification, ils doivent souligner et documenter les réussites les plus importantes (particulièrement en termes de rentabilité et d'impacts), ainsi que les défis. Les résultats et les leçons de l'évaluation doivent être largement distribués, au-delà des membres du Conseil de coordination, au niveau local et international.

#### **Encadré 8 : Résumé : Composantes des processus du programme**

1. Définir les objectifs, les interventions fondamentales, les parties intéressées et le contrôle des indicateurs (exemples donnés à l'Annexe I).
2. Déterminer les éléments ci-dessus lorsqu'ils s'appliquent aux enfants et aux femmes (exemples donnés à l'Annexe II).

#### **4. Besoins de recherche**

Les preuves selon lesquelles des enquêtes doivent être faites dans les interventions psychosociales et de santé mentale sont encore en cours d'élaboration. Les paragraphes suivants citent certains domaines dans lesquels il faut encore travailler pour renforcer la qualité et l'efficacité des programmes relatifs aux troubles mentaux et psychosociaux. Certains de ces domaines peuvent être inclus comme petites composantes de projets.

- Savoir si et comment la santé mentale et les interventions psychosociales influencent la formation de capital social positif et des liens avec les efforts de paix et de réconciliation.
- Le lien entre les troubles mentaux et psychosociaux à la suite d'un conflit, particulièrement chez les femmes, et les résultats au niveau de la santé et de l'éducation de leurs enfants. Ce point pourrait faire l'objet d'une enquête sur le bien-être mental et psychosocial des femmes afin d'influencer les résultats relatifs à la santé, à la nutrition et à l'éducation de leurs enfants.
- Une analyse plus approfondie des coûts et de l'efficacité des interventions psychosociales et dans la santé mentale qui peut être réalisée pour les populations touchées par des conflits. Les évaluations des réussites et des défis et la documentation des résultats sont essentielles pour déterminer comment les futurs programmes peuvent être améliorés.

#### **5. Conclusion**

Cet Ensemble d'outils souligne la fréquence des conflits, le lien entre les conflits et le développement, les conséquences des conflits sur la santé mentale et le psychosocial, et propose une approche étape par étape pour lancer, planifier, mettre en œuvre, contrôler et évaluer les programmes psychosociaux et de santé mentale.

Cet Ensemble d'outils illustre que :

- Il est possible d'élaborer des programmes psychosociaux et de santé mentale dans différents secteurs et en utilisant différentes approches.
- Dans toutes les interventions, il est nécessaire d'assurer une coordination au sein du secteur de la santé (entre les soins de santé primaires et la santé mentale) et au niveau des secteurs eux-mêmes (éducation, santé, protection sociale).
- La collaboration entre le gouvernement, les donateurs, les ONG et les OSC est essentielle pour que les programmes psychosociaux et de santé mentale soient réussis.

Une lacune importante est le manque d'évaluations bien documentées des programmes, particulièrement en termes d'impacts, de durabilité et de rentabilité. Cela aiderait à concevoir des indicateurs pour les résultats / impacts qui seraient utiles pour améliorer ou reproduire les programmes.

Cet Ensemble d'outils représente une étape dans le développement des capacités des parties intéressées qui travaillent à déterminer les conséquences psychosociales et sur la santé mentale des conflits. Pour améliorer l'utilité de cet Ensemble d'outils, il est demandé aux intervenants qu'ils fassent part des défis auxquels ils font face, des leçons qu'ils ont apprises lors de la mise en œuvre des programmes et de tous autres commentaires directement liés à cet Ensemble d'outils. L'Ensemble d'outils sera régulièrement mis à jour pour refléter ces commentaires et leçons.

## Annexe I : Interventions fondamentales et indicateurs

Objectifs	Interventions fondamentales	Parties intéressées	Indicateurs
<b>Créer un groupe de travail sur la santé mentale / le psychosocial</b>			
Préparer et coordonner la planification et la mise en œuvre des questions relatives à la santé mentale et au psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les joueurs clés, le gouvernement, les donateurs, les ONG, les dirigeants des communautés</li> <li>• Organiser régulièrement des réunions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gouvernement : santé, éducation, aide sociale</li> <li>• Agence de planification de l'intervention</li> <li>• Donateurs avec un intérêt dans le domaine de la santé mentale et les questions psychosociales</li> <li>• ONG</li> <li>• Agences de l'ONU : OMS, UNICEF, UNHCR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attributions</li> <li>• Parties intéressées clés identifiées</li> <li>• Fonds</li> <li>• Rapports sur les réunions</li> </ul>
<b>Déterminer l'étendue du problème et la disponibilité des services</b>			
Mieux comprendre les besoins en matière de services, les populations les plus vulnérables, les services disponibles (qualité, quantité, distribution et accès)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser une évaluation des besoins, y compris des éléments qualitatifs et quantitatifs</li> <li>• Outils : OMS, HPRT, SCF, CDC, TPO, HNI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de coordination, tel qu'identifié ci-dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attributions</li> <li>• Consultants identifiés</li> <li>• Fonds engagés</li> <li>• Rapport distribué</li> </ul>
<b>Avoir accès à des services de qualité sur la santé mentale et psychosociaux</b>			
Accroître le nombre de membres du personnel de la santé et autres qui peuvent reconnaître et gérer les problèmes courants de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir l'ensemble de base des services essentiels de soins de santé primaires</li> <li>• Identifier les moniteurs</li> <li>• Élaborer des normes et directives</li> <li>• Élaborer un cursus de formation pour divers cadres / niveaux</li> <li>• Offrir une formation et une supervision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Employés des soins de santé primaires</li> <li>• Employés de santé et de réhabilitation au niveau de la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attributions</li> <li>• Ensemble de base des services psychosociaux et de santé mentale identifiés</li> <li>• Moniteurs identifiés</li> <li>• Directives disponibles</li> <li>• Cursus disponibles</li> </ul>

## Annexe I : Interventions fondamentales et indicateurs (suite)

Objectifs	Interventions fondamentales	Parties intéressées	Indicateurs
Accroître le nombre d'employés de la communauté, d'enseignants et autres experts non médicaux capables de reconnaître et de gérer les problèmes courants de santé mentale et psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les ONG et les secteurs du gouvernement qui réalisent les activités psychosociales et relatives à la santé mentale</li> <li>• Accepter des interventions fondamentales pour lesquelles élaborer des directives</li> <li>• Élaborer les composants fondamentaux des cursus, les adapter aux divers personnels (enseignants, conseillers, personnel affecté à la protection de l'enfance)</li> <li>• Apporter un soutien aux ONG pour la réalisation de la formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigeants des ONG</li> <li>• ONG prestataires de services</li> <li>• Directeurs d'écoles et conseillers</li> <li>• Hauts fonctionnaires du Ministère de l'Éducation</li> <li>• Assistantes sociales</li> <li>• Enseignants</li> <li>• Personnel affecté à la protection de l'enfance</li> <li>• Dirigeants de l'UNICEF, UNHCR, OMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procès-verbaux de réunions</li> <li>• Partage des expériences des animateurs</li> <li>• Participation des différentes parties intéressées aux formations</li> <li>• Cursus de formation standardisé disponible</li> </ul>
Établir et appuyer un système de référence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les agences et les points de référence clés au niveau des secteurs</li> <li>• Apporter un soutien au système de référence et le mettre à jour (par ex., formation)</li> </ul>	Prestataires de services de secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, dont les enseignants, le personnel de la santé et les assistantes sociales, les organisations pour les droits de la femme et les droits de l'homme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critères de référence disponibles</li> <li>• Points de référence connus des prestataires</li> <li>• Nombre de références faites à chaque point et au niveau des agences et des secteurs</li> </ul>
Établir et appuyer un système de supervision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir une chaîne de supervision</li> <li>• Apporter un soutien au processus de supervision</li> </ul>	Prestataires de services (voir ci-dessus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien aux directives de supervision établies et suivies</li> <li>• Fonds déboursés pour aider à la supervision du soutien</li> </ul>

## Annexe II : Services psychosociaux et de santé mentale pour les femmes et les enfants

Objectifs	Interventions fondamentales	Parties intéressées	Indicateurs
<b>Enfants</b>			
Établir des services pour les enfants et les parents afin de prévenir le développement de troubles mentaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier et coordonner avec les parties intéressées clés, comme SCF, UNICEF, les Ministères de l'Éducation, les services de protection sociale</li> <li>• Identifier les plus vulnérables et leurs besoins</li> <li>• Élaborer des programmes pour atteindre tous les enfants dans le système scolaire ; former les enseignants ; offrir des séances d'éducation des enfants pour les parents</li> <li>• Élaborer des programmes spécialisés pour toucher les plus vulnérables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel des services de protection de l'enfance</li> <li>• Personnel des services d'assistance sociale</li> <li>• Enseignants</li> <li>• ONG prestataires de services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % d'enfants touchés par le biais d'une intervention générale</li> <li>• % d'enfants vulnérables touchés par le biais d'une intervention ciblée</li> <li>• Nombre de références faites pour des soins spécialisés par le personnel des services de protection de l'enfance, des services d'assistance sociale, les enseignants et les ONG prestataires de services</li> </ul>
<b>Femmes</b>			
S'assurer que les besoins des femmes sont pris en considération dans les interventions sensibles à la spécificité des sexes (par ex., traiter des problèmes d'agression sexuelle, des veuves, des filles démobilisées)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier et coordonner avec les parties intéressées clés (par ex., UNIFEM, UNICEF, Ministère de la Santé, Ministère / Agence de la condition de la femme)</li> <li>• Identifier les plus vulnérables et leurs besoins (par ex., victimes d'agressions sexuelles)</li> <li>• Élaborer des programmes pour atteindre autant de femmes que possible, par ex., par le biais de groupes de femmes</li> <li>• Élaborer des programmes spécialisés pour toucher les plus vulnérables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel des services d'assistance sociale</li> <li>• Prestataires de soins de santé</li> <li>• ONG prestataires de services</li> <li>• Auxiliaires de l'assistance juridique</li> <li>• animateurs de quartier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de femmes touchées par le biais d'une intervention générale</li> <li>• % de femmes vulnérables touchées par le biais d'une intervention ciblée</li> <li>• Nombre de références faites pour des soins spécialisés par les auxiliaires de l'assistance juridique, les animateurs de quartier et les ONG prestataires de services</li> </ul>

### Annexe III : Exemples de programmes qui fonctionnent bien

Objectifs	Interventions fondamentales	Parties intéressées	Indicateurs
<b>Bosnie-Herzégovine</b>			
Intégration dans la santé mentale dans les soins de santé primaires (PHC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation des connaissances et des compétences des médecins généralistes</li> <li>Élaboration d'un cursus de formation</li> <li>Formation des médecins généralistes</li> <li>Évaluation postérieure à la formation</li> <li>Supervision de soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins généralistes</li> <li>Patients souffrant de troubles mentaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaissances et compétences améliorées des médecins généralistes</li> <li>Accroissement du nombre de patients vus</li> <li>Santé mentale intégrée au programme de CBR/PHC</li> </ul>
<b>Ouganda</b>			
Évaluation des besoins psychosociaux de l'Ouganda du Nord et intégration dans les activités de développement de district	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atelier de travaux préliminaires</li> <li>Formation de l'équipe centrale</li> <li>Réalisation d'une évaluation des besoins</li> <li>Distribution des résultats</li> <li>Identification des secteurs clés pour l'intervention</li> <li>Planification préliminaire au niveau du district</li> <li>Mobilisation des ressources</li> <li>Mise en œuvre de programmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministère de la Santé, Ministère de l'Assistance sociale</li> <li>Comités de développement de district</li> <li>ONG (AVSI, Red Barnett, HAR, TPO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse complète de la situation disponible</li> <li>Priorités des districts régionaux identifiées</li> <li>Plans psychosociaux de district élaborés et mis en œuvre</li> <li>Engagement de fonds de district pour les activités psychosociales</li> </ul>

**Annexe IV** : Une taxonomie pour orphelins et enfants vulnérables depuis les perspectives de conflits et troubles mentaux et psychosociaux

<b>ENFANTS</b>	<b>Souffrant du SIDA</b>	<b>Touchés par les conflits</b>	<b>Enfants de la rue</b>	<b>Enfants dans les pires formes de labeur</b>	<b>Enfants handicapés</b>
<b>Orphelins</b>	Preuve de la propagation du VIH/SIDA avec les forces armées. Enfants orphelins plus susceptibles à la transmission du VIH/SIDA. De nombreuses régions d'Afrique portent le double fardeau du VIH/SIDA et des conflits.	Les orphelins de la guerre sont plus vulnérables aux abus et au manque d'accès à l'éducation et aux services de santé	Certains des enfants de la rue sont orphelins. Dans les zones rurales, ils traînent autour des villages. Ils sont susceptibles de faire usage de drogues et d'alcool, certains sont victimes d'agressions sexuelles.	Les enfants orphelins peuvent finir dans les pires formes de labeur. Dans les situations de conflit, les orphelins peuvent devenir des enfants-soldats.	Les situations de conflit peuvent accroître le nombre d'enfants avec des handicaps physiques (victimes de mines, amputés au Sierra Leone). Les mauvais services de santé peuvent entraîner une propagation de la polio, de l'épilepsie, de l'infirmité motrice cérébrale, de déficiences mentales.
<b>Séparés de leurs parents</b>	En raison de l'effondrement des systèmes de soutien social pendant les conflits, les orphelins ne reçoivent pas de soutien communautaire pour le VIH/SIDA.	Réfugiés déplacés ou non accompagnés. Accroissement du nombre de foyers dirigés par des enfants.	Les enfants séparés de leurs parents à la suite de conflits risquent plus de devenir des enfants de la rue.	Les enfants séparés de leurs parents risquent plus d'être recrutés comme enfants-soldats.	De nombreux enfants souffrant de handicaps sont abandonnés par leurs parents lors de crises.
<b>Vivant avec des parents dysfonctionnels</b>		Les enfants vivant avec des parents qui sont blessés ou traumatisés par la guerre ne reçoivent pas une stimulation suffisante.	Le stress au foyer résultant du conflit peut entraîner le mauvais traitement des enfants, qui peuvent alors choisir de vivre dans la rue pour échapper à ces mauvais traitements.	Les enfants qui s'enfuient de foyers dysfonctionnels sont des recrues faciles pour les groupes armés.	Les enfants vivant avec des parents dysfonctionnels risquent de développer des troubles émotionnels, particulièrement s'ils sont traumatisés.

**Annexe IV** : Une taxonomie pour orphelins et enfants vulnérables depuis les perspectives de conflits et troubles mentaux et psychosociaux (suite)

<b>ENFANTS</b>	<b>Souffrant du SIDA</b>	<b>Touchés par les conflits</b>	<b>Enfants de la rue</b>	<b>Enfants dans les pires formes de labeur</b>	<b>Enfants handicapés</b>
<b>Avec des besoins au-delà des soins que peuvent apporter les parents</b>	Il n'est pas possible d'avoir des initiatives PMCT dans les situations de conflit. On enregistre un plus grand nombre d'enfants nés porteurs du VIH pendant les situations de conflit.	Les anciens enfants-soldats et anciennes victimes d'enlèvement, qui sont plus nombreux à la suite d'un conflit, exigent généralement une attention particulière.	Les enfants qui font usage de drogues tombent dans la criminalité, et les jeunes femmes, anciennes victimes d'enlèvement ou ex-combattantes avec des enfants.	Les enfants-soldats, les victimes d'enlèvement qui sont encore sous le contrôle de leurs ravisseurs, et les filles qui ont été forcées d'épouser des rebelles.	Amputés et enfants victimes des mines antipersonnel.

**Source** : Adapté de la taxonomie d'Anne Keilland.

---

<sup>1</sup> L'aide de la Banque aux pays touchés par des conflits est déterminée par la Politique opérationnelle sur la coopération pour le développement et les conflits (Operational Policy 2.30 on Development Cooperation and Conflict), approuvée par le Conseil d'administration en janvier 2001.

<sup>2</sup> Voir Mollica et al 1999 and 2001, Scholte et al 2004, et Heise et al 1994.

<sup>3</sup> Un projet de recherche actuellement en cours analyse la fréquence de la dépression chez la population adulte en Bosnie-Herzégovine à la suite du conflit et étudie l'impact de la santé mentale sur la productivité du marché du travail et le recours aux services de soins de santé (K. Scott et M. P. Massagli).

<sup>4</sup> Un Ensemble d'outils sur les handicaps physiques et les conflits est préparé parallèlement à cet Ensemble d'outils et devrait être consulté pour les programmes plus ciblés sur les populations souffrant de handicaps physiques.

<sup>5</sup> Voir par exemple Gleichmann et al. (2004) pour un échange de vues sur les soins psychosociaux et la santé mentale pendant les programmes de désarmement, de démobilisation et de réintégration.

<sup>6</sup> En ce qui concerne les impacts, les résultats complets sont présentés dans l'article intitulé *Early Child Development in Burundi* (Développement de la petite enfance au Burundi) (Coury et al. 2003). Cet article indique que les enfants qui suivent des programmes pré-scolaires tendent à avoir de meilleurs résultats pendant leurs années à l'école primaire.

<sup>7</sup> N. Baron. XXXX. *A Little Elephant Finds His Courage* (Un petit éléphant retrouve son courage). New York: SIDRAN. Le livre comprend un guide de discussion séparé et propose une liste de projets artistiques recommandés pour encourager l'expression.



Ce guide, destiné aux Responsables de Projets, est basé sur des études entreprises par la Banque mondiale sur la santé mentale des peuples vivant dans des pays en situation de conflit durant les cinq dernières années ainsi que sur l'expérience des partenaires-clés des principales agences des nations unies et internationales.

Son introduction générale prépare le terrain pour des interventions psycho-sociales et de santé mentale pour les populations affectées des pays en situation de conflit. Elle est suivie par une discussion sur les problèmes de programmation et deux sections qui soulignent les étapes à suivre pour rendre ces interventions opérationnelles. Cette première version du guide sera mise à jour après réception des commentaires des responsables de projets qui l'auront utilisée, et le développement de bases de données supplémentaires qui pourront ainsi être annexées.

