RESILAC*

*REDRESSEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL INCLUSIF DU LAC TCHAD

RAPPORT DE CAPITALISATION

SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

MARS 2022

SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

ACTION CONTRE LA FAIM

care

Groupe URD
Urgence . Réhabilitation . Développement

SOMMAIRE

INTRODUCTION 4
Contexte 4
Présentation du projet RESILAC 4
Zones d'intervention 5
Justification et méthodologie de l'étude 6

1. CONTEXTE ET ENJEUX DE LA SANTÉ MENTALE 7
1.1 Troubles de la santé mentale 7
1.2 Offre de soins 8

2. RÉPONSE RESILAC 10
2.1 Présentation du pilier 1.2 10
2.2 Résultats du Pilier 1.2 12

3. RÉSULTATS 13
3.1 Amélioration du bien-être subjectif 13
3.2 Renforcement de la cohésion sociale 14
3.3 Contribution à l'économie locale 15
3.4 Renforcement des capacités des acteurs SMSPS 16

4. LEÇONS APPRISES 17
4.1 Ciblage 17
4.2 Renforcement des capacités 17
4.3 Coopération avec les acteurs externes 19
4.4 Prise en charge SMSPS 21
4.5 Inter-piliers 22
4.6 Suivi des effets SMSPS 23

5. RECOMMANDATIONS 26

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

ACRONYMES

ASBC	Agent.e.s de santé à base communautaire
ACF	Action contre la faim
AGR	Activité génératrice de revenus
BLT	Bassin du lac Tchad
GANE	Groupes armés non étatiques
HIMO	Haute intensité de main-d'œuvre
IASC	Inter Agency Standing Committee
OMS	Organisation mondiale de la santé
PM+	Problem Management Plus
PSP	Premiers secours psychologiques
RP	Responsable pilier
SFCG	Search for Common Ground
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
SPT	Stress post-traumatique
TPS	Travailleur·euse·s psychosociaux
VBG	Violence basée sur le genre

INTRODUCTION

CONTEXTE

La région du lac Tchad couvre partiellement les quatre États riverains du lac (à savoir le Niger, le Nigéria, le Cameroun et le Tchad) et s'étend sur 1 000 km du nord au sud, et 500 km d'est en ouest. En 2015, il était estimé que le bassin hydrographique actif du lac Tchad regroupait près de 50 millions d'habitants. Considéré comme essentiel pour assurer la sécurité alimentaire de 13 millions d'habitant.e.s et de deux métropoles - N'Djaména, la capitale du Tchad, et Maiduguri, la capitale de l'État du Borno au Nigeria - cet espace est menacé depuis plusieurs décennies. En effet, la région du bassin du lac Tchad (BLT) doit faire face à d'importants défis environnementaux (vulnérabilité des écosystèmes face au changement climatique et à la pression maintenue sur les ressources naturelles), socio-économiques (croissance démographique rapide, tensions religieuses, pauvreté, etc.) et politiques (corruption, crises politiques à répétition, enjeux géopolitiques).

Depuis 2009, la région est également sujette à une crise sécuritaire sans précédent liée à l'insurrection de différents Groupes armés non étatiques (GANE). Les attaques, les exactions et l'expansion territoriale des GANE depuis 2013-2014 ont profondément impacté le système régional (arrêt des flux commerciaux) et sa population (meurtres, enlèvements, déplacements massifs de population, etc.). La stratégie de la terreur instaurée par les GANE et les stratégies nationales de répression menées par les forces de défense et de sécurité, couplées aux défis chroniques de la région, ont eu pour conséquence de renforcer les conflits préexistants (conflits agro-pastoraux induits par la raréfaction des ressources naturelles, conflits inter- et intra- communautaires, etc.) tout en favorisant de nouvelles formes de conflictualités (conflits entre populations déplacées et populations hôtes, clivages religieux et ethniques, formation de milices citoyennes d'auto-défense conduisant à une augmentation de la violence, etc.). En 2017, cette région était considérée comme l'une des plus vulnérables d'Afrique et sujette à l'une des pires crises humanitaires contemporaines[1].

PRÉSENTATION DU PROJET RESILAC

C'est dans le contexte de cette crise multidimensionnelle que le projet RESILAC (« Redressement Économique et Social Inclusif du Lac Tchad ») a été lancé en 2018. Cofinancé par l'Union européenne (Fonds Fiduciaire d'Urgence pour l'Afrique) et l'Agence française de développement pour une durée de quatre ans (2018-2021), associée d'une extension d'un an (2022).

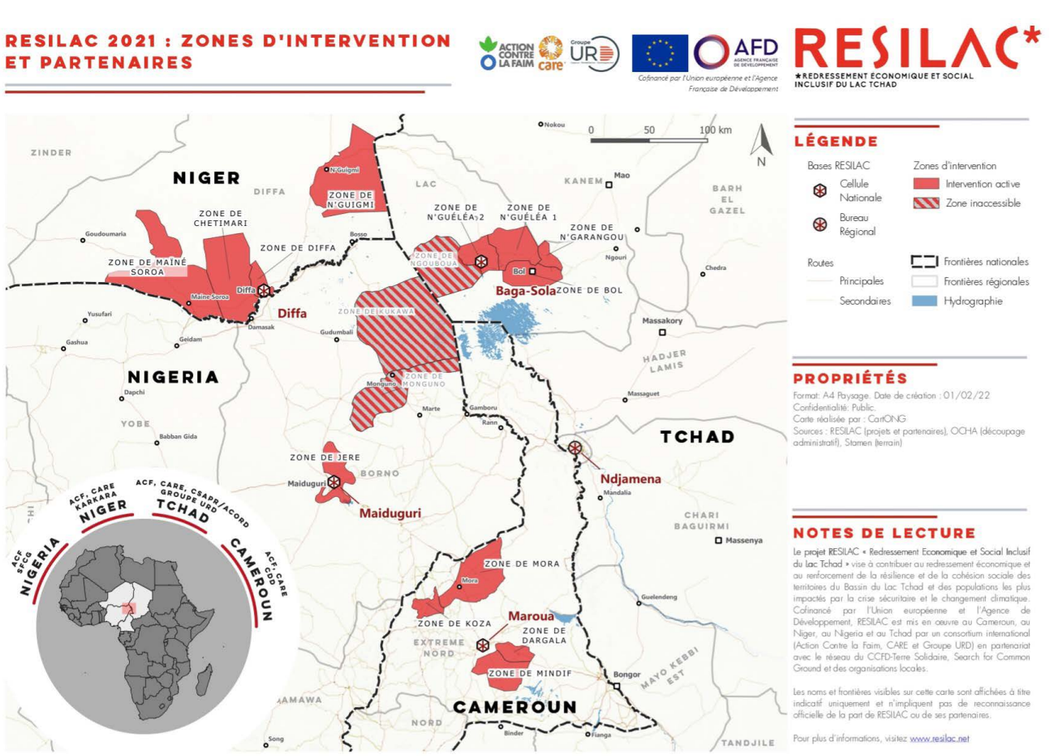
1 - Groupe URD, « Approche territoriale en contexte de crise : levier pour le renforcemente de la résilience », Mars 2022.

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

RESILAC est mis en œuvre par un consortium international composé d'Action contre la Faim (chef de file), CARE et le Groupe Urgence Réhabilitation Développement (URD), également en partenariat avec le réseau du CCFD – Terre Solidaire, Search For Common Ground (SFCG) et des organisations locales dans les quatre pays d'intervention (Niger, Nigéria, Cameroun et Tchad). Ce projet vise à contribuer au redressement économique et au renforcement de la résilience et de la cohésion sociale des territoires du Bassin du lac Tchad (BLT) les plus impactés par la crise sécuritaire et le changement climatique. Le projet RESILAC est structuré autour de quatre axes d'intervention (Piliers) :

- **Pilier 1 :** renforcement du capital humain et de la cohésion sociale, en améliorant la cohésion sociale de la population, notamment via un appui au développement territorial et un accompagnement psychosocial des victimes des groupes armés.
- **Pilier 2 :** redressement économique et résilience des populations, créant des emplois sur des chantiers de réhabilitation d'infrastructures communautaires et en soutenant le micro-entrepreneuriat agricole et l'apprentissage.
- **Pilier 3 :** renforcement institutionnel visant à améliorer la gouvernance des communes pour une meilleure gestion des territoires et des ressources naturelles.
- **Pilier 4** : production de connaissances pour optimiser la qualité des activités du projet en contexte de crise et pour la prise de décisions des acteurs locaux.

ZONES D'INTERVENTION



JUSTIFICATION ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Ce rapport s'inscrit dans le processus de capitalisation du projet RESILAC qui répond à un souhait des équipes de partager leurs résultats et apprentissages après plus de 3 ans de mise en œuvre. Il se concentre sur l'appui psychosocial (Pilier 1.2) donné par le projet, et vise 3 objectifs :

1. Partager les **résultats** du projet au sein de l'équipe, mais aussi avec les bailleurs, acteurs de l'aide, autorités, acteurs locaux, etc.
2. Formaliser les **leçons apprises** (défis, bonnes pratiques, savoir-faire innovants, etc.) au sein du projet afin de les partager avec les personnes en interne et en externe.
3. Partager ces **apprentissages** auprès des bailleurs et des autorités afin d'aider à la prise de décision et aux changements de pratiques à un niveau plus systémique.

La méthodologie du rapport repose sur :

- Une **revue documentaire** (proposition de projet, rapports de capitalisation du Pilier 1.2, « success stories », rapports d'expérience, recherches sur la santé mentale) ;
- Une quinzaine **d'entretiens** avec les membres de l'équipe du projet dans les 4 pays d'intervention ;
- 4 « **focus groups** » au Niger et au Tchad.

Ce travail de capitalisation vise à faire émerger de la part des acteurs du programme, partenaires et bénéficiaires, des éléments importants du RESILAC. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation visant à établir un jugement de valeur quant à l'atteinte des résultats, mais de formaliser l'apprentissage des partenaires sur certains aspects du projet, au-delà des résultats, et à partir de leur expérience.

Limitations

- La disponibilité des participant.e.s au processus de capitalisation en phase finale du projet pour fournir les informations ;
- L'impossibilité de se rendre dans les zones d'intervention.

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

1. CONTEXTE ET ENJEUX

1.1 TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE

La crise économique, politique, sécuritaire et climatique qui sévit dans le BLT provoque au sein des populations de graves traumatismes psychologiques. Ceux-ci sont le plus souvent liés à la recrudescence de l'insécurité due à la présence de groupes armés non étatiques (GANE), et à l'extrême violence des exactions commises (attaques de villages, enlèvements, tueries, viols etc.). Ces traumatismes ont des symptômes plus ou moins graves selon les individus : état de stress post-traumatique (SPT), troubles anxieux (anxiété sociale, anxiété généralisée), troubles de l'humeur (dépression, bipolarité) et quelques cas de troubles psychotiques (schizophrénie)[2].

Les déplacements massifs dus à la crise sécuritaire fragilisent également l'état psychologique des populations. Début 2022, 2,8 millions de déplacé.e.s internes et 265 000 réfugié.e.s se trouvaient dans la région du BLT[3]. Ces personnes doivent quitter leurs terres et leurs proches, et souffrent parfois de stigmatisation au sein des communautés hôtes. Aux éventuels différends ethniques et culturels, s'ajoutent les tensions autour de l'accès aux ressources naturelles, limité dans une zone déjà extrêmement pauvre, et sous pression avec l'arrivée massive des déplacé.e.s.

On retrouve également des problèmes d'ordre **pratique et économique,** caractéristiques de la région et exacerbés avec la crise. Le BLT souffre en effet d'une pauvreté endémique, d'une instabilité politique, d'un manque d'accès aux services de bases, et de variabilités climatiques qui impactent les activités agricoles et pastorales de la région. L'insécurité a aussi entravé les activités économiques autour du lac. Les GANE limitent en effet l'accès à la zone, empêchent les échanges commerciaux et peuvent parfois attaquer directement les champs, le bétail ou les boutiques des populations locales. Les mesures gouvernementales adoptées pour lutter contre l'insécurité, notamment le contrôle des frontières autour du lac, peuvent également nuire au commerce dans la région. Dans un tel contexte, les populations ont donc un accès limité aux opportunités économiques et aux services de base, et ne peuvent subvenir à leurs besoins prioritaires, ce qui peut devenir une source de stress, de fatigue, et fragiliser leur état de santé mentale. De fait, les résultats de la « midline » reflètent un niveau de bien-être assez faible dans les zones d'intervention, où 66 % des répondant·e·s disent être en état de détresse psychologique subjective[4].

2 - Groupe URD, « Etude régionale : La prise en charge des souffrances psychiques dans le bassin du lac Tchad » , septembre 2021.

3 - OCHA, Humanitarian Snapshot – Lake Chad Basin, Janvier 2022.

4 - RESILAC, Midline, Août 2021, accessible ici.

1.2 OFFRE DE SOINS

Malgré les besoins croissants dans la région, des obstacles d'ordre culturel et politique limitent l'offre de soins en santé mentale, assurée en grande partie par les acteurs humanitaires. Au niveau culturel, les troubles psychologiques sont encore perçus comme des faits mystiques, souvent associés à une malédiction divine qui punit le comportement du malade ou de son entourage. La population préfère alors recourir à la médecine traditionnelle qui repose sur un réseau d'acteurs familiers (imams, marabouts, guérisseurs) et des remèdes en accord avec ses coutumes locales (versets coraniques, usage de plantes locales, etc.). Ces remèdes sont moins stigmatisés que ceux utilisés par la médecine moderne, surtout quand cette dernière requiert un passage à l'hôpital, souvent trop coûteux, ou dans les services psychiatriques, encore largement associés à la « folie ». Ils leur semblent aussi plus efficaces car souvent accompagnés d'une prise médicamenteuse ou d'un rituel, alors que la psychothérapie passe uniquement par la parole et demande un engagement plus long et continu du malade. Pour les familles, cette option n'est pas toujours envisageable : elles souhaitent en effet des résultats concrets et rapides car le·la malade constitue souvent une charge économique supplémentaire, et il·elle peut devenir une source de stigmatisation et d'exclusion au sein de la communauté. Par ailleurs, nombre d'entre elles vivent en dehors des centres urbains où la plupart des soins psychosociaux sont concentrés, et ne peuvent donc s'être familiarisées avec les pratiques de la médecine moderne.

De fait, au niveau politique, la santé mentale n'est encore pas une priorité dans la région DU BLT, ce qui se traduit par un manque de personnels et d'infrastructures dans les 4 pays. Au Cameroun, malgré une politique de santé mentale au niveau national, le réseau de professionnel·le·s et les activités SMSPS restent centralisés et ne couvrent pas suffisamment l'Extrême-Nord du pays. La situation est encore plus critique au Tchad où, bien qu'il existe un programme national en santé mentale basé à l'hôpital de N'Djamena, les ressources qui lui sont allouées sont très limitées, et ses actions centralisées en capitale. Au Nigéria, le ministère de la Santé de l'État de Borno a développé en 2019 un plan stratégique afin de promouvoir la coordination et la mise en œuvre des activités en santé mentale. Si le pays compte un hôpital psychiatrique, seuls 250 psychiatres demeurent au niveau national pour une population de 200 millions de personnes. Au Niger, la situation s'améliore. Un programme national de santé mentale couvre plusieurs régions du pays, dont Diffa, et l'université de Niamey dispose d'un programme en psychologie facilitant la mobilisation des ressources humaines dans le domaine.

Une grande partie des soins en santé mentale est donc assurée par les acteur·rice·s humanitaires, en particulier dans la Province du Lac Tchad où l'insécurité limite la présence de l'état. Cependant, ils ne sont pas toujours une priorité, surtout dans un environnement où les besoins liés à l'alimentation, le logement et la santé physique restent très urgents. Un long travail de sensibilisation des populations est donc nécessaire, pour déstigmatiser la souffrance mentale comme décrit précédemment, et expliquer les activités SMSPS et leur pertinence.

Exemples de structures internationales intervenant en santé mentale dans la région[5]

ACTEURS	ACTIVITÉS
	AGENCES DES NATIONS UNIES
UNFPA	Formation pour améliorer les services de prise en charge psychosociale, prise en charge des femmes victimes de violences basées sur le genre (VBG)
HCR	Prise en charge psychosociale des réfugié·e·s
ONU Femmes	Identification et prise en charge psychosociale des femmes victimes de VBG et de violences sexuelles
IOM	Déploiement d'équipes psychosociales mobiles et réhabilitation de plusieurs centres d'écoute
	ORGANISATIONS INTERNATIONALES
ACF	Formation PM+, formations PSP, soutien psychosocial en groupe, clinique mobile
COOPI Unicef	Formation du personnel médical, approvisionnement en médicaments, prise en charge psychosociale, activités de sensibilisation de la population
MSF	Mise en place des unités de prise en charge psychosociale et psychiatrique, formation en santé mentale et prise en charge médicale de malades mentaux·ales, cliniques mobiles
Intersos	Formation PSP, prise en charge urgente des cas de VBG et de violences sexuelles, activités ludiques pour les enfants
IRC	Soutien psychosocial aux personnes à besoins spécifiques, aux réfugiés, aux victimes de VBG
Plan International	Conduite des consultations en santé mentale, soutien psychosocial aux personnes victimes des exactions et de violences sexuelles
CICR	Soutien psychologique et intervention d'urgence en cas de VBG, activités d'écoute et de référencement
CRS	Soutien psychologique et intervention d'urgence en cas de VBG, activités d'écoute et de référencement
CLIRA	Activités de soutien psychosocial aux personnes vulnérables
COOPI USAID	Sensibilisation des populations sur les thématiques inhérentes à la santé mentale, collaboration et renforcement des formations sanitaires, accompagnement psychosocial et supports psychosociaux
	ORGANISATIONS LOCALES
Associations	Associations de jeunes, de femmes qui peuvent visiter les malades, sensibiliser les femmes sur les VBG
APPM	Association des psychologues professionnel·le·s du Niger (APPM) : activités de sensibilisation et référencement des malades
AMSM	Association de santé mentale (AMSM) : activités de sensibilisation et référencement des malades au Cameroun
AFJT	Association des femmes juristes du Tchad (AFJT): séances d'écoute et formations

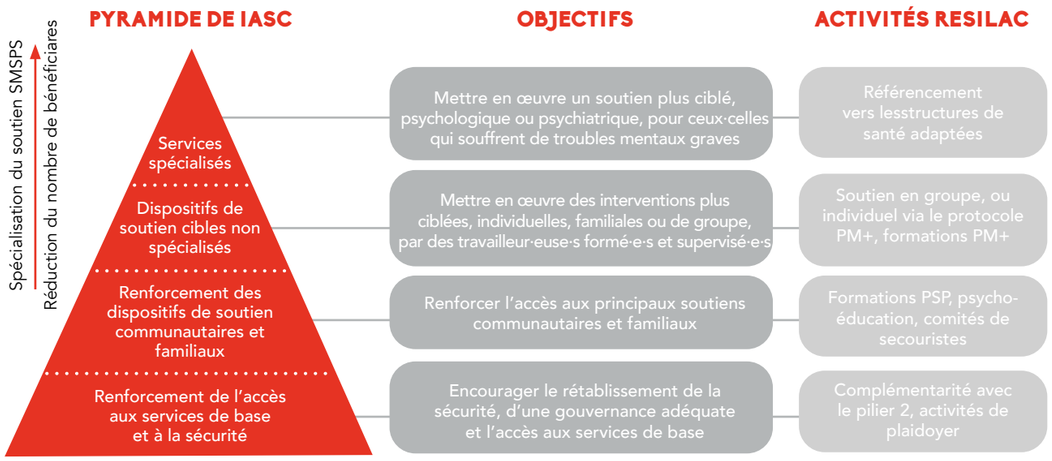
5 - Ce tableau n'est pas exhaustif mais présente un échantillon des acteurs en santé mentale présents dans la zone, mentionnés en entretien ou dans la revue documentaire, particulièrement dans les études portant sur la santé mentale au Tchad et au Cameroun.

2. RÉPONSE RESILAC

2.1 PRÉSENTATION DU PILIER 1.2

Afin de s'adapter au contexte d'urgence du BLT, le projet RESILAC adopte une approche multi-dimensionnelle de la santé mentale et du soutien psychosocial (SMSPS). Comme suggéré dans le modèle de la pyramide de IASC[6], les activités couvrent différents aspects de la souffrance psychologique et y répondent à plusieurs niveaux, du renforcement de l'accès aux services de base au soutien psychiatrique ciblé.

Pyramide de l'Inter-Agency Standing Committee (IASC) et activités RESILAC



- **Les groupes de soutien** sont composés d'une dizaine de personnes qui se retrouvent pendant 6 séances hebdomadaires. Ils sont animés par un binôme de travailleur·euse·s psychosociaux (TPS) formé·e·s par le projet et appuyé·e·s par le responsable Pilier (RP).

- **La prise en charge individuelle** se fait via le protocole de « problem management » (PM+), appui basé sur la stratégie cognitive comportementale de solution de problèmes (« problem solving ») qui peuvent être d'ordre psychologique ou pratique (sources de revenus, alimentation, logement, etc.). Le protocole vise uniquement les bénéficiaires de l'appui psychosocial et se compose de 5 séances hebdomadaires animées par les TPS avec l'appui du RP.

6 - En 2007, l'Inter Agency Standing Committee (IASC) élabore des directives sur la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les situations d'urgence. Ces directives aident à planifier, établir et coordonner un ensemble de réponses multisectorielles pour protéger, soutenir et améliorer la SMSPS des personnes en milieu d'urgence. La pyramide de IASC modélise ces directives sous forme d'une intervention à 4 niveaux illustré dans le schéma.

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

- **Les psychoéducations** sont un cadre d'échanges préalable à la formation des groupes thérapeutiques, permettant l'identification de personnes en détresse ainsi que la sensibilisation sur la santé mentale et l'offre de soins proposée par RESILAC. Elles sont animées par les TPS, avec l'appui du RP, et organisées avec l'aide des autorités locales.

- **La formation PM+**[7]se compose de 6 séances théoriques et de 7 séances de supervision. Elle est animée par le RP, avec l'appui des TPS, et vise essentiellement les agent·e·s de santé à base communautaire (ASBC) pour l'intégration d'une prise en charge psychosociale dans les structures de santé primaire. Cette activité fait partie de la stratégie de sortie du projet vers l'autonomisation et le transfert de compétences locales.

- **La formation aux premiers secours psychologiques** (PSP) dure trois jours et vise les chefs communautaires. Elle sensibilise à la santé mentale et à l'identification des personnes en détresse suite à une situation d'urgence, et transmet également des techniques d'intervention rapides.

- **Les comités de secouristes** visent les personnes formées en PSP pour constituer un groupe de référence dont le but est d'écouter et d'orienter les bénéficiaires en cas de crise, grâce à un cycle d'accompagnement composé de 6 ateliers hebdomadaires. Ils sont intégrés dans la stratégie de sortie de RESILAC.

- **Les activités de plaidoyer** visent à sensibiliser les autorités et la communauté sur la santé mentale, ainsi qu'à valoriser les résultats du projet RESILAC auprès des autorités sanitaires au niveau local et national afin d'assurer un impact pérenne du projet.

Les partenaires de mise en œuvre du Pilier 1.2 sont: Action contre la faim (ACF) au Niger, au Tchad et au Cameroun, et Search for Common Ground (SFCG) et Neem Foundation au Nigéria.

7 - Le protocole PM+ de la Santé (OMS), est un protocole d'intervention psychosociale basé principalement sur la stratégie cognitive comportementale de solution de problèmes (problem solving), visant l'amélioration de l'état de bien-être et du fonctionnement des personnes adultes exposées à des environnements adverses.

2.2 RÉSULTATS DU PILIER 1.2*

Au niveau régional

7 007 individus
ayant bénéficié des appuis de groupe

1 749 individus
accompagnés avec le protocole PM+

1 507 individus
formés au protocole PM+ et aux PSP

8 588 individus
sensibilisés à la santé mentale à travers les psychoéducations

Au niveau pays

Activités	Nigéria	Niger	Cameroun	Tchad
APPUI DE GROUPE	2335	2360	857	1455
FORMATIONS PSP ET PM+	419	443	355	290
ACCOMPAGNEMENT PM+	634	671	210	234
PSYCHOÉDUCATIONS	0[8]	4431	1451	2706

** Résultats entre mars 2019 et décembre 2021.*

8 - Il n'y a pas de psychoéducations pour l'identification des bénéficiaires au Nigéria.

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

3. RÉSULTATS

3.1 AMÉLIORATION DU BIEN-ÊTRE SUBJECTIF

La majorité des bénéficiaires affirme que leur bien-être subjectif[9] s'est amélioré grâce aux activités d'appui psychosocial. Les thérapies de groupe suivent le protocole de prise en charge d'ACF et permettent de créer un espace d'échange et d'écoute au sein de la communauté. Au 30 septembre 2021, 7 007 bénéficiaires ont participé à cette activité dans les quatre pays. Composés d'une dizaine de personnes, ces groupes se réunissent pour évoquer la vie avant la crise, son impact au quotidien, et les moments les plus difficiles qu'ils ont traversés. Ils ont permis aux bénéficiaires d'exprimer des souffrances jusque-là intériorisées, de les partager avec d'autres qui pouvaient les comprendre, et de se relaxer grâce à différentes techniques d'animation comme la danse, le chant et les exercices de respiration.

Groupe de soutien, Tchad © RESILAC

> *« C'était notre unique lieu de rencontre hebdomadaire où on pouvait partager nos expériences vécues et prendre du thé. Le fait que la séance prenne fin nous prive d'un espace de détente, nous sommes inquiets, mais nous allons continuer de nous retrouver ensemble comme on le faisait dans ce groupe. »*
>
> **Bénéficiaire, groupe de soutien, Tchad**

9 - Le bien-être des bénéficiaires a été mesuré à l'aide de l'échelle internationale WHO-5 développée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avant et après la prise en charge afin de constater l'amélioration – ou non – de l'état psychologique des bénéficiaires (cf. section 4.6 Suivi).

Au Nigéria, certain·e·s affirment que cela a contribué à stabiliser leur foyer car ils ont pu aborder leurs problèmes de couple et trouver de meilleurs moyens de communiquer avec leur partenaire. Cependant, pour un équilibre familial durable, certain·e·s regrettent que l'appui psychosocial ne soit pas proposé aux enfants et aux personnes âgées, tout aussi vulnérables en temps de crise, si ce n'est plus.

Les activités de santé mentale répondent également aux causes directes de la détresse psychologique, notamment à travers le protocole PM+, utilisé pour la prise en charge individuelle des bénéficiaires. Ils·elles apprennent des techniques d'apaisement (exercices de respiration, étirements) qu'ils·elles assimilent et peuvent ensuite transmettre à leur entourage. Pour un impact à plus long terme, les bénéficiaires élaborent également un plan d'action concret, répondant aux problèmes d'ordre psychologique (dépression, anxiété, SPT, et stress aigu) mais aussi pratique, notamment les difficultés liées à l'emploi, au logement ou aux conflits familiaux.

CAMEROUN : LES APPORTS DE LA FORMATION PM+

Fatou, jeune mère de deux enfants, souffrait d'anxiété intense. Grâce au protocole PM+, elle a identifié ses problèmes, selon elle liés à la séparation avec son mari, à ses revenus insuffisants et son incapacité à rejoindre l'armée. Elle a ensuite élaboré un plan d'action à l'aide des TPS pour s'informer sur les concours de la fonction publique, identifier les personnes ressources, reprendre le sport, démarrer une activité commerciale et favoriser le dialogue avec son ex-mari. Elle se prépare aujourd'hui pour passer les épreuves de recrutement dans l'armée, a mis de l'argent de côté grâce aux activités HIMO du projet RESILAC, et a renforcé les liens sociaux avec la famille du père de ses enfants.

Rapport d'expérience PM+, RESILAC, mai 2020

3.2 RENFORCEMENT DE LA COHÉSION SOCIALE

Davantage de bien-être permet aux bénéficiaires de reprendre confiance en eux·elles et de renouer des liens avec les membres de la communauté. L'écoute, l'échange, les techniques d'apaisement et les plans d'action les aident à surmonter leurs difficultés et à reprendre contrôle de leur vie. Certain·e·s partagent ces connaissances avec leur entourage, qui ne peut participer aux activités, et ont le sentiment de devenir des modèles au sein de leur communauté.

Ils·elles se sentent également **moins stigmatisé·e·s** grâce aux psychoéducations qui contribuent à changer la perception des souffrances psychologiques et des malades. Tout cela contribue à les rendre plus confiant·e·s et prêt·e·s à s'engager de nouveau dans les activités socio-culturelles du village.

Les rencontres régulières et le partage de vécus intimes ont également **renforcé le lien** entre les membres des groupes thérapeutiques, dont la composition est très hétérogène. Si la plupart des groupes ne mélangent pas les hommes et les femmes, par respect des mœurs traditionnelles, ils rassemblent cependant des personnes d'âges, ethnies et statuts sociaux différents. Cette stratégie de mise en œuvre a eu des effets sur la stabilisation des communautés au Nigéria, en aidant par exemple à la réintégration de certain·e·s « rescape·e·s » de Boko Haram. Au Tchad, ils ont permis de renforcer le dialogue entre les jeunes et les plus vieux sur des sujets comme le mariage, le travail ou la migration. Au Niger, dans le village de N'gagala, ils ont renforcé la cohésion entre la communauté hôte et les déplacé·e·s. Dans les quatre pays, de nombreux groupes continuent de se voir, même après le cycle d'intervention RESILAC.

NIGÉRIA : LES APPORTS DES GROUPES DE SOUTIEN

« J'ai été emmenée de force à Sambisa par Boko Haram, j'ai été mariée, mon premier mari a été tué (…). Après ma libération, j'étais heureuse d'être de retour en ville. Malheureusement, j'ai été stigmatisée, on m'appelait par différents noms dans ma communauté (…). Après être restée à la maison pendant des semaines, la vie était ennuyeuse, l'idée de retourner dans la brousse me trottait dans la tête. Après que ma mère m'ait présenté cette session, j'ai commencé à reprendre confiance en moi, j'ai choisi de ne plus retourner dans la brousse, et la stigmatisation a diminué dans la communauté. »

Bénéficiaire, groupe de soutien, Nigéria

3.3 CONTRIBUTION À L'ÉCONOMIE LOCALE

En ayant plus confiance en eux·elles et dans les autres, les bénéficiaires ont pu s'engager davantage dans l'économie locale, à travers des initiatives individuelles ou en groupes. Certain·e·s estiment que l'appui psychosocial a renforcé leur confiance en eux·elles, en l'avenir, et donc l'envie de s'investir dans des activités économiques sur le territoire.

Ils·elles ont parfois pu le faire grâce au projet RESILAC et bénéficié des activités du Pilier 2, notamment les travaux HIMO, afin d'épargner et d'investir dans des **activités génératrices de revenus (AGR)**.

Les bénéficiaires ont également créé des liens forts au sein des groupes de soutien, dont certains se sont transformés en **tontines**. Ces structures ont permis à leurs membres de couvrir un certain nombre de frais (visite médicale, mariage, funérailles) de façon ponctuelle et, plus rarement, d'investir dans des AGR (maraîchage, petits commerces). Certaines n'ont pas perduré par manque de fonds. Si des membres se reposent uniquement sur la tontine et aucune autre source de revenu, alors ils·elles ne peuvent contribuer à la somme commune et assurer la pérennité du système. D'autres bénéficiaires, une centaine rien qu'au Cameroun, se sont également regroupés en association villageoise d'épargne et de crédit (AVEC) et s'inspirent des conseils et méthodes utilisés par le Pilier 2 dans le cadre du projet.

3.4 RENFORCEMENT DE CAPACITÉS

Le projet permet de renforcer les capacités des TPS, des ASBC et des chefs communautaires afin de répondre au besoin de décentralisation des services de santé mentale dans la région. Au 30 septembre 2021, ils ont été 1 507 à bénéficier des formations PSP et PM+ dans les quatre pays d'intervention. Ils ont ainsi pu approfondir leurs connaissances des troubles mentaux et de leurs symptômes, mais aussi assurer un meilleur référencement des patient·e·s vers des structures de santé adaptées. Les ASBC formé·e·s au PM+ ont aussi pu améliorer leur prise en charge des malades grâce à des techniques de gestion de stress, d'apaisement, d'écoute et d'empathie. Enfin, cette formation semble appréciée des autorités locales qui la jugent innovante, adaptée aux problématiques des bénéficiaires et accessible aux acteur·rice·s sanitaires locaux.

> *Dans leurs consultations, parfois les ASBC ne peuvent rester que 2 à 5 minutes par patient. Maintenant, ils prennent le temps de faire un bon entretien pour savoir de quoi le patient souffre. Si c'est dans leur domaine d'intervention, ils le prennent en charge, et si c'est pas possible, pour des cas de psychoses ou d'épilepsie, ils le réfèrent au centre de santé.*
>
> **Responsable Pilier 1.2, Niger**

Dans le cadre du soutien psychosocial en groupe, les **TPS** recruté·e·s renforcent également leurs capacités en termes d'écoute, d'identification des troubles mentaux et de gestion des données. De fait, s'entretenir avec le·la patient·e et recueillir des informations sur son état requièrent le respect de certaines notions : neutralité, impartialité, confidentialité, notion de consentement éclairé, etc. Les TPS sont aussi plus à même d'animer des groupes thérapeutiques ou formations PSP, compétences qu'ils·elles pourront ensuite ré-utiliser dans le cadre d'autres projets dans la région. Dans l'ensemble, ils·elles bénéficient d'une forte légitimité auprès de la population et lui apportent un soutien psychologique solide.

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

4. LEÇONS APPRISES

4.1 CIBLAGE

Des contraintes au niveau culturel, sécuritaire et opérationnel ont parfois entravé un ciblage pertinent des bénéficiaires et zones d'intervention du projet. Pour les groupes de soutien, les bénéficiaires sont identifié·e·s durant les séances de psychoéducation. Organisées à l'aide des autorités locales, elles rassemblent les chefs communautaires et la population dans l'objectif d'introduire les activités RESILAC, de cibler les potentiels bénéficiaires, mais aussi de sensibiliser aux troubles mentaux et à leurs symptômes. Souvent tenues à l'extérieur, les acteur·rice·s du projet contrôlent difficilement le nombre de participant·e·s à ces réunions (jusqu'à 50 personnes contre 30 prévues initialement). Les profils peuvent donc être variés et ne correspondent pas toujours à la cible du projet, lorsqu'ils ne rentrent pas dans la tranche d'âge 18-35 ans par exemple, ou ne sont pas en état de détresse psychologique. Cela peut créer des frustrations au sein de la communauté et une confusion quant aux critères de sélection de l'équipe RESILAC.

> *RESILAC pense que les vieux n'ont pas de problèmes psychologiques et ne peuvent pas participer au développement économique.*
>
> **Bénéficiaire groupe de soutien, Tchad**

Des contraintes sécuritaires ont parfois entravé un ciblage pertinent des **zones d'intervention.** Si le projet opère au cœur de la crise au Tchad, au Niger et au Nigéria, son action reste limitée dans certaines localités de l'Extrême-Nord du Cameroun. À titre d'exemple, le département du Logone et Chari - proche du lac - a des besoins extrêmement importants en termes de santé mentale et n'est pas couvert par le projet.

4.2 RENFORCEMENT DE CAPACITÉS

Le renforcement de capacités est plus efficace et pérenne lorsque les formations s'adaptent au contexte culturel, s'accompagnent d'un enseignement pratique et d'un suivi continu, et s'intègrent dans la stratégie sanitaire locale. Quelques ASBC jugeaient certains outils de la formation PM+ inadaptés au contexte culturel, notamment les échelles psychométriques utilisées pour évaluer l'état psychologique du·de la patient·e à travers une série de questions.

Elles étaient parfois trop longues, difficiles à traduire en langue locale, et abordaient des sujets trop sensibles pour le·la patient·e (le sexe, l'hygiène etc.). Par ailleurs, la formation PM+ se faisait principalement en français alors que certain·e·s ASBC parlaient uniquement en langue locale, ce qui nécessitait la présence des TPS pour aider le RP à traduire certains modules.

Un **enseignement pratique** a également permis de renforcer les compétences des ASBC. Les six jours de formation théorique au protocole PM+ sont complétés par des séances de supervision durant lesquelles les ASBC échangent sur des cas pratiques rencontrés sur le terrain, et les difficultés à mettre en œuvre le protocole.

Enfin, le projet assure également un **suivi hebdomadaire** de l'ensemble des TPS chargés de l'appui psychosocial sur le terrain. Certain·e·s faisaient face à des profils psychologiques lourds et des séances difficiles. D'autres animaient des groupes de soutien très hétérogènes, ce qui demandait une forte capacité d'écoute et de diplomatie, afin d'assurer la cohésion au sein des participant·e·s, et l'échange entre tous malgré les différences d'âge, d'ethnie ou de statut social. Ces séances de suivi permettent de veiller à la santé mentale des TPS qui, dans ces zones d'intervention, peuvent avoir vécu des traumas similaires à ceux de leurs patient·e·s.

Formation SMSPS, Cameroun © RESILAC

> *Un des TPS nous a raconté que lors de la troisième séance, il a été bloqué et il ne pouvait plus continuer d'animer la séance, il a fallu que l'autre TPS finisse la session. Des fois, il fait des cauchemars par rapport à ce que les bénéficiaires lui racontent.*
>
> **Responsable Pilier 1.2, Tchad**

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Enfin, pour faciliter l'organisation de la formation PM+ et garantir son impact durable, il est important d'inscrire sa mise en œuvre dans la **stratégie sanitaire locale**. Chaque intervention débutait avec une rencontre des autorités locales afin qu'elles soutiennent l'organisation de la formation et s'engagent pour une mise en œuvre durable du protocole PM+. Cette rencontre permettait également de clarifier la stratégie de l'activité. À travers la formation PM+, l'objectif est d'intégrer les soins psychosociaux dans les soins primaires de santé, accessibles dans tout type de centre sanitaire, indépendamment de l'existence d'unités spécifiques en santé mentale. Le projet n'a donc pas vocation à assurer la pérennité du protocole PM+ par la construction de nouvelles unités, comme peuvent parfois le suggérer les autorités locales.

Par ailleurs, le manque de ressources humaines disponibles dans le domaine psychosocial ralentit parfois la mise en œuvre des activités, comme au Nigéria par exemple. Le protocole PM+ est une pratique innovante dans les communes d'intervention. Cela nécessite une formation approfondie des intervenant·e·s au sein de l'équipe RESILAC, idéalement en personne, ce qui n'est pas toujours possible au vu de la situation sécuritaire.

4.3 COOPÉRATION AVEC LES ACTEURS EXTERNES

Une bonne coopération avec les autorités locales, les acteurs traditionnels et les organisations internationales peut renforcer l'adhésion des bénéficiaires au projet, l'offre de soins qui leur est proposée et son impact durable. Dans les quatre pays, les **autorités sanitaires locales** ont soutenu la mise en place des groupes de soutien. Elles ont facilité l'organisation des psychoéducations, la venue des chefs communautaires, et sensibilisé les populations locales encore peu familières avec l'appui psychosocial dans la région. Pour le protocole PM+, elles ont soutenu l'organisation des formations : mise en contact avec les centres de santé, aide à la sélection des participant·e·s, mise à disposition de lieux de formation, etc. Au Niger, elles ont particulièrement apprécié l'aspect innovant du protocole, mis en œuvre pour la première fois dans la région de Diffa. Au Cameroun, les districts de santé bénéficiant des formations PM+ ont signé un accord avec la Délégation Régionale de la Santé Publique de l'Extrême-Nord pour assurer la mise en œuvre effective du protocole sur la zone.

La coopération avec les **acteurs traditionnels** de la médecine locale (imams, marabouts, guérisseurs) a été moindre. S'ils ont parfois participé aux séances de psychoéducation et formations PSP, ils n'ont pas été sollicités pour soutenir ou conseiller la mise en œuvre des activités. L'équipe SMSPS s'accorde cependant sur le rôle majeur qu'ils occupent dans le parcours de soin du patient, et interroge la possibilité et les bienfaits d'une meilleure coopération. Cela pourrait renforcer l'adhésion des bénéficiaires à l'appui psychosocial, en intégrant des acteurs proches du malade et des pratiques respectueuses de ses coutumes (cf. section 2.2). Cela pourrait aussi renforcer l'offre de soins qui, usant de pratiques modernes et traditionnelles, pour-

rait davantage s'adapter aux besoins du/de la malade. Cela s'est vu dans certaines communautés, comme à Chetimari au Niger, où la sensibilisation des acteurs traditionnels aux symptômes d'épilepsie a permis de référencer un grand nombre de malades vers les centres de santé.

> *Dans le cadre d'un autre projet, je travaillais dans la commune de Chetimari, c'est la région qui a le plus de cas d'épilepsie. Certains allaient jusqu'au Nigéria pour être guéris par des marabouts mais jusque-là, la maladie persistait. On est ensuite intervenus dans les centres de santé, et grâce à un traitement médicamenté, les malades pouvaient rester stables plusieurs mois avec une prise en charge continue. On a beaucoup sensibilisé la commune et les acteurs traditionnels sur les symptômes de l'épilepsie, et maintenant les gens peuvent envoyer les malades directement au centre.*
>
> **Responsable Pilier 1.2, Niger**

Le projet RESILAC a commencé à travailler sur cette approche au Niger, dans le village de Dosso. Fin 2021, l'équipe SMSPS a mené un voyage d'étude pour s'informer sur la médecine traditionnelle, et formé 180 guérisseurs sur les maladies mentales et leurs symptômes. De même, au Nigéria, l'équipe a organisé début 2022 une table ronde avec 20 différents acteurs de la médecine traditionnelle, dont certains recevront une formation sur les maladies mentales qu'ils pourront ensuite transmettre au sein de leur communauté. Dans le même temps, certaines pratiques traditionnelles peuvent aussi faciliter le travail de la médecine moderne pour libérer la parole du·de la patient·e ou l'apaiser. Au Niger, une pratique consiste par exemple à demander au·à la patiente de parler dans une bouteille vide et de cracher dedans dès qu'un élément douloureux

Forum santé mentale, Cameroun © RESILAC

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

émerge du discours. Le praticien bouche ensuite la bouteille pour symboliser la disparition de l'évènement révélé de la mémoire du sujet. La pratique est ensuite suivie d'incantations et autres procédés rituels dont la fonction symbolique est d'affaiblir la souffrance[10].

Un manque de coopération avec les **acteurs internationaux** peut limiter un ciblage pertinent des zones d'intervention et l'impact durable du projet. Au Niger par exemple, le projet intervient dans les départements de Diffa, Bosso et Nguigmi, où se concentrent déjà la plupart des acteurs humanitaires, et non à Goudamaria où l'action des ONG reste très limitée. Au Cameroun, RESILAC intervient dans l'Extrême-Nord, mais peu dans la zone du Logone et Chari. Plus de coopération avec les acteurs externes permettrait également de renforcer l'appui psychosocial du RESILAC et son impact durable. Cela permettrait davantage d'échanges sur les défis et bonnes pratiques dans la mise en œuvre des activités, et sur les messages de plaidoyer à faire passer aux autorités. L'effort a déjà commencé au Cameroun où l'équipe SMSPS a organisé un forum de la santé mentale le 15 décembre 2021, réunissant les principaux acteurs du domaine de la région. Chacun a pu présenter ses résultats, se rencontrer, et créer ensemble un livret compilant dix messages de plaidoyer sur la santé mentale à porter au niveau national.

4.4 PRISE EN CHARGE

La prise en charge des bénéficiaires à travers le protocole PM+ et les thérapies de groupe doit pouvoir s'adapter au contexte culturel, économique et sécuritaire des zones d'intervention. Au Tchad et au Niger par exemple, afin de respecter les mœurs locales et de permettre aux femmes de s'exprimer librement, les groupes de soutien n'étaient pas mixtes. À l'inverse, au Cameroun, les participant·e·s ont apprécié la mixité des groupes et perçu cela comme un facteur de cohésion sociale alors qu'ils·elles étaient réticent·e·s au début.

> *Être dans ce groupe et écouter les autres femmes m'a permis de prendre conscience de la souffrance inconsciente que je faisais aussi subir à ma femme et je vais changer.*
>
> **Bénéficiaire, groupe de soutien, Cameroun**

10 - Pour plus de détails, voir le rapport « La prise en charge des souffrances psychiques dans le bassin du lac Tchad », Groupe URD, 2021.

L'appui psychosocial doit aussi tenir compte du contexte économique et sécuritaire afin d'être adapté aux besoins des bénéficiaires. Beaucoup ont donc souligné l'importance de l'inter-Piliers qui assure la complémentarité entre les activités visant à apaiser la souffrance mentale et identifier ses causes (Pilier 1.2) et celles permettant de renforcer les moyens de subsistance et de limiter l'impact de la précarité sur l'état psychologique (Pilier 2). La majorité des bénéficiaires ont également apprécié le protocole PM+ qui suit cette approche et traite les problèmes d'ordre à la fois psychologique et pratique. On remarque cependant que, dans certaines zones d'intervention plus stables comme au Cameroun, l'adhésion est moins forte. Les bénéficiaires sélectionné·e·s en fonction de leur détresse psychologique souffraient davantage de facteurs de vulnérabilité tels que les VBG ou les conflits familiaux, que de symptômes de SPT. Bien que le protocole PM+ s'adresse également à ces profils, certain·e·s jeunes jugeaient parfois l'appui psychosocial trop long et peu efficace pour répondre à leurs besoins prioritaires, essentiellement économiques.

Sensibilisation sur les chantiers HIMO, Cameroun © RESILAC

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

4.5 INTER-PILIERS

L'inter-Piliers a permis de renforcer l'adhésion des bénéficiaires à l'appui psychosocial et d'offrir une aide adaptée à leurs besoins. Cependant, il soulève de nombreux défis au niveau opérationnel dans le ciblage et la mise en œuvre des activités. Dans le cadre de l'approche multi-dimensionnelle du projet RESILAC, la santé mentale ne se limite pas à l'appui psychosocial, mais repose aussi sur d'autres facteurs socio-économiques pouvant influer sur l'état psychologique du bénéficiaire. Cependant, les défis dans le ciblage et le déroulement des activités ont parfois entravé une mise en œuvre optimale de l'inter-Piliers, en particulier avec le Pilier 2. Le plus souvent, les activités SMSPS commençaient après celles de redressement économique, ce qui pouvait entraver un ciblage pertinent des bénéficiaires et des **zones d'intervention** pour le Pilier 1.2, et le bon déroulement de ses activités. Au Cameroun, certains villages ont été choisis pour leur proximité avec les chantiers HIMO, et non au regard des critères initialement prévus par l'équipe SMSPS (présence de réfugié·e·s ou de déplacé·e·s, conflits inter- ou intra-communautaires, etc.) afin de privilégier l'approche globale de RESILAC.

Le ciblage des **bénéficiaires** a également constitué un défi dans les quatre pays d'intervention. Si les activités du Pilier 2 ont commencé bien avant celles du Pilier 1.2, aucun bénéficiaire de l'appui psychosocial n'a pu accéder aux chantiers HIMO qui étaient déjà achevés. Et si elles étaient mises en œuvre simultanément, le nombre de bénéficiaires des chantiers HIMO excédait largement celui prévu par l'équipe SMSPS qui ne pouvait dès lors pas offrir l'appui psychosocial à tous ceux qui le souhaitaient. Au Tchad par exemple, dans le premier cycle d'intervention, seuls 30 % des jeunes des chantiers HIMO en ont bénéficié. Au Niger en revanche, au 31 décembre 2021, sur les 900 jeunes présent·e·s dans les chantiers HIMO, 671 ont bénéficié de la prise en charge PM+, ce qui témoigne d'une amélioration de l'inter-Piliers au cours du projet.

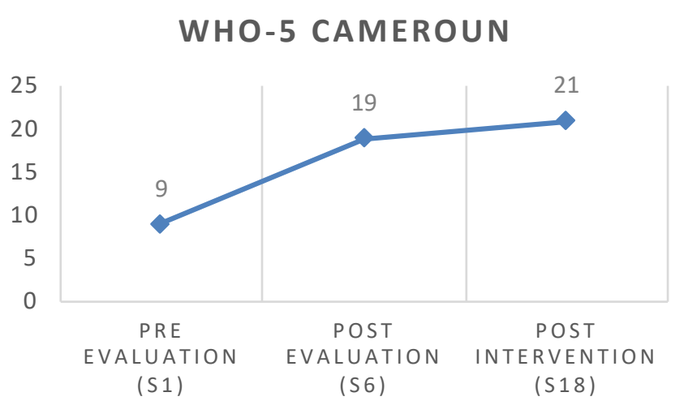
Concernant la **mise en œuvre des activités**, l'étroite collaboration entre les équipes des Piliers 1.2 et 2 est nécessaire. Celles-ci peuvent se partager les plannings des chantiers HIMO et des séances d'appui psychosocial afin de s'assurer de la disponibilité des bénéficiaires et de justifier leur absence si besoin. Cela était parfois difficile lorsque les équipes ne faisaient pas parties des mêmes organisations, comme au Niger par exemple, où les activités SMSPS étaient mises en œuvre par ACF et certaines activités du Pilier 2 par CARE.

4.6 SUIVI DES EFFETS DE LA SMSPS

Les évaluations post-intervention permettent de rendre partiellement compte des effets de l'appui psychosocial. Elles sont proposées trois mois après la fin des activités et consistent à rencontrer les ancien·ne·s bénéficiaires pour évaluer leur état de bien-être à travers différents outils. Les échelles psychométriques, utilisées

avant et après l'intervention, tentent de mesurer l'évolution de l'état du bénéficiaire. Les entretiens individuels et les groupes de discussion permettent de compléter ces données en recueillant des informations plus qualitatives. Ces évaluations sont à l'initiative du Pilier 1.2 et les équipes travaillent à renforcer leur méthodologie. Elles donnent néanmoins un aperçu des résultats de l'intervention : renforcement de la cohésion sociale suite aux activités SMSPS, de l'amélioration du bien-être chez les individus et de la pérennité des acquis en soins PSP.

Résultats de l'échelle psychométrique WHO-5, Cameroun, 2021



Le graphe ci-dessus montre les résultats d'une évaluation faite auprès de 211 bénéficiaires de la commune de Mindif et Dargala (au Cameroun) en 2019, à travers l'échelle internationale WHO-5 développée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Cette échelle permet de mesurer l'état de bien-être subjectif d'une personne, c'est-à-dire la perception de chacun.e sur son propre état de bien-être à travers **5 questions** :

1. Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur
2. Je me suis senti(e) calme et tranquille
3. Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)
4. Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et disposé(e)
5. Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes

Chaque phrase propose **5 « réponses »** dont on additionne les points pour ensuite obtenir un score final global compris entre 0 et 25.

- Tout le temps (5)
- La plupart du temps (4)
- Plus de la moitié du temps (3)
- Moins de la moitié du temps (2)
- De temps en temps (1)
- Jamais (0)

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Le graphe montre l'évolution des scores de l'échelle WHO-5 au début de l'intervention (Semaine 1), à la fin (Semaine 6), et trois mois après (Semaine 18).

Cependant, ces évaluations soulèvent des questions au niveau méthodologique et opérationnel qui peuvent limiter leur mise en œuvre sur le terrain. Mesurer de manière quantitative l'état de bien-être d'un individu est une opération complexe, et les équipes RESILAC sont conscientes des limites imposées par les échelles psychométriques. En effet, celles-ci ne tiennent pas compte des facteurs externes (sociaux, économiques, etc.) qui peuvent également influer sur l'état de l'individu, et l'outil lui-même, malgré les efforts des équipes RESILAC pour l'adapter au contexte culturel, n'est pas toujours accessible aux bénéficiaires (questions trop nombreuses, difficiles à traduire en langue locale, etc.). Pour mesurer l'impact des interventions de façon plus approfondie, les équipes adoptent alors une approche d'évaluation plus qualitative à travers des entretiens et des groupes de discussion.

En outre, réfléchir à des outils d'évaluation adaptés et efficaces puis réaliser une évaluation complète demandent du temps et une expertise que n'ont pas toujours les équipes sur le terrain. Il s'agit d'abord d'identifier les anciens ancien·ne·s participant·e·s, ce qui peut être difficile à certaines périodes de l'année (saison des pluies, période de travaux champêtres, etc.) et compte tenu du nombre de bénéficiaires parfois supérieur à 200 par cycle de 6 semaines. Il faut ensuite animer l'échange à l'aide de différents outils : les échelles psychométriques pour recueillir des données quantitatives, mais aussi des questions pour animer les « focus groups » et les entretiens qui permettront d'approfondir l'échange. Ces outils doivent être traduits, pensés et adaptés aux différents contextes locaux, tout cela en amont de l'évaluation. Or, tout ce travail qualitatif des évaluations de post-intervention n'est pas contractuel bien qu'il recquiert parfois du temps et des ressources humaines additionnelles. Résultat : les données post-intervention peuvent être inégales d'un pays à l'autre, et varier selon le temps, les moyens et les compétences des équipes sur le terrain.

5. RECOMMANDATIONS

MISE EN ŒUVRE

1) Sensibiliser les populations à la santé mentale et l'appui psychosocial en amont de la mise en œuvre des activités :

- Sensibiliser les **populations locales** à la santé mentale tout en normalisant les troubles psychologiques et en déstigmatisant les malades.
- Introduire les **activités SMSPS** de RESILAC, l'impact qu'elles ont sur le redressement économique, et les activités du projet dans ce domaine.
- Expliquer les **critères** de sélection des bénéficiaires du projet pendant les sensibilisations, afin d'éviter de potentielles tensions au sein de la communauté.
- Proposer une **alternative** aux bénéficiaires qui ne répondent pas à ces critères, et renforcer la synergie avec les activités de cohésion sociale qui contribuent également à renforcer le bien-être.

2) Adapter la prise en charge et les formations au contexte culturel :

- S'assurer de la **traduction des outils thérapeutiques** en langue locale, notamment les questionnaires utilisés pour rendre compte de l'état psychologique des patient·e·s.
- Utiliser des **techniques d'animation et des outils** adaptés au contexte culturel, afin de ne pas heurter les coutumes locales (en lien avec le genre ou la religion, par exemple) et, au contraire, les intégrer pour faciliter l'animation.
- Créer un **groupe de travail** rassemblant des psychiatres, des psychologues, des travailleur·euse·s psychosociaux·ales, des tradithérapeutes, des représentant·e·s des autorités locales, des personnes souffrantes et leurs proches, pourrait aider à adapter les protocoles de l'OMS (type PM+, échelles) au contexte local[11].

3) Renforcer la coopération avec les acteurs traditionnels, en particulier ceux de la médecine (marabouts, imams, guérisseurs). Cela peut aider à renforcer l'adhésion des bénéficiaires aux activités SMSPS, l'offre de soins qui leur est proposée et leur résilience grâce à un appui psychosocial durable reposant sur des mécanismes endogènes de prise en charge, et non sur les acteurs externes du projet :

11 - Pour plus de détails, voir le rapport « La prise en charge des souffrances psychiques dans le bassin du lac Tchad », Groupe URD, 2022.

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

- Réaliser une **cartographie des thérapeutes traditionnels** et identifier les pratiques communes aux médecines conventionnelle et traditionnelle, et adapter les protocoles de prise en charge en fonction de ces similitudes.
- Proposer des **formations aux acteurs traditionnels** sur les troubles mentaux et leurs symptômes, pour qu'ils puissent si besoin référencer les malades vers la médecine moderne, et sensibiliser les populations sur les maladies mentales (voir l'impact des formations au Niger où le projet commence à adopter cette approche).
- En prenant exemple sur d'autres pays (Togo et Bénin par exemple), **systématiser la collaboration avec les thérapeutes traditionnels** dans les trajectoires de soins des personnes souffrantes. Une recherche-action menée en 2015-2017 au Niger sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans la prise en charge psychosociale avait établi une procédure de référencement et de suivi entre tradithérapeutes et structures spécialisées dans la santé mentale. Cette expérience pourrait être évaluée et éventuellement répliquée[12].

4) Garantir la participation des populations dans les activités conçues pour elles :

- Réaliser des **diagnostics initiaux systématiques** en amont de la conception des activités de prise en charge psychosociale. Idéalement, ces diagnostics devraient être pluridisciplinaires (psychologues, socio-anthropologues, etc.).
- **Recenser les organisations locales et les associations communautaires** (groupements de femmes, associations de jeunes, de responsables religieux, etc.) investies dans la prise en charge des troubles mentaux afin d'évaluer les opportunités de collaboration et garantir un financement durable de leurs activités[13].

5) Renforcer le suivi des effets de l'appui psychosocial :

- Renforcer le suivi des **effets attendus** de l'appui psychosocial en planifiant en amont du projet le temps et les ressources humaines nécessaires, et clarifier avec le bailleur les modalités contractuelles à ce sujet.
- Renforcer le suivi des effets **non attendus,** notamment concernant les groupes thérapeutiques. Certains ont continué de se retrouver après la fin des activités mais demandent le soutien du projet pour créer ou trouver un lieu de rencontre.

12 - Pour plus de détails, voir le rapport « La prise en charge des souffrances psychiques dans le bassin du lac Tchad », Groupe URD, 2022.

13 - Ibid.

PLAIDOYER

1) Insister auprès des bailleurs et des autorités locales sur l'importance de l'appui psychosocial dans l'approche intégrée RESILAC pour répondre aux besoins multiples des bénéficiaires de manière durable :

- Souligner l'importance de l'appui psychosocial, y compris dans les **zones d'urgence,** pour renforcer la **résilience** des individus et des communautés de manière durable.

- Souligner l'importance **des approches multi-sectorielles** et l'impact de l'appui psychosocial sur le redressement économique. Les bénéficiaires sont plus confiant·e·s, solidaires et optimistes, et s'engagent ainsi davantage dans la formation des AVEC et dans leurs micro-projets.

2) Valoriser auprès des autorités l'impact du renforcement de capacités des ABSC pour assurer la pérennité des activités :

- Continuer les activités de plaidoyer avec les autorités locales et les acteurs clés de la santé (invitations au forum de la santé mentale, réunions bilatérales) afin de présenter les formations, leurs **résultats** et l'intérêt de les pérenniser.

3) Insister auprès des bailleurs et des autres acteurs de développement sur l'importance de mieux coopérer avec les acteurs traditionnels :

- Souligner l'importance d'intégrer les acteurs de la médecine traditionnelle dans la conception et la mise en œuvre des activités SMSPS pour :

  > renforcer **l'adhésion** des bénéficiaires aux activités ;

  > renforcer **l'offre de soins** proposée et montrer que des souffrances variées peuvent être soulagées par des approches tout aussi variées et complémentaires ;

  > renforcer leur **résilience** grâce à un appui psychosocial ne reposant pas uniquement sur les acteurs RESILAC mais sur des mécanismes endogènes de prise en charge.

RAPPORT DE CAPITALISATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

4) Insister auprès des acteurs internationaux sur l'importance de mieux collaborer entre eux :

- Souligner l'importance de communiquer sur les **zones d'intervention** afin d'éviter la concentration de l'aide humanitaire dans certaines régions.

- Souligner l'importance d'échanger sur les bonnes pratiques et les défis dans la mise en œuvre des activités SMSPS à travers l'organisation de forums. Ceux organisés par RESILAC au Cameroun et au Niger ont été très appréciés par les différents acteurs présents (ONG, autorités locales, nationales, associations, etc.). Ils ont permis d'échanger, d'apprendre, mais aussi de s'accorder sur les **messages de plaidoyer** à porter au niveau national.

RESILAC*

*REDRESSEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL INCLUSIF DU LAC TCHAD

Pour plus d'information sur le projet RESILAC,
veuillez contacter Hélène Ronceray,
Coordinatrice Régionale
coordoreg@resilac-actioncontrelafaim.org

Pour obtenir des informations supplémentaires sur les enquêtes, évaluation et études RESILAC,
veuillez contacter Pamela Londono,
Référente Connaissances et Apprentissage
refpilier1-2@resilac-actioncontrelafaim.org

www.resilac.net

Cofinancé par l'Union européenne
et l'Agence Française de Développement

Membres du Consortium régional RESILAC

Cette publication a été produite avec le soutien financier de l'Union européenne et de l'Agence Française de Développement. Son contenu relève de la seule responsabilité du Groupe URD et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Union européenne ni de l'Agence Française de Développement.

Crédits photos : ©2022. RESILAC. Tous droits réservés.
Licence octroyée à l'Union européenne sous conditions.