
Méthodologie de conduite d'une étude de cas pour Suivre et Évaluer les Programmes de Santé Mentale Communautaire dans les pays à faible revenu

Projet d'études de cas
LONDON SCHOOL of HYGIENE & TROPICAL MEDICINE



Alex Cohen¹
Julian Eaton²
Birgit Radtke²
Victoria De Menil³
Sudipto Chatterjee⁴
Mary De Silva¹
Vikram Patel¹

Mai 2012

1. Introduction

1.1. La collection publiée par *The Lancet* sur la santé mentale dans le monde,¹⁻⁶ la collection publiée par *PLoS Medicine* sur l'ensemble des mesures de soins,⁷⁻¹³ et la publication du Guide d'Intervention mhGAP¹⁴ fournissent des preuves substantielles de l'efficacité des interventions pharmacologiques et psychosociales visant à traiter les troubles mentaux, neurologiques et les troubles résultant de l'abus de stupéfiants dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI). Toutefois, ces preuves viennent généralement de la recherche dont les résultats ne sont pas facilement traduits en pratique clinique.¹⁵⁻¹⁷ Au même moment, il y a un manque évident de preuves sur la façon dont les soins peuvent être prodigués avec efficacité dans les contextes communautaires habituels ou dans le cadre de soins de santé primaires dans les milieux à revenus faibles.^{18,19} La documentation et l'évaluation des stratégies qui ont été utilisées pour mettre en œuvre les services de santé mentale – et particulièrement ceux qui s'appuient sur des agents de santé non-spécialistes ou des personnes profanes – constituent une tâche essentielle pour le domaine de la santé mentale sur le plan mondial.²⁰ Les études de cas (**voir 1.2**) sont particulièrement appropriées pour entreprendre cette tâche dans les PRITI parce qu'elles : a) Peuvent être menées dans les programmes de santé mentale communautaires qui sont déjà en place et où des essais cliniques ne sont pas possibles, éthiques ou abordables ; et, b) Ne nécessitent pas d'importantes ressources ou des montants considérables en matière de financement.

1.2. **Définition** : Une étude de cas est un compte rendu détaillé d'un phénomène en cours qui suscite un intérêt. Elle peut concerner des individus, des institutions, des événements ou des processus.^{21,22} L'étude de cas se distingue des autres approches de recherches de deux manières. D'abord, la méthodologie d'étude de cas examine les phénomènes à

¹ London School of Hygiene & Tropical Medicine

² CBM International

³ Department of Social Policy, London School of Economics

⁴ Sangath, Goa, India

mesure qu'ils se produisent ou tels qu'ils existent dans des contextes réels. Plutôt que de tenter d'isoler, puis de mesurer les effets d'une variable indépendante par rapport aux résultats d'intérêt - comme dans les essais cliniques comparatifs randomisés - une étude de cas tente de comprendre comment et pourquoi le "désordre" des milieux locaux provoquent des résultats d'intérêt.²³ En second lieu, les études de cas se fondent sur des sources multiples de résultats qualitatifs et quantitatifs; par exemple, les enquêtes, les entrevues, les revues documentaires, l'observation et l'extraction de données à partir d'enregistrements.²² Ces sources multiples permettent d'effectuer une triangulation des résultats cliniques et scientifiques à mesure que l'on tente d'obtenir une compréhension effective du phénomène à l'étude. En somme, une étude de cas fournit beaucoup plus d'informations détaillées que d'autres méthodes et permet d'offrir un compte rendu complet sur un phénomène, et sous différentes perspectives, en centrant l'attention sur ce qui l'a provoqué. Elle donne également la possibilité de mettre en évidence, par exemple, le succès d'un projet ou d'attirer l'attention sur un enjeu ou sur une difficulté particulière.

1.3. Quand une étude de cas est-elle appropriée ? Des études de cas conviennent particulièrement aux programmes de santé qui sont déjà en place et où des essais cliniques ne sont pas possibles, éthiques ou accessibles. Ce peut être une technique particulièrement utile pour évaluer des programmes qui ont un large spectre d'activités, y compris des activités sociales et de développement, dont les résultats échappent à certaines mesures officielles standard utilisées dans l'évaluation en matière de soins de santé. La méthode est d'un grand intérêt pour la santé publique en raison de la difficulté à traduire les résultats de la recherche en pratique clinique dans les contextes ordinaires.^{15,16}

1.4. Quel est l'objectif d'une étude de cas ? Effectuer une étude de cas est une méthode pour étudier comment un ensemble de mesures de soins a été mis en œuvre, dans quelle mesure a-t-il atteint ses objectifs fixés et pourquoi a-t-il réussi ou non. Une telle connaissance est essentielle lorsqu'on tente d'améliorer ou de reformer les services existants ou de les mettre à l'échelle d'une grande population.

1.5. Des études de cas peuvent être utilisées pour :

- Définir les modèles et les stratégies utilisés par des programmes ;
- Décrire l'utilisation des ressources ;
- Évaluer l'efficacité ;
- Orienter des démarches d'amélioration de la qualité ;
- Relever les forces et les faiblesses des programmes ;
- Identifier les questions qui nécessitent une enquête approfondie.

Ainsi, des études de cas doivent être considérées comme des dépôts de connaissances et d'expériences qui peuvent être utilisées pour comprendre comment des programmes de santé mentale communautaire dans les PRITI parviennent à fonctionner en dépit des nombreuses difficultés.^{2,4} À ce titre, une collection d'études de cas est une base de connaissances qui offre des leçons tirées des expériences faites dans beaucoup de contextes et qui peut être utilisée pour orienter le développement, l'amélioration de la qualité ou l'extension des services de santé mentale.

1.6. Limites des études de cas : Les forces des études de cas ont été décrites en termes de leur application réelle ; cependant l'existence de ces forces est directement liée à certaines

limites. Une étude de cas ne pourra certainement pas dire pourquoi un programme fonctionne ou ne fonctionne pas, puisque la découverte d'un lien causal nécessiterait des méthodes scientifiques plus structurées. L'étude de cas produit, cependant, des hypothèses, et peut donner d'importantes lignes d'instructions pour la recherche sur des questions de cause. En outre, les études de cas sont limitées par les normes de collecte de données du programme à l'étude. Si un programme ne mesure que les indicateurs de processus plutôt que des indicateurs de résultats, alors l'étude de cas ne pourra pas rendre compte de manière concluante de l'efficacité du traitement au sein d'un programme donné.

1.7. Le projet d'études de cas de la London School of Hygiene and Tropical Medicine a été créé en octobre 2008 dans le but de développer une méthodologie qui offrirait un processus de documentation, d'évaluation, et une comparaison systématiques des programmes de santé mentale communautaire dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI). Pour y arriver nous avons :

- Développé un ensemble de rubriques qui fournissent des informations qualitatives au sujet des historiques des programmes, des contextes dans lesquels ils fonctionnent, des stratégies qu'ils suivent pour assurer les services dans les contraintes liées aux ressources limitées et des interventions proposées ;
- Identifié un ensemble d'indicateurs d'efficacité au niveau du programme cible; par exemple, accessibilité des services, ressources humaines, approvisionnement en médicaments, gestion financière, stratégies de détection de cas, mise en place de réseaux d'orientation de bénéficiaires vers les services compétents, utilisation de protocoles et de directives pertinents, fourniture de médicaments, organisation de groupes d'entre-aide, programmes de moyens de subsistance et système d'information efficace ;
- Mené des visites sur les sites de programmes de santé mentale au Nigéria, au Ghana, au Timor-Oriental, aux Philippines et en Inde pour tester la méthodologie.
- Développé et expérimentons actuellement un outil simple de collecte de données et une base de données qui serviront de système de suivi et d'évaluation, et qui constitueront une composante essentielle de la méthodologie d'étude de cas.

2. Que faut-il évaluer ?

2.1. Nos expériences sur le terrain et la mise en œuvre pilote de la méthodologie ont indiqué que les domaines suivants sont d'une importance particulière lors d'une étude de cas visant à évaluer l'efficacité des programmes. Ces domaines ou les sujets spécifiques qu'ils comportent, ne doivent pas être considérés comme définitifs. Nous espérons qu'à mesure que la méthodologie est utilisée, d'autres personnes proposeront des changements ou fourniront des adaptations conçues pour des contextes ou programmes particuliers.

En collectant ces informations, il est important de considérer les questions de fond : Ce programme fonctionne-t-il ? Si oui, pourquoi ? Et si non, pourquoi ? Quels composants marchent et lesquels ne marchent pas et pourquoi ? Ainsi, en s'enquérant, par exemple, du contexte historique dans lequel le programme est né, on mène une enquête motivée par le désir de déterminer à quel point le programme peut être viable ou s'il peut y avoir des aspects dans la structure de la direction du programme qui influencent son efficacité.

2.1.1. Domaines d'intérêt⁵:

2.1.2. Contexte

Domaine 1 - Environnement dans lequel le programme fonctionne : Environnements physiques, socioculturels, socio-économiques et politiques

Domaine 2 - Système de santé dans lequel le programme fonctionne : Services de santé générale et mentale actuels, aussi bien que des sources non conventionnelles de soins, disponibles dans la zone d'implantation

2.1.3. Histoire

Domaine 3 - Historique du programme : « Quand, où, pourquoi, qu'est-ce qui, qui, et comment » le programme a été créé

2.1.4. Modèle du programme

Domaine 4 - Cadre conceptuel du programme : Orientation des services et attitude à l'égard de la pratique et de l'évaluation fondées sur des preuves

Domaine 5 - Implication dans des systèmes plus vaste : Travail dans les sphères politique et internationale

2.1.5. Organisation du programme

Domaine 6 - Ressources du programme : Ressources Humaines, transport, financements, autres

Domaine 7 - Gestion du programme : Structure organisationnelle, finances, sécurité ; plans d'amélioration et/ou de mise à échelle ?

2.1.6. Effectif des clients

Domaine 8 - Caractéristiques des clients : Catégories diagnostiques, données sociodémographiques, couverture en matière de traitement

Domaine 9 - Voies d'accès aux soins : Modèles de recherche d'aide, Détection de cas, réseaux d'orientation

2.1.7. Interventions

Domaine 10 - Interventions spécialisées : Diagnostic, traitements proposés, processus opérationnel, protocoles et directives, résultats, méthodes d'évaluation.

Domaine 11 - Médicaments

Domaine 12 - Interventions psychosociales : Interventions, prévention et promotion, protocoles et directives, résultats, méthodes d'évaluation

Domaine 12a - Groupes d'entraide et programmes de moyens de subsistance

Domaine 13 - Accessibilité des services : Emplacement, dispositions de transport, frais abordables, heures de service, services à domicile

2.1.8. Système d'information

Domaine 14 - Système d'information : Disponibilité relative des statistiques sur le nombre des clients actifs, leurs caractéristiques cliniques et sociales, leur utilisation des services et les résultats cliniques et fonctionnels.

⁵ Un éventuel domaine traitant de la perception que les clients et les familles ont des services n'a pas été inclus. Bien qu'il s'agisse de questions essentielles, c'est un domaine qui n'est pas facilement évalué. Une évaluation fiable et valide exigerait un projet de recherche séparé qui, par exemple, demanderait l'entrevue et/ou l'étude un groupe représentatif des clients passés et actuels, en veillant à inclure des clients présentant des troubles divers, aussi bien que ceux qui avaient coopéré ou non/n'ont pas maintenu le contact avec le service.

3. Collecte de données

En fonction des ressources qui sont disponibles pour l'étude de cas, quelques-unes ou toutes les méthodes discutées ci-dessous peuvent être utilisées pour collecter des informations sur les domaines.

3.1. Entrevues semi-structurées

Une grande partie des informations requises pour l'étude de cas sera collectée lors d'entrevues semi-structurées avec les administrateurs du programme, le personnel, et, si possible, les clients. La structure des entrevues doit être guidée par les domaines, mais pas strictement. Par exemple, un membre du personnel peut ne pas connaître l'histoire du programme mais peut fournir des informations détaillées au sujet des interventions spécialisées. Un autre membre du personnel peut être impliqué dans l'administration des programmes de moyens de subsistance (par exemple, la gestion des prêts) mais peut ne pas pouvoir fournir des informations au sujet de ce que les groupes d'entraide font lors de leurs réunions ou des activités collectives que le groupe peut exercer.

Les entrevues de groupe, par exemple, avec des membres des groupes d'entraide ou des clients, peuvent être un moyen précieux et efficace de collecter des informations au sujet des services spécifiques proposés par le programme.

Il est préférable, si possible, de collecter des informations sur le même sujet auprès de plusieurs personnes. De cette façon, le chercheur peut valider les informations, obtenir différentes perspectives au sujet d'un sujet, et combler les lacunes occasionnées par l'absence de détails.

Les entrevues doivent, autant que possible être enregistrées et transcrites plus tard puis.

3.2. Observation des participants

Le terme « observation des participants » est généralement défini par les anthropologues comme des recherches à long terme sur le terrain dans lesquelles un chercheur s'immerge dans un contexte socioculturel et essaye de le comprendre à partir de la perspective des personnes qui y vivent - le « point de vue indigène. »²⁴ Le terme est employé ici pour renvoyer aux travaux à court terme sur le terrain dans lesquels le chercheur visite et observe le programme en cours d'exécution. Ceci peut comprendre l'observation des rencontres cliniques, l'accompagnement du personnel lors des visites aux domiciles des clients, la participation à des séances de formation et la participation à des réunions des groupes d'entraide. En plus de l'observation, le chercheur aura des conversations avec le personnel, les clients et les familles. Ces conversations doivent être, autant que possible, enregistrées, bien que les conditions naturelles limitent, inévitablement, le point auquel ceci est possible. Le chercheur documente toutes ces activités en prenant des notes au sujet de tout ce qu'il a vu et entendu sur le terrain, aussi bien que ses réactions personnelles face aux expériences de terrain. Les notes prises sur le terrain doivent, dès que possible, être converties en comptes rendus détaillés de la visite sur site.

3.3. Études documentaires

Les chercheurs doivent rassembler autant de documents que possible au sujet du programme, puisque ceux-ci représentent une des principales sources de données quantitatives dans l'étude de cas. Certains programmes peuvent avoir publié leurs travaux dans des journaux. Des documents peuvent être obtenus auprès du bailleur de fonds du programme ou du programme lui-même (par exemple, les évaluations annuelles ou des publications thématiques). Souvent, les ONG qui gèrent des programmes publieront des informations sur Internet, bien que ce ne soit pas toujours à jour ou opportun.

Les renseignements bibliographiques sur tous les documents doivent être introduits dans une base de données bibliographique électronique. Si seules des copies sur papier des documents sont disponibles, les chercheurs doivent introduire des notes dans la base de données. Si les documents se présentent sous forme électronique, le chercheur doit convertir les documents en fichiers textes de sorte qu'ils puissent être facilement intégrés à l'analyse de données qualitative (voir ci-dessous).

3.4. Images photographiques

Les photos sont une puissante méthode de transmission des réalités : celles du contexte dans lequel les programmes fonctionnent, celles vécues par les clients et les familles qui reçoivent des services et enfin, celles du personnel qui fournit ces services. Au même moment, les photos peuvent violer la confidentialité si elles sont prises sans permission. Par conséquent, les chercheurs doivent chercher à utiliser des photos comme documentation dans le cadre d'études de cas mais seulement lorsque les sujets donnent la permission d'être pris en photo.

3.5. Classement des statistiques courantes

Si le programme dispose d'un système d'information opérationnel ou d'un fichier clients bien organisé et soigné, le chercheur doit consacrer du temps pour classer les informations. Les statistiques sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des clients, les interventions que chacun d'entre eux reçoit et les nombres de fois que chaque client accède aux services et aux traitements sont essentiels pour savoir si un programme est efficace.

3.6. Avant/après l'évaluation de cohortes de clients

Bien que la documentation des processus et la conclusion des statistiques routinières soient utiles à l'évaluation des programmes, ni l'un, ni l'autre type d'information ne peut remplacer l'évaluation des résultats cliniques, sociaux et fonctionnels des clients.²⁵ Par conséquent, et si les fonds et les ressources humaines nécessaires sont disponibles, une simple évaluation des cohortes de clients avant et après intervention est une méthode pouvant permettre d'évaluer l'efficacité d'un programme afin de mettre en œuvre les interventions qui provoquent des améliorations des statuts cliniques, sociaux et fonctionnels des clients. En bref, ce processus évaluera tous les nouveaux clients à une période donnée et puis réévaluera chaque client à des intervalles spécifiques après l'inscription. Par exemple, après l'inscription d'un client, il sera évalué six mois plus tard et puis 12 mois après l'inscription. Après que tous les clients aient bouclé un an de traitement, les données rassemblées au cours des évaluations seront analysées pour déterminer si, en moyenne, les statuts cliniques, sociaux et fonctionnels des clients se sont améliorés.

4. Analyse

Les données qualitatives obtenues à partir des entrevues et de l'observation des participants, en supposant qu'elles sont en fichiers de logiciel de traitement de texte, peuvent être analysées à l'aide de logiciels d'analyse de données qualitatives désormais disponibles. Les domaines d'intérêt doivent servir de cadre de base à l'analyse. Si la majeure partie des preuves documentaires est en fichiers informatiques, alors elles peuvent également être analysées de la même manière.

Des ordinateurs et un logiciel ne sont pas nécessaires pour réaliser les analyses. Si seules des copies sur papier des transcriptions des entrevues, des comptes rendus détaillés des observations des participants et d'autres documents sont disponibles, on peut insérer des numéros de domaines dans les marges à côté des informations importantes. Par exemple, si un document contient un ou plusieurs paragraphes relatifs au système de santé dans lequel fonctionne le programme, le chercheur peut écrire **2.1** à côté des informations sur le système en général, **2.2** à côté des informations sur d'autres services de santé mentale et **2.3** à côté des informations sur des sources non conventionnelles de soins. Après avoir fait cela, la tâche de classement des informations sur chacun des domaines devrait être assez simple.

Quelle que soit la méthode utilisée pour analyser les données qualitatives, les objectifs sont : 1) Collationner les informations sur chacun des domaines ; et, 2) Fournir des éléments pour réaliser une **synthèse** (voir **4.1**). Le second objectif sera atteint, au moins en partie, par l'identification des thèmes qui reviennent dans des domaines individuels et de manière transversale sur plusieurs domaines, par la découverte des événements clés qui ont fait du programme ce qu'il est et par la reconnaissance des stratégies qui ont été utilisées pour aplanir les difficultés.

L'analyse des données quantitatives dépendra de la qualité et de la portée des données rassemblées. D'habitude, elle sera utilisée à des fins descriptives; ainsi, une analyse simple des fréquences et des tableaux croisés suffiront.

4.1. Synthèse

Après que toutes les preuves aient été organisées et que les informations sur chaque domaine aient été fournies dans les **tableaux des domaines**, le chercheur doit créer une **chronologie** des principaux événements et **des importantes réalisations** du programme. En outre, la recherche doit réaliser une **analyse FFPM**, c'est à dire, une analyse des rapports impliquant les **forces** et **faiblesses** du programme, les **possibilités** qui existent pour une amélioration et/ou une extension, **les menaces** contre le programme, les **leçons** apprises lors des expériences du programme et les sujets qui nécessitent **une recherche plus ciblée**.

5. Éthique

Les informateurs - le personnel du programme, les clients et les familles - doivent être certains que les informations fournies au chercheur seront utilisées sans que leurs identités ne soient révélées. Par conséquent, avant que l'étude de cas ne soit lancée, les personnes et les organisations qui entreprennent l'étude doivent solliciter l'approbation morale d'un Comité Institutionnel d'Évaluation compétent.

6. Options pour effectuer l'étude de cas

6.1. Évaluateur externe

Dans cette option, l'étude de cas est effectuée par un évaluateur qui n'est pas lié au programme à l'étude. L'évaluateur pourrait provenir d'une institution académique, d'une agence intergouvernementale (par exemple, l'Organisation Mondiale de la Santé), ou d'une organisation non gouvernementale indépendante.

Le principal avantage de faire effectuer l'étude de cas par un évaluateur externe est que cela réduit le risque de partialité, c'est à dire, qu'un observateur indépendant n'aura nécessairement aucun intérêt personnel à présenter le programme de la meilleure manière possible, et donc, sera moins enclin à surestimer ses forces et à sous-estimer ses faiblesses. C'est extrêmement important. L'étude de cas doit être un compte rendu sincère de la façon dont un programme fonctionne, et l'évaluateur doit éviter la tentation de fermer les yeux sur les difficultés et les défis. Des comptes rendus honnêtes sur les succès et les défaites permettent de tirer des leçons sur la façon de concevoir et de faire fonctionner des programmes de santé mentale communautaire, alors que les comptes rendus artificiels sur les succès empêchent la possibilité d'apprendre de l'expérience et peuvent avoir comme conséquence, l'utilisation perpétuelle de stratégies inefficaces.²⁶

Un deuxième avantage potentiel est qu'un évaluateur externe, doté surtout d'une connaissance approfondie des programmes de santé mentale communautaire dans les PRITI, aura des références pour comparer le programme aux réalisations ou aux points faibles d'autres programmes actifs dans d'autres milieux. En raison de cette perspective comparative, un évaluateur externe est en mesure de reconnaître qu'un programme n'utilise pas, par exemple, les meilleures méthodes pour la formation du personnel, la détection de cas ou pour obtenir des provisions conséquentes en médicaments de qualité. En outre, la perspective comparative permet à l'évaluateur externe de formuler des recommandations en fonction de ce qui a été réalisé par d'autres programmes de santé mentale communautaire dans les PRITI.

Il y a, cependant, deux inconvénients à l'utilisation d'un évaluateur externe. D'abord, il est onéreux. L'évaluateur doit être payé pour le temps qu'il passe à effectuer l'étude de cas et les frais de son voyage pour les visites de sites doivent également être couverts. En second lieu, il est probable qu'un évaluateur externe aura un temps limité pour entreprendre l'étude, par conséquent, il y a un risque de distorsion de l'information, c'est à dire, de n'obtenir qu'une « partie du tableau. »

6.2. Évaluateur interne

Il est également possible de faire effectuer à un évaluateur interne, par exemple, un administrateur de programme ou un directeur des services cliniques, la collecte d'informations qui forment la base de l'étude de cas. Dans ce cas de figure, la collecte d'informations serait probablement mieux réalisée en remplissant simplement des formulaires pour chacun des domaines. Le principal avantage en est que cette stratégie est moins coûteuse. Il serait également possible à un bailleur de demander à plusieurs programmes d'entreprendre des études de cas en même temps.

Il y a au moins quatre inconvénients à cette approche. D'abord, il est bien plus sujet à la partialité, surtout lorsqu'il s'agit de collecter des informations au sujet des aspects moins efficaces ou plus faibles d'un programme. En second lieu, il sera difficile que le personnel du programme soit ouvert et honnête dans l'expression de leurs points de vue lorsqu'ils sont interviewés par un administrateur. Troisièmement, les administrateurs de programmes peuvent ne pas avoir accès aux ressources nécessaires ou ne pas avoir l'expérience requise pour les utiliser en vue d'extraire des informations sur l'histoire du programme, par exemple. Quatrièmement, les administrateurs de programmes peuvent ne pas avoir l'expérience des programmes de santé mentale communautaire et peuvent, ainsi, avoir des difficultés à poser les questions suggérées par le protocole.

6.3. Représentants des bailleurs de fonds

Une troisième approche serait d'utiliser la méthodologie pour orienter la collecte et l'organisation des données lorsque des membres des organisations donatrices mènent des

visites de sites auprès des programmes de santé mentale communautaire qui sont des bénéficiaires potentiels ou réels des financements. Il s'agit d'une option raisonnable tant que les personnes qui effectuent les visites de sites et collectent les données peuvent rester objectives quoique l'organisation pour laquelle elles travaillent ait investi du temps, des efforts et de l'argent dans les programmes à l'étude. Le risque que comporte cette approche est qu'un évaluateur qui n'est pas indépendant de l'organisation qui finance, pourrait être peu disposé à informer son employeur du fait que ses fonds n'ont pas été bien utilisés.

6.4. Supervision externe

Les distorsions potentielles des approches décrites dans les paragraphes **6.2** et **6.3** pourraient être réduites si la collecte d'informations était dirigée à distance (par Internet) par un membre d'une organisation indépendante. La supervision a également l'avantage d'assurer la cohérence des données à recueillir sur différents sites. Un superviseur externe pourrait également se voir confié la tâche de travailler avec des administrateurs de programmes ou des membres des organisations donatrices pour rédiger des comptes rendus détaillés au sujet des programmes.

7. Procédures : Évaluateur externe

7.1. Phase préparatoire

- A. Contacter le directeur du programme et discuter des objectifs de l'étude de cas
 - i. Envoyer des copies des formulaires sur les domaines
- B. Obtenir une autorisation morale pour l'étude
- C. Obtenir et étudier les documents relatifs au programme :
 - i. Au près du programme lui-même
 - ii. Au près du bailleur
 - iii. Sur Internet
 - iv. À partir de la littérature éditée
- D. Consulter le directeur du programme (ou son représentant) afin de fixer des dates pour la visite de site et d'établir un plan de travail, qui doit comprendre :
 - i. Des entrevues avec les administrateurs et le personnel de chaque composante du programme
 - ii. Des visites de terrain aux sites où les services sont fournis
 - iii. Des observations des interventions :
 - a) Rencontres cliniques
 - b) Activités psychosociales
 - iv. Étude du dossier clients et du système d'information

7.2. Visites de sites

Nous recommandons qu'au moins deux visites sur les sites du programme, soient effectuées, théoriquement à des intervalles minimaux d'un mois, afin de mieux s'assurer que ce qui est observé est représentatif du fonctionnement du programme.

- A. Suivre l'itinéraire aussi minutieusement que possible
 - i. S'attendre à d'éventuels changements de calendrier
- B. Enregistrer, si possible, les entrevues
- C. Photographier les cadres dans lesquels le programme fonctionne
- D. Photographier le personnel, les clients et les familles
 - i. Mais uniquement s'ils le permettent
- E. Sur le terrain, prendre des notes au sujet des observations, du personnel et des clients du programme, et des contextes dans lesquels le programme fonctionne.
 - i. Convertir, dès que possible, les notes en comptes rendus détaillés sur les expériences
- F. Obtenir des copies des documents disponibles, par exemple, des rapports annuels, des manuels, des brochures, des affiches, etc.

Une attention particulière doit être accordée à la collecte des données relatives aux 14 indicateurs d'efficacité du programme que nous relevons ci-dessous. Les données doivent être collectées au sujet des intrants, des processus et extrants qui sont associées à chacun.

7.3. Analyse

- A. Transcrire ou prendre des notes au sujet des enregistrements audio des entrevues.
- B. Utiliser un logiciel pour l'analyse qualitative de données en vue d'organiser les données contenues dans le compte rendu de la visite de sites, les entrevues et dans les documents. Utiliser les domaines et les indicateurs du protocole (voir ci-dessous) pour orienter l'analyse
- C. Rester en contact avec les administrateurs et/ou le personnel des programmes de manière à pouvoir obtenir d'éventuelles informations complémentaires.

7.4. Rapport

- A. Lorsque l'analyse est terminée, il sera possible de rédiger un compte rendu détaillé de l'ensemble du programme ou de ses aspects spécifiques.
- B. Le rapport peut être organisé selon les domaines et les indicateurs du protocole. En outre, une partie du rapport doit être consacrée aux impressions générales sur les forces et les faiblesses apparentes du programme. Un autre chapitre pourrait être consacré aux suggestions pour poursuivre les enquêtes.

8. Procédures : Évaluateur interne

Comme sus indiqué, un évaluateur interne peut être désigné pour collecter les données qui constituent la base de l'étude de cas. À son tour, l'administrateur peut nommer un membre du personnel pour l'aider dans le processus. La collecte des données n'a pas à suivre une procédure spécifique autre que la fourniture, aussi complètement que possible, d'informations sur les domaines. La collecte des données doit suivre les directives ci-dessous. Les formulaires de l'Annexe peuvent être utilisés pour organiser les données.

9. Procédures : Membre de l'organisation donatrice

Si un membre de l'organisation donatrice effectue l'étude de cas, il peut suivre les procédures d'un évaluateur externe.

10. Procédures : Menées sous la supervision d'un membre d'une organisation indépendante

Dans cette procédure, un évaluateur interne ou un membre de l'organisation donatrice collecterait des données comme indiqué ci-dessus puis les enverrait au superviseur appartenant à l'organisation indépendante. Le superviseur étudierait les données et répondrait, au besoin, en posant des questions au sujet des données manquantes ou sur les informations qui, au moins, du point de vue de leur valeur théorique, semblent correctes. Le superviseur pourrait également prendre la responsabilité de rechercher les informations dans les ressources qui ne sont pas à la disposition de l'évaluateur interne ou du membre de l'organisation donatrice. Le superviseur pourrait également prendre la responsabilité d'analyser toutes les données qui ne sont pas sous forme de tableaux et/ou être coauteur des comptes rendus des programmes.

11. Une dernière remarque

Les pages suivantes décrivent les 15 domaines qui offrent un cadre pour la collecte systématique d'informations au sujet des programmes de santé mentale communautaire dans les PRITI. Les informations collectées doivent constituer les points centraux des études de cas de ces programmes tout en permettant d'étudier l'efficacité et la durabilité des modèles de prestation de services ou des stratégies par lesquelles un programme donné a pu survivre à des enjeux périodiques. Le cadre tiendra compte des comparaisons des modèles de prestation de services dans divers contextes.

À première vue, remplir les formulaires peut sembler être une tâche accablante, mais cette première impression ne doit pas empêcher le processus de se poursuivre. L'obtention d'informations complètes sur tous les domaines est l'idéal, mais il est peu probable que ceci puisse être réalisé à tout moment. En outre, ce ne sont pas tous les programmes qui font des interventions cliniques et psychosociales ou toutes les formes possibles d'interventions psychosociales, c'est-à-dire, les groupes d'entraide et les programmes de moyens de subsistance. Enfin, plusieurs des domaines peuvent être renseignés par un ou quelques brefs comptes rendus.

Le manuel et les formulaires que nous proposons, sont des outils en cours d'élaboration. Si vous avez des suggestions visant à les améliorer, veuillez contacter Alex Cohen (alex.cohen@lshtm.ac.uk).

12. Remerciements

CBM International a financé le Projet d'Études de Cas et le travail qui a permis le développement de ce manuel et des formulaires relatifs aux domaines.

Les personnes suivantes ont participé à des discussions qui ont alimenté le produit fini : Monica Brenes, Christina George, Crick Lund, Mario Maj, Jair Mari, Helen McColl, Andrew Mohanraj, Shoba Raja, Renato Souza et Chris Underhill.

REFERENCES

- 1 Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370: 859-77.
- 2 Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007; 370: 878-89.
- 3 Patel V, Araya R, Chisholm D, Chatterjee S, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low and middle income countries. *Lancet*. 2007; 370: 991-1005.
- 4 Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007; 370: 1061-77.
- 5 Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007; 370: 1164-74.
- 6 Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007; 370: 1241-52.
- 7 Patel V, Thornicroft G. Packages of Care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med*. 2009; 6: e1000160.
- 8 Patel V, Simon G, Chowdhary N, Kaaya S, Araya R. Packages of Care for Depression in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med*. 2009; 6: e1000159.
- 9 Mbuba CK, Newton CR. Packages of Care for Epilepsy in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med*. 2009; 6: e1000162.
- 10 Mari JdJ, Razzouk D, Thara R, Eaton J, Thornicroft G. Packages of Care for Schizophrenia in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med*. 2009; 6: e1000165.
- 11 Benegal V, Chand PK, Obot IS. Packages of Care for Alcohol Use Disorders in Low- And Middle-Income Countries. *PLoS Med*. 2009; 6: e1000170.
- 12 Prince MJ, Acosta D, Castro-Costa E, Jackson J, Shaji KS. Packages of Care for Dementia in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med*. 2009; 6: e1000176.
- 13 Flisher AJ, Sorsdahl K, Hatherill S, Chehil S. Packages of Care for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med*. 2010; 7: e1000235.
- 14 WHO. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization; 2010.
- 15 Sussman S, Valente TW, Rohrbach LA, Skara S, Pentz MA. Translation in the health professions: converting science into action. *Eval Health Prof*. 2006; 29: 7-32.
- 16 Madon T, Hofman KJ, Kupfer L, Glass RI. Public health: Implementation science. *Science*. 2007; 318: 1728-9.
- 17 Tansella M, Thornicroft G. Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. *Br J Psychiatry*. 2009; 195: 283-5.
- 18 Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007; 370: 991-1005.
- 19 Cohen A. The effectiveness of mental health services in primary care: The view from the developing world. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
- 20 Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*. 2010; 303: 1976-7.
- 21 Yin RK. *Case Study Research: Design and methods*. Fourth ed: Sage Publications, Inc; 2009.
- 22 Neale P, Thapa S, Boyce C, editors. *Preparing a case study: Guide for designing and conducting a case study for evaluation input*. Watertown, MA: Pathfinder International; 2006.
- 23 Cohen A. Anthropological research for mental health service development in underserved areas. WHO Meeting on Research for Change; 2002 December 3-6; Cape Town, South Africa; 2002.
- 24 Geertz C. "From the Native's Point of View": On the Nature of Anthropological Understanding. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*. 1974; 28: 26-45.
- 25 Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008; 337: a1655.
- 26 Das V. Public good, ethics, and everyday life: beyond the boundaries of bioethics. *Daedalus*. 1999; 128: 99-134.

ABRÉVIATIONS

APSRP - Programme de réadaptation psychosocial d'Asie

CMD - Troubles mentaux courants

HFRCMH - Centre de Réadaptation en Santé Mentale Holy Face

LMHW - Travailleur profane en Santé Mentale

ONG - Organisation Non Gouvernementale

SfPWD - Services aux Personnes Handicapées

SHG - Groupe d'Entraide

SMD - Troubles Mentaux Graves

Domaine 1 : ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL LE PROGRAMME FONCTIONNE

		Exemples	Documentation
1.1	Lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Ville/District/Province/État/Pays 	
1.2	Contexte physique	<ul style="list-style-type: none"> • Estimer la taille (en km² ou Mi carré) de la zone d'implantation. Évaluer, également, la taille de la population dans la zone desservie par le programme. Ces éléments peuvent souvent se trouver dans les documents gouvernementaux postés sur des sites Internet. Le personnel du programme peut également fournir ces informations, mais, elles doivent, si possible, être confirmées par d'autres sources. • Il existe, souvent, une divergence entre la zone d'implantation officielle d'un programme et la zone réellement desservie. Indiquer, si possible, les communautés dans lesquelles la plupart des clients résident, et estimer les populations de ces communautés. • Il serait intéressant de décrire la géographie - naturelle et celle créée par l'homme - de la zone, surtout si elle a des conséquences directes sur le fonctionnement du programme, par exemple, La zone est-elle sujette à des catastrophes naturelles ? Les communautés sont-elles dispersées sur de grandes superficies ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents gouvernementaux postés sur Internet • Documents des Nations Unies postés sur Internet • Entrevues avec le personnel et observation directe
1.3	Attitudes socioculturelles	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les attitudes socioculturelles locales et les comportements envers les personnes atteintes de maladies mentales ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Y a-t-il des preuves manifestes de stigmatisation et de discrimination ? Décrire ○ Les pratiques telles que l'enchaînement, la mise en cage et d'autres formes de mauvais traitements sont-elles courantes ? Décrire • Un compte rendu détaillé sur ce sujet pourrait, en soi, être le centre d'intérêt d'un grand projet de recherche. Aux fins de l'étude de cas, la collecte des données auprès du personnel du programme sera probablement suffisante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Preuves documentaires, par exemple, rapports, articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs

		Exemples	Documentation
1.4	Mesures socio-économiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les impressions générales sur le statut socio-économique du milieu peuvent être obtenues par l'observation (infrastructure d'habitations, qualité des routes, etc.) et par l'entrevue avec le personnel du programme. Les données socio-économiques peuvent être obtenues à partir des documents des Nations Unies ou des Gouvernements Nationaux. Par exemple, le Programme des Nations Unies pour le Développement fournit une quantité des données à l'échelon des pays sur son site (http://www.undp.org/). Les données de niveau local peuvent être obtenues dans les rapports gouvernementaux qui ont été postés sur Internet. Par exemple, le Réseau pour le Développement Humain a publié des données sur le développement national et provincial des Philippines (http://hdn.org.ph/2009/05/21/20082009-philippine-human-development-report-2/) 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents gouvernementaux postés sur Internet • Documents des Nations Unies postés sur Internet • Documents de la Banque Mondiale postés sur Internet • Entrevues avec le personnel et observation directe
1.5	Entourage politique	<ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit d'un sujet qui pourrait, en soi, être le centre d'intérêt d'une grande étude. Pour les besoins de l'étude de cas, l'attention devrait être accordée uniquement aux facteurs politiques qui sont d'une importance directe pour la vie des personnes atteintes de maladies mentales. Par exemple, les informations sur la politique nationale de santé mentale peuvent être d'un grand intérêt. Cependant, le financement des systèmes de santé publique, en général, et des systèmes de santé mentale, en particulier, sera, plus souvent, d'un intérêt capital. Les informations sur le financement pourraient également être insérées dans le chapitre ci-dessous « Systèmes de santé dans lesquels le programme fonctionne. » • Le pays a-t-il une législation, une politique ou un programme national de santé mentale ? Quand ont-ils été établis ? • Situation des droits de l'homme - Indiquer s'il y a eu un changement depuis la création du programme (voir 3.1) • Les personnes atteintes de troubles mentaux font-elles l'objet de violations des droits de l'homme, par exemple, enchaînement, emprisonnement pour aucune raison autre que celle de souffrir de maladie mentale, conditions intolérables dans les établissements psychiatriques, mauvais traitements par les praticiens biomédicaux ou les guérisseurs traditionnels/spirituels ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Projets Atlas de l'OMS : Ressources pour la Santé Mentale (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/en/) • Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale (OMS-IESM) (http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html) • Articles de journaux

Domaine 2 : SYSTÈME DE SANTÉ DANS LEQUEL LE PROGRAMME FONCTIONNE

		Exemples	Documentation
2.1	Services généraux de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire le système de santé général. <ul style="list-style-type: none"> ○ Y a-t-il un système de soins primaires opérationnel ? ○ Y a-t-il des établissements secondaires et tertiaires ? ○ Les personnes pauvres ont-elles accès aux soins, surtout aux services de santé de la mère et de l'enfant ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Preuves documentaires, surtout les articles des journaux
2.2	Services de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les services de santé mentale, s'il y en a, dans la zone. <ul style="list-style-type: none"> ○ Y a-t-il des établissements psychiatriques dans ou non loin de la zone desservie par le programme ? Si oui, quelles sont les conditions dans ces établissements ? ○ Combien y a-t-il de professionnels de santé mentale dans la zone ? Combien d'entre eux travaillent dans le secteur public ? Dans le secteur privé ? ○ Les médicaments psychotropes sont-ils disponibles et sont-ils utilisés dans les cliniques de soins primaires ? 	<p><u>Données à l'échelle nationale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Projets Atlas de l'OMS : Ressources pour la Santé Mentale (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/en/) • Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale (OMS-IESM) (http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html) <p><u>Données locales :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs
2.3	Sources non conventionnelles de soins de santé	<p>La présence des guérisseurs traditionnels et/ou spirituels aura souvent des conséquences considérables pour un programme de santé mentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les familles amènent-elles souvent leurs membres atteints d'épilepsie ou de psychose aux guérisseurs avant de recourir aux services du programme ? ○ Les familles et/ou les clients arrêtent-ils les services du programme en faveur des sources non conventionnelles de soins ? ○ Quelles conséquences ces actions ont-elles pour les personnes qui sont malades ? ○ Le programme a-t-il une politique au sujet du travail avec les praticiens de la médecine non conventionnelle ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Les preuves documentaires peuvent être disponibles • Les meilleures sources d'informations sont les entrevues avec les clients, les familles et les guérisseurs ; la tenue d'entrevues est probablement le plus faisable quand il est un projet de recherche financé

		Exemples	Documentation
2.4	Données fondamentales en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Rassembler les données sur les mesures fondamentales en santé telles que : <ul style="list-style-type: none"> ○ La mortalité infantile ○ La mortalité maternelle ○ Espérance de vie moyenne 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents gouvernementaux publiés sur Internet • Documents des Nations Unies postés sur Internet • Documents de la Banque Mondiale publiés sur Internet

Domaine 3 : HISTORIQUE

		Exemples	Documentation
3.1	Quand le programme a-t-il été créé ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'année, où le programme a été créé. 	L'année où le programme a démarré. Inclure des informations et une chronologie s'il y a eu une importante période d'activités avant la mise en place du programme.
		<ul style="list-style-type: none"> • L'état des services de santé mentale locaux et nationaux à ce moment-là.⁶ <ul style="list-style-type: none"> ○ Quels services de santé mentale étaient disponibles ? Biomédical, psychosocial ou les deux ? 	Fournir simplement une courte description. Il est plus important de fournir des informations détaillées au sujet de l'état des services de santé mentale à ce moment-là (voir 2.2).
		<ul style="list-style-type: none"> • Situation des droits de l'homme dans le pays à ce moment-là.⁷ <ul style="list-style-type: none"> ○ Les personnes souffrant de troubles mentaux jouissaient-elles de tous leurs droits en tant que citoyens ? ○ Les personnes atteintes de troubles mentaux étaient-elles sujettes à des violations des droits de l'homme ? ○ Situation juridique des victimes de la torture ou d'autres groupes correspondants ? Était-il possible que les victimes de la torture se fassent traiter sans risquer d'être arrêtés ? • Le pays avait-il, alors, une législation, une politique ou un plan de santé mentale ? Quand ont-ils été établis ?⁸ 	<p>Avant la promulgation en Italie d'une nouvelle loi sur la santé mentale en 1970, les patients des hôpitaux psychiatriques n'étaient pas en droit de voter ou de recevoir des avantages sociaux.</p> <p>Des violations des droits de l'homme ont été exposées dans des hôpitaux psychiatriques dans beaucoup de régions du monde. Les personnes sans abri atteintes de troubles mentaux sont également souvent sujettes à des violences. Dans beaucoup de pays, les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont emprisonnées et ne reçoivent pas des traitements décents.</p>
3.2	Où ?	Voir Domaine 1 : ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL LE PROGRAMME FONCTIONNE	

- Les entrevues avec le personnel et les administrateurs actuels et/ou anciens
- Preuves documentaires, par exemple, rapports, articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs

⁶ Inclure les informations sur les services de santé mentale locaux et nationaux actuels dans Domaine 2.

⁷ Inclure les informations sur la situation actuelle des droits de l'homme dans Domaine 1.

⁸ Inclure les informations sur l'état actuel de la législation, des politiques et des programmes dans Domaine 1.

			Exemples	Documentation
3.3	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • Principal Stimulant / moment décisif pour la création du programme • Le programme a-t-il comblé une lacune dans système de santé en cours ? 	<p>Il y a beaucoup de raisons pour lesquelles un programme pourrait être créé : 1) Le Tsunami de l'Océan Indien en 2004 a provoqué la création de programmes de santé mentale en Inde, au Sri Lanka et en Indonésie ; 2) La révélation des violations des droits de l'homme a eu comme conséquence des réformes dans les hôpitaux psychiatriques ; 3) La reconnaissance du fardeau des troubles mentaux courants a encouragé les efforts visant à développer des services de santé mentale à l'échelle des soins primaires.</p> <p>Les forces sociales et/ou politiques créent souvent les environnements dans lesquels il est possible de fonder des programmes : 1) Le mouvement pour la défense des droits civiques a eu une influence sur la désinstitutionalisation et le développement des programmes de santé mentale communautaire aux États Unis ; 2) L'activisme politique par des professionnels de la santé dans le mouvement anti-apartheid en Afrique du Sud a mené à la création du Centre de Traumatisme pour les victimes de la violence et de la torture.</p> <p>S'assurer que l'on a inclus des informations sur les périodes d'activités édifiantes qui ont précédé et influencé la création du programme.</p> <p>Le programme était-il destiné à fournir des services de santé mentale là où rien n'existait ou des services de santé mentale spécifiques à des groupes non desservis, par exemple, à des personnes souffrant de psychose ou des victimes de traumatisme ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les entrevues avec le personnel et les administrateurs actuels et/ou anciens • Preuves documentaires, par exemple, rapports, articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs
3.4	Quoi?	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme a-t-il été ajouté ou incorporé à un programme en cours ou a-t-il été créé en tant qu'entité indépendante ? 	<p>Des exemples du premier cas mentionné ci-contre, sont des services de santé mentale qui ont été ajoutés à des programmes de Réadaptation à Base Communautaire.</p> <p>Le programme a-t-il été créé pour « concurrencer » d'autres services ? Par exemple, le programme a-t-il été établi pour fournir des soins communautaires comme une alternative aux soins institutionnels ou aux soins en clinique externe existants ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les entrevues avec le personnel et les administrateurs actuels et/ou anciens • Preuves documentaires, par exemple, rapports,

			Exemples	Documentation
3.5	Qui?	<ul style="list-style-type: none"> • Qui a fondé le programme ? 	<p>Un chef charismatique en était-il la principale force motrice ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Franco Basalgia était la personne qui était au premier rang des réformes des systèmes de santé mentale à Trieste, en Italie et des changements radicaux de la législation en matière de santé mentale nationale. <p>Le programme a-t-il été créé par un ou plusieurs organisations spécifiques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le gouvernement indien a créé le Programme de Santé Mentale de District ; Les ONG, telles que BasicNeeds et CBM ont fondé un certain nombre de programmes. <p>Qu'est-ce qui a poussé des individus ou les organisations à agir ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le gouvernement indien a agi en raison des projets-pilotes qui prétendaient fournir la preuve de l'efficacité des services de santé mentale dans le cadre des soins primaires. • CBM a créé ses programmes de santé mentale en raison du plaidoyer engagé d'une poignée de personnes qui étaient membres de l'organisation. 	articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs
3.6	Comment?	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui était nécessaire pour mettre le programme sur pied et le faire marcher ? • Quelles ressources étaient nécessaires ? • De quelle source et comment les ressources ont-elles été obtenues ? • Combien de temps cela a-t-il pris ? 	<p>La création d'un programme exige toujours des ressources humaines, financières et autres. Essayer de déterminer combien de personnes ont travaillé à la création du programme et la taille du personnel initial. Tenter de définir les ressources financières qui ont été requise pour lancer les services. Quelles autres ressources (bâtiments, automobiles, ordinateurs, médicaments) étaient nécessaires ? Où et comment toutes ces ressources ont-elles été obtenues ?</p> <p>Combien de temps a-t-il fallu pour obtenir les ressources, embaucher le personnel et commencer à offrir des services ?</p>	

Domaine 4 : CADRE CONCEPTUEL DU PROGRAMME

			Exemples	Documentation
4.1	Orientation des services	<ul style="list-style-type: none"> • Quels services le programme propose-t-il ? • Des traitements biomédicaux ou des interventions psychosociales, ou les deux ? • Les services ciblent-ils les individus, les familles ou les deux ? • Le programme entreprend-il des activités pour satisfaire le besoin d'inclusion sociale ou de développement économique de ses clients ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Décrire chaque cas. • Changements au fil du temps dans l'orientation du programme par rapport au traitement et à la prévention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des traitements biomédicaux ou des interventions psychosociales, ou les deux ? • Les services sont-ils destinés aux individus ou aux familles ou aux deux ? • Le programme entreprend-il des activités pour satisfaire le besoin d'inclusion sociale ou de développement économique de ses clients ? • Le programme organise-t-il des groupes de clients et/ou des programmes de moyens de subsistance ? (inclure les descriptions ci-dessous dans les Domaines 12 et 12a) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les entrevues avec le personnel et les administrateurs actuels et/ou anciens • Preuves documentaires, par exemple, rapports, articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs
4.2	Principes généraux d'équité	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration et le personnel du programme considèrent-ils des questions telles que l'accès et l'acceptabilité ? 	<p>Les questions d'équité, d'acceptabilité, d'accès et d'accessibilité sont cruciales pour déterminer si un programme répond aux besoins des clients et des clients potentiels.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces questions ont-elles fait l'objet de réflexions et sont-elles activement abordées ? • Les utilisateurs des services et les familles ont-ils une voix dans les décisions ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Les entrevues avec le personnel et les administrateurs actuels et/ou anciens • Les preuves documentaires, par exemple, rapports, articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs
4.3	Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Les attitudes du personnel sur la pratique fondée sur des preuves. • Les attitudes du personnel vis-à-vis de l'évaluation des services 	<p>Le programme se réduit-il seulement à l'utilisation de pratiques basées sur des preuves ? Le programme est-il ouvert au fait de faire évaluer ses services en contrôlant les résultats cliniques, sociaux et fonctionnels des clients ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs

Domaine 5 : IMPLICATION DANS DES SYSTÈMES PLUS VASTES

		Exemples		Documentation
5.1	Le programme fonctionne-t-il au niveau du système ?	<ul style="list-style-type: none"> • Relations avec le système public de santé mentale, par exemple, les centres médico-sociaux locaux ; les écoles locales ; les hôpitaux locaux ; d'autres prestataires de services • Énumérer et décrire les activités de chacun <ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce, qui a provoqué ces activités ? 	<p>Au Nord du Ghana, BasicNeeds ne fournit pas des soins, au lieu de cela, il facilite l'accès des clients aux soins par le support des infirmiers psychiatriques communautaires qui sont basés dans les hôpitaux régionaux.</p> <p>Aux Philippines, HFRCMH forme des professionnels de la santé du gouvernement local à reconnaître et à recommander des personnes atteintes de troubles mentaux.</p> <p>Au Nigéria, l'ONG Amaudo plaide pour que les infirmiers psychiatriques du gouvernement soient placés dans les services au niveau des CSP, et les soutient alors dans leur travail avec la formation, la supervision et l'accès aux médicaments.</p>	
5.2	Le programme fonctionne-t-il au niveau du système ?	<ul style="list-style-type: none"> • Relations avec le système public de santé mentale, par exemple, les centres médico-sociaux locaux ; les écoles locales ; les hôpitaux locaux ; d'autres prestataires de services <ul style="list-style-type: none"> ○ Énumérer et décrire les activités de chacun ○ Qu'est-ce, qui a provoqué ces activités ? 	<p>Au Nord du Ghana, BasicNeeds ne fournit pas des soins, au lieu de cela, il facilite l'accès des clients aux soins par le support des infirmiers psychiatriques communautaires qui sont basés dans les hôpitaux régionaux.</p> <p>Aux Philippines, HFRCMH forme des professionnels de la santé du gouvernement local à reconnaître et à référer des personnes atteintes de troubles mentaux.</p> <p>Au Nigéria, l'ONG Amaudo plaide pour que les infirmiers psychiatriques du gouvernement soient placés dans les services au niveau des CSP, et les soutient alors dans leur travail avec la formation, la supervision et l'accès aux médicaments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Preuves documentaires, par exemple, rapports, articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs
5.3	Engagement avec les décideurs politiques locaux, nationaux et internationaux	<ul style="list-style-type: none"> • Influence sur la politique ou sur les pratiques cliniques au niveau du district, national ou international ? • Dans quelle mesure le programme a-t-il été un catalyseur de changement ? • Qu'est-ce qui a provoqué cet engagement ? 	<p>Le Programme de Santé Mentale du District de Bellary (Karnataka, Inde) dans les années 80 a eu et continue d'avoir une profonde influence sur des programmes publics de santé mentale en Inde. Malheureusement, il y a peu de preuves que le modèle de Bellary fournit des services efficaces.</p> <p>Le travail de Franco Basaglia en Italie a été influent dans la politique nationale italienne en matière de santé mentale et a servi de modèle à la mise au point de programmes dans d'autres pays, surtout en Amérique Latine.</p>	

Domaine 6 : RESSOURCES DU PROGRAMME

			Exemples	Documentation
6.1	Humain	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Compétence • Les défenseurs bénévoles de la communauté/membres du personnel mal rémunérés <ul style="list-style-type: none"> ○ Expériences positives et négatives • Comment les membres du personnel sont-ils traités par la hiérarchie ? 	<p>Énumérer les membres du personnel qui travaillent dans le programme et indiquer leurs niveaux d'instruction et compétences professionnelles.</p> <p>En outre, décrire si le programme a des critères spécifiques pour l'embauche du personnel et comment ces critères ont été définis. Par exemple, les professionnels de bas niveau embauchés parce que le programme ne peut pas se permettre de payer plus ou parce que des membres du personnel hautement qualifiés ne sont pas disponibles ?</p> <p>Beaucoup de programmes comptent sur un personnel bénévole et/ou mal rémunéré. Fournir des informations indiquant si cela a été une stratégie efficace. Par exemple, CBM a réduit son soutien aux agents de terrain à Abuja au Nigéria dans l'espoir que l'archidiocèse (le partenaire) compenserait la différence. Cela ne s'est pas passé comme prévu et les agents de terrain sont démoralisés.</p> <p>Il serait également utile de collecter, si possible, des informations sur l'état des salaires des membres du personnel par rapport à ce qu'il pourrait être s'ils travaillaient ailleurs.</p> <p>Y a-t-il des difficultés particulières au recrutement et au maintien du personnel ? Décrire.</p> <p>Le programme offre-t-il une formation continue en matière d'interventions cliniques et psychosociales ? La formation pourrait être sous forme de révisions périodiques des procédures d'identification et de prise en charge des troubles mentaux, de révision régulière du statut des clients et des possibilités de participation aux conférences ou aux réunions pertinentes. La formation pourrait également avoir lieu sur le tas. Par exemple, dans l'APSRP, les volontaires communautaires visitent régulièrement des cliniques communautaires et ont l'occasion d'observer les psychiatres du programme pendant que ceux-ci conduisent des entretiens cliniques ; ils obtiennent ainsi l'opportunité d'offrir des consultations de soutien aux clients. On peut supposer que l'observation des entretiens cliniques a permis aux volontaires communautaires de détecter les clients potentiels en visitant les familles dans la zone desservie. Il peut également améliorer leur capacité à fournir aux clients du soutien pendant les visites de suivi à domicile.</p> <p>Le programme fournit-il aux non professionnels de la santé mentale la supervision des techniciens en santé mentale ? Ceci pourrait prendre la forme de réunions (hebdomadaires ou mensuelles) régulières avec des spécialistes pour discuter de la gestion des cas difficiles. Ces réunions fournissent également un appui général aux travailleurs non professionnels et permet de prévenir l'épuisement professionnel. Théoriquement, les</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Document d'exploitation

			Exemples	Documentation
			<p>spécialistes seraient disponibles pour la consultation en cas d'urgence.</p> <p>Comment le personnel est-il traité ? Le programme a-t-il des attentes raisonnables au sujet des responsabilités inhérentes aux différents postes ? Par exemple, les membres du personnel sont-ils censés faire des heures supplémentaires même s'ils ne sont pas payés pour le travail supplémentaire ? Le personnel est-il apprécié par les administrateurs ? Les talents du personnel sont-ils reconnus ?</p>	
6.2	Transport	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel a-t-il accès au moyen de transport requis pour fournir des services aux grandes zones d'implantation ou aux sites éloignés ? 	<p>Les programmes communautaires requièrent, presque toujours, des véhicules pour transporter le personnel aux cliniques, mener la supervision, faire des visites à domicile ou pour consulter des groupes d'entraide. Par conséquent, le transport est une ressource principale parce que sans lui le fonctionnement du programme est sérieusement limité. Fournir des informations sur le nombre de véhicules (en spécifiant le type, l'âge et la condition de travail) ; si les véhicules sont appropriés pour le terrain ; et si le programme a suffisamment de moyens pour l'entretien et le carburant. En outre, demander si le programme a assez de véhicules pour répondre à ses objectifs : 1) Le personnel doit-il partager l'accès aux véhicules et, si oui, dans quelle mesure ceci empêche leur capacité à mener à bien des travaux dans la communauté ? 2) Lorsque le personnel n'a pas accès aux véhicules, leur est-il possible de s'acquitter d'autres responsabilités essentielles ? 3) Les véhicules sont-ils généralement en bon état lorsqu'on en a besoin ? 4) La conduite des véhicules est-elle sans danger (ceintures de sécurité opérationnelles, pneus ayant la quantité raisonnable de bandes de roulement, pneu secours, vitres intacts) ?</p> <p>L'utilisation des véhicules est-elle suivie de près ? Les véhicules sont-ils parfois indisponibles parce qu'un ou plusieurs d'entre eux sont utilisés par un employé ou un administrateur à des fins personnelles ?</p> <p>Les membres du personnel doivent-ils utiliser leurs propres véhicules pour le travail ? Si oui, le programme les rembourse-t-il ?</p> <p>En raison du mauvais état des routes, demander au personnel de voyager signifie leurs faire courir des risques d'accidents ou de décès. L'utilisation des scooters et des motos est particulièrement dangereuse. Par conséquent, le programme insiste-t-il sur l'utilisation des casques par le personnel ? Le personnel fait-il une évaluation pour déterminer si l'utilisation des scooters et des motos est appropriée ? Par exemple, certains membres du personnel peuvent ne pas se sentir confortables dans la conduite de tels engins.</p> <p>Le mauvais état des routes rend, également, le voyage en automobile quelque peu dangereux. Le programme insiste-t-il sur l'utilisation des ceintures de sécurité ?</p> <p>Certains programmes sont situés dans des localités ayant un transport</p>	

			Exemples	Documentation
			<p>public. Fournir des informations au sujet de l'utilisation du transport public par le personnel et les clients.</p> <p>Fournir des estimations du nombre d'heures que le personnel passe dans la circulation en se rendant au programme et en fournissant des services dans la communauté.</p>	
6.3	Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Sources de financement <ul style="list-style-type: none"> ○ Initiales ○ En cours ○ Futures • Garantie du financement • Preuve du support local <ul style="list-style-type: none"> ○ Financière ○ En nature 	<p>Documenter les sources de financement sur lesquelles compte le programme. S'il reçoit un soutien local, par exemple, des municipalités, des institutions religieuses locales, indiquer la forme de financement, combien est donné et la durée de l'engagement.</p> <p>En nature, le financement serait sous forme de travailleurs détachés au programme ou de fourniture du transport à une clinique pour un gouvernement local.</p> <p>Documenter, également, la garantie de chaque source de financement, par exemple, quelle est la durée du financement et quelles sont les chances pour qu'il soit renouvelée ?</p>	
6.4	Autres	<ul style="list-style-type: none"> • De quelles autres ressources le programme dispose-t-il ? 	<p>Le programme possède-t-il des bâtiments ou toute autre propriété ? Par exemple, HFRCMH est situé sur un terrain de 5 hectares qui était par le passé le site d'une plantation de noix de coco. Il y a plusieurs bâtiments sur la propriété.</p> <p>Le programme a-t-il des ordinateurs, des imprimantes et un accès Internet ?</p> <p>Le programme donne-t-il des téléphones portables au personnel ou bien les membres du personnel doivent-ils utiliser leurs propres téléphones portables ? Le programme rembourse-t-il les frais de téléphone au personnel ?</p> <p>Autre chose ?</p>	

Domaine 7 : GESTION DU PROGRAMME

		Exemples		Documentation
7.1	Structure organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Qui gère les opérations quotidiennes ? • Y a-t-il un organe exécutif qui détient l'autorité finale pour les processus décisionnels ? 	<p>Un organigramme simple qui indique comment le programme est administré, les relations entre les divers postes. Il est important d'inclure <u>tous</u> les postes dans l'organisation : les administrateurs, le personnel clinique et le personnel d'appui. Le personnel d'appui peut inclure les conducteurs, les employés de bureau, les concierges, les cuisiniers, etc.</p> <p>Documenter et décrire les importants changements de la structure organisationnelle du programme. Souvent, ces changements surviennent par des crises financières et il est utile de connaître comment le programme a réagi et si les changements apportés ont été efficaces en relevant le défi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Preuves documentaires, par exemple, rapports, articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs
7.2	Finances⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Comment le programme gère-t-il ses finances ? 	<p>Avoir des fonds ne garantit pas qu'ils soient utilisés avec efficacité. Par conséquent, il est important de documenter comment un programme gère ses fonds. Ceci nécessite au moins deux phases : 1) Comment le programme budgétise-t-il ses charges ? La budgétisation est-elle faite d'une manière qui laisse assez de fonds pour les services essentiels et qui n'en affecte pas trop aux charges moins nécessaires ? 2) Le programme a-t-il des procédures comptables pour s'assurer que les fonds sont utilisés comme prévus ? Le système comptable tient-il compte des audits externes périodiques ?¹⁰</p> <p>Les salaires du personnel sont-ils toujours payés en totalité et à l'heure, ou y a-t-il des périodes où le programme n'a pas assez de fonds pour répondre à cet engagement ?</p> <p>Pour assurer la disponibilité de moyens suffisants à l'avenir, le programme est-il activement impliqué dans la mobilisation de fonds ?</p>	
7.3	Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • La sécurité du personnel est-elle convenablement abordée dans la politique et les pratiques ? • Les membres du personnel bénéficient-ils des avantages de l'assurance-santé ou d'autres avantages ? 	<p>Certains programmes, surtout ceux des régions qui ont connu des conflits ou ceux qui travaillent avec des victimes de la violence et de la torture, doivent travailler dans les milieux qui ne sont pas sûrs en raison des activités criminelles ou politiques avec violence. Certains programmes peuvent travailler dans des zones infestées de maladies ou qui viennent de connaître une catastrophe naturelle. Dans tous ces cas, il est crucial que les programmes veillent à la sécurité du personnel. Par exemple, y a-t-il des règles au sujet de quand le personnel ne doit pas voyager seul ? Le programme emploie-t-il des gardes de sécurité pour ses bureaux ?</p>	

⁹ Il ne s'agit pas d'un audit des finances d'un programme. Il s'agit, plutôt, d'une synthèse de la façon dont le programme gère ses finances.

			Exemples	Documentation
7.4	Plans d'amélioration et/ou de mise à l'échelle ?	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il un ensemble d'objectifs et de résultats prévus ? • Y a-t-il une stratégie/un plan à long terme pour atteindre des objectifs ? 	Le projet a-t-il subi un processus de contrôle critique de ses services et de planification stratégique pour l'avenir ? Comment ceci est-il arrivé ? Quelles méthodes ont été/sont- utilisées dans la planification et l'évaluation ? Le programme a-t-il un système de Suivi et Évaluation en place ? (Voir Domaine 14)	

Domaine 8 : EFFECTIF DES CLIENTS

			Exemples	Documentation
8.1	Catégories diagnostiques	<ul style="list-style-type: none"> • Psychose • Troubles mentaux courants • Épilepsie • Abus de stupéfiants 	<p>Fondamentalement, les programmes doivent pouvoir signaler le nombre de clients actifs dans chacune de ces catégories. Toutefois, la plupart des programmes ne disposent pas de ses informations ou de systèmes de conservation des dossiers qui permettent d'extraire ces statistiques. En l'absence d'un système d'information, on devra compter sur des sources d'informations imprécises : 1) Les rapports annuels indiquent habituellement le nombre et les types de clients traités l'année précédente ; 2) Les carnets des clients nouvellement inscrits peuvent fournir des informations au sujet des diagnostics ; 3) Les registres des médicaments distribués indiqueront les genres de troubles sous traitement ; et 4) Les impressions du personnel fourniront une évaluation approximative des troubles sous traitement.</p>	
8.2	Caractéristiques sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Sexe • Classe sociale • Niveau d'études • Identités culturelles ou ethniques • Autres : <ul style="list-style-type: none"> ○ Personnes sans abri ○ Populations carcérales ○ Effectif des demandeurs d'asile et des réfugiés 	<p>La détermination des caractéristiques sociodémographiques des clients requiert un système d'information. En l'absence d'un tel système, il sera nécessaire de compter sur les sources d'information suggérées pour la détermination des catégories diagnostiques sous traitement. Pour le moins, interroger le personnel au sujet des caractéristiques sociodémographiques, en s'enquérant surtout de l'âge, du sexe, de la classe sociale, des identités culturelles ou ethniques, etc. Être aussi précis que possible : Y a-t-il plus d'hommes que de femmes parmi les clients atteints de psychose ? Parmi les clients atteints de troubles mentaux courants, y a-t-il plus de femmes que d'hommes ? Le programme fournit-il des services à des sous-populations spécifiques ? Etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'information • Registre des clients • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Preuves documentaires, par exemple, rapports, articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs
8.3	Changements des caractéristiques des clients au fil du temps	<ul style="list-style-type: none"> • Changements des profils diagnostiques des clients ou de leurs caractéristiques sociodémographiques. 	<p>Une gamme des facteurs - par exemple, les améliorations dans la détection de cas, les augmentations des ressources, la migration - peut avoir des conséquences pour la répartition et la fréquence des caractéristiques des clients au fil du temps. Ces changements peuvent être des indications des forces ou des faiblesses du programme.</p>	
8.4	Évaluations des	<ul style="list-style-type: none"> • Quel pourcentage du 	<p>La détermination de la portée du traitement requiert trois éléments</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La preuve

	<p>lacunes de traitement¹⁰ (Par catégorie diagnostique)</p>	<p>nombre total des clients potentiels bénéficie-t-il des services du programme ?</p>	<p>d'information :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Le nombre des clients atteints de troubles spécifiques - voir ci-dessus. 2) L'évaluation de la prévalence de ce trouble - il y a beaucoup de sources de données épidémiologiques sur les troubles mentaux. Cependant, il n'est pas nécessaire de trouver les données épidémiologiques d'un trouble spécifique dans un lieu précis. La publication de l'OMS, <i>Disease Control Priorities related to Mental, Neurological, Developmental and Substance Abuse Disorders</i> (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156332X_eng.pdf) fournit des données de prévalence sur une gamme de troubles. 3) Les prévisions démographiques pour la zone desservie par le programme - il peut être possible d'obtenir des données à partir de documents gouvernementaux qui sont disponibles sur Internet. Le personnel peut, fournir, également des prévisions démographiques. <p>Une fois ces données obtenues, effectuer le calcul suivant : Multiplier la prévision démographique par la prévalence prévue et comparer le résultat au nombre de clients atteints de troubles qui bénéficient des services. Par exemple, un programme a une zone d'implantation d'une population d'environ 100 000 habitants et fournit des services à 100 personnes souffrant de psychose. On estime que la psychose a une prévalence de 1-2% dans la plupart des populations. Par conséquent, il peut être supposé que 1 000 à 2 000 personnes atteintes de psychose vivent dans la zone d'implantation, soit une population plusieurs fois supérieure à celle suivie par le programme.</p>	<p>épidémiologiques disponibles (par exemple, articles de journal, rapports de l'OMS et sites Web ; Étude sur le Fardeau Mondial de la maladie ; Enquête sur la Santé Mentale Mondiale)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prévisions démographiques provenant des sources gouvernementales, du personnel du programme
--	--	---	---	---

¹⁰ Même les évaluateurs externes qui ont accès à d'abondantes données électroniques peuvent avoir des difficultés à trouver les informations nécessaires pour remplir cette section.

Domaine 9 : VOIES D'ACCÈS AUX SOINS

		Exemples	Documentation
9.1	<p>Modèles de recherche d'aide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Où/auprès de qui les clients/familles recherchent-ils d'abord des soins ? • Durée moyenne de la maladie avant la recherche des soins ? • Qu'est-ce qui a provoqué la recherche des soins ? • L'utilisation de prestataires multiples ? 	<p>Une compréhension approfondie des comportements de recherche d'aide pour des troubles mentaux exigerait un projet de recherche séparé et substantiel, et qui nécessiterait l'échantillonnage systématique des individus atteints de divers troubles mentaux et la tenue d'enquêtes quantitatives et d'entrevues qualitatives détaillées avec des clients et des familles. Un tel projet dépasse d'habitude la portée des études de cas plus générales. Néanmoins, il est important d'obtenir une compréhension générale de la façon dont les clients et leurs familles recherchent les soins. Une telle connaissance guidera les stratégies de détection de cas, en mettant au point des réseaux d'orientation, et en maintenant le suivi constant des clients.</p> <p>Déterminer les types de soins disponibles dans la zone d'implantation du programme : biomédical (spécialiste et non spécialiste ; public et privé), guérisseurs traditionnels et spirituels, d'autres sources de soins (les pharmaciens par exemple). Ensuite estimer la fréquence relative avec laquelle les gens recherchent les soins à ces sources.</p> <p>Une compréhension du degré auquel les services du programme interagissent ou sont en concurrence avec les sources non conventionnelles de soins est d'une importance capitale à l'étude de cas. Les individus et les familles « négocient » souvent les soins avec des prestataires multiples et il est important de comprendre comment et pourquoi ils le font. Une telle compréhension peut être utile lorsqu'on cherche à maintenir un contact continu avec des clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Preuves documentaires, par exemple, rapports, articles de journal, sites Web du programme ou des bailleurs
9.2	<p>Voies d'accès aux soins et Détection de cas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment les clients en viennent-ils à bénéficier des services du programme ? • Les clients se présentent-ils aux services ou sont-ils identifiés sur le terrain ? Ou les deux ? 	<p>Il y a en général 3 voies par lesquelles les clients viennent pour recevoir des services du programme :</p> <p>Détection de cas : Beaucoup de programmes, surtout ceux qui ont une orientation RBC, demanderont aux agents de santé mentale locaux de mener une certaine forme de détection de cas. L'efficacité de la détection de cas est basée, tout d'abord, sur la formation donnée aux agents sur la manière d'effectuer des enquêtes porte à porte, les stratégies d'entrevue et sur la manière d'identifier des éventuels cas d'épilepsie, des troubles mentaux graves et des troubles mentaux courants. La détection de cas peut également nécessiter de continuer dès que le programme est informé au sujet d'un individu qui vit dans la</p>	

	Exemples	Documentation
	<p>zone d'implantation et qui a besoin de ses services. Le programme doit développer des manuels/fiches d'informations qui contiennent les protocoles et les directives pour ces tâches.</p> <p>La détection de cas est longue et, en raison d'autres responsabilités liées au travail (par exemple, suivi des clients existants ou travail dans d'autres régions de RBC) les agents de santé mentale ne peuvent pas avoir assez de temps pour la détection de cas. « Assez » n'est pas un terme exact. Évaluer, par conséquent, si des périodes sont indiquées et réellement consacrées à la détection de cas.</p> <p>Les troubles accompagnés de symptômes dramatiques ou effrayants (par exemple, les crises) ou les comportements agressifs sont plus susceptibles d'attirer l'attention ou d'être reconnus par les agents. Par conséquent, il est important que la formation souligne la nécessité d'être vigilant aux symptômes qui sont moins évidents mais qui sont également indicatifs de troubles mentaux qui requièrent un traitement.</p> <p>La stratégie avancée ou service de proximité : Les activités menées dans le cadre de la stratégie avancée peuvent comprendre des ateliers ou des réunions de sensibilisation avec le grand public ou des groupes spécifiques, par exemple, la police, les professionnels de la santé, les enseignants, les fonctionnaires du gouvernement. Le service de proximité peut également prendre la forme de campagnes occasionnelles qui pourraient comprendre des programmes radios ou la pose d'affiches au sujet de maladie mentale. Une troisième forme de service de service de proximité pourrait comprendre des réunions périodiques avec les principaux informateurs principaux, par exemple, les chefs religieux, qui sont en contact avec des membres de la communauté et, en conséquence, peuvent entendre parler des individus qui ont besoin des services de santé mentale.</p> <p>Bouche à oreille : Dans beaucoup de programmes, la détection directe de cas n'est pas la plus grande source de clients. Le bouche à oreille est la plus importante ; par exemple, les personnes qui ont été traitées avec succès et qui parlent aux autres au sujet du service.</p> <p>Si tel est le cas, est-il possible de fournir des détails à ce sujet ? Par exemple, le programme tient-il des registres au sujet de la façon dont les gens parviennent à s'informer des services proposés ?</p> <p>Évaluer si le programme, utilisant une de ces techniques,</p>	

			Exemples	Documentation
			<p>détecte des cas dans les sous-populations, par exemple, les minorités religieuses ou ethniques, les personnes sans abri.</p> <p>Évaluer l'équité des services, c'est-à-dire, si tous les segments de la population de la zone d'implantation jouissent de l'égalité d'accès et bénéficient des services. Cependant, une mesure précise d'équité des services ne sera possible que si un programme tient un système d'information qui peut systématiquement produire des statistiques au sujet des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des clients. En l'absence d'un système d'information, on devra compter sur la preuve anecdotique et quelque information disponible au sujet des effectifs de clients (voir Domaine 8).</p>	
9.3	Réseaux d'orientation	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme réfère-t-il des clients pour d'autres services dont ils pourraient avoir besoin ? • Est-il possible d'orienter des clients vers d'autres services dont ils pourraient avoir besoin ? • Les clients profitent-ils des réorientations à d'autres services ? 	<p>Les clients et leurs familles auront souvent besoin de divers services médicaux, juridiques et sociaux. Par exemple, les femmes qui ont été victimes de violence sexuelles ou ont connu la violence familiale auront besoin de services médicaux et services de protection. Les enfants qui ont subi des lésions cérébrales en raison de l'épilepsie non traitée auront besoin d'une éducation spécialisée. Les individus en proie à des épisodes psychotiques aigus peuvent avoir besoin de services d'hospitalisation et de services spécialisés. Les familles qui ne peuvent pas se permettre d'acheter des médicaments ont besoin des Services Sociaux. Par conséquent, il est essentiel que le programme de santé mentale communautaire établisse des réseaux d'orientation avec, si possible : les services de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires ; les guérisseurs non conventionnels ; les agences des services sociaux, les ONG, etc.</p> <p>Pour l'étude de cas, il est important de documenter : 1) Ce qui se produit lorsqu'un client a besoin d'un service qui ne peut pas être fourni par le programme. Et, 2) Avec quelle rapidité les clients sont-ils vus par d'autres organisations ?</p> <p>Le programme doit également être sûr que d'autres organisations sont informées et peuvent lui référer des clients. Par exemple, le programme a-t-il contacté les hôpitaux locaux ou les établissements psychiatriques de sorte que des patients sortant puissent être suivis dans la communauté ? Le programme a-t-il travaillé avec les guérisseurs non conventionnels de sorte qu'ils réfèrent des individus pour des soins biomédicaux ?</p> <p>Le maintien du réseau d'orientation de clients requiert un contact régulier avec les autres organisations. Le programme</p>	

			Exemples	Documentation
			<p>en fait-il un devoir ou le contact se fait-il uniquement dans le cas d'une orientation de client ?</p> <p>Évaluer l'efficacité du réseau d'orientation des clients exigerait une recherche séparée. À défaut, l'on devra compter sur les impressions du personnel ou, mieux encore, sur l'étude des registres clients pour déterminer si des orientations sont faites vers d'autres organisations ou si les clients viennent au programme parce qu'ils ont été référés par une autre organisation.</p> <p>Il est important de documenter l'absence d'un réseau d'orientation de clients, et d'indiquer quels types d'orientations sont plus nécessaires.</p>	

Domaine 10 : INTERVENTIONS CLINIQUES

		Exemples	Documentation
10.1	Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Qui pose le diagnostic ? • Selon des critères de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ou du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ? Ou, de catégories plus vastes ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs
10.2	Traitements proposés	<p>Comme défini ici, les interventions cliniques sont, soit, des médicaments psychopharmacologiques, soit, des formes de psychothérapie telles que pratiquées par un technicien de la santé mental ayant suivi une formation universitaire supérieure, c'est-à-dire, un psychiatre, un psychologue, un infirmier psychiatrique, une assistante sociale. Énumérer les médicaments disponibles dans Domaine 12.</p> <p>Énumérer et décrire le lieu où les traitements sont administrés, par exemple, domiciles des clients, cliniques de consultations externes, cliniques communautaires.</p> <p>Beaucoup de programmes ne peuvent pas administrer le traitement à la personne qui traverse un épisode psychotique aigu. Indiquer si cela est vrai pour le programme à l'étude. Expliquer pourquoi le programme peut ou ne peut pas pratiquer le traitement d'urgence.</p> <p>Cela est souvent dû au manque de ressources humaines mais pourrait également résulter du manque de moyens de transport ou du manque de formation.</p>	
10.3	Processus d'ordre pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Admission • Programme de traitement • Suivi • Attention aux effets secondaires ? • Qu'est-ce qui se fait <p>Décrire le processus d'admission ou dire comment les nouveaux clients sont inscrits dès qu'ils ont été reconnus comme nécessitant une intervention.</p> <p>Décrire comment les clients sont suivis au fil du temps. Par exemple, les agents de terrain restent-ils en contact avec les clients dans la communauté ? Les clients sont-ils consultés uniquement lors des séances de routine ?</p> <p>Le programme essaie-t-il de retrouver et d'impliquer de nouveau les clients qui ne sont pas retournés pour des services ? Si oui, décrire ces processus et tenter d'en évaluer l'efficacité.</p>	

		<p>au sujet des personnes qui ne retournent pas pour les soins ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Y a-t-il un système pour retrouver et essayer de rengager un client ? <ul style="list-style-type: none"> • Renvoi <ul style="list-style-type: none"> ○ Critères ? ○ Suivi ? 	<p>Le programme a-t-il des critères pour renvoyer ou pour interrompre les services à l'endroit d'un client ? Si oui, décrire. Le programme a-t-il une politique pour le suivi des clients qui ont été renvoyé ou qui ne bénéficient plus des services ?</p>	
10.4	<p>Protocoles et directives</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme a-t-il des protocoles et des directives pour ses interventions cliniques ? • Si oui, sont-elles empruntées ou ont-elles été spécifiquement développées pour le programme ? 	<p>Le programme utilise-t-il des stratégies claires dans le processus de prestation des services cliniques ? Si oui, décrire les protocoles et les directives qui ont été mis en place. Si non, y a-t-il d'autres méthodes par lesquelles la qualité et la régularité de la détection de cas, du diagnostic et du traitement sont maintenues?</p> <p>Le nouveau guide d'intervention mhGAP de l'OMS (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/index.html) fournit aux programmes des informations cliniques fondées sur des preuves qui peuvent être utilisées en les adaptant un peu aux contextes locaux ou non. Le Guide de CBM pour la mise en œuvre (http://www.cbm.org/article/downloads/54741/C_Mental_Health_Guide_lay.pdf) est également utile.</p> <p>Avoir des protocoles et des directives ne garantit pas qu'ils soient suivis. Le soutien et la supervision du personnel par des spécialistes permettront de maintenir les interventions cliniques constamment fondées sur des preuves et de haute qualité.</p> <p>Les pratiques cliniques acceptées peuvent être révisées. Par conséquent il est important que les protocoles et les directives soient périodiquement révisés.</p> <p>Les guides de l'OMS et de CBM peuvent être utilisés pour déterminer si les méthodes d'un programme, qu'elles soient explicites ou non, répondent aux normes internationales. Cependant, l'estimation de l'adhésion aux protocoles et aux directives requiert des études systématiques des méthodes qui sont utilisées pour la détection de cas, le diagnostic et le traitement. Une méthode serait de faire évaluer à des experts extérieurs les méthodes utilisées et de déterminer si, à leurs avis, les méthodes sont de qualité. De telles évaluations ont besoin de plus de ressources et de temps qu'il en est généralement pour une étude de cas. Par conséquent, aux fins d'une étude de cas, il est extrêmement important de documenter si le programme a des protocoles et des directives et le point auquel ils sont mis en œuvre.</p>	

10.5	Méthodes d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Le programme a-t-il établi un processus pour évaluer l'efficacité de l'intervention clinique ? 	<p>Si oui, décrire le processus et indiquer comment les leçons apprises sont mises en pratique.</p> <p>Ceci ne se rapporte pas au fait d'effectuer des essais cliniques ou des analyses statistiques des résultats des clients. Il se rapporte, plutôt, à la question de savoir si les programmes révisent périodiquement ses pratiques cliniques. Ceci pourrait prendre la forme de révisions occasionnelles de cas ou de discussions au sein du personnel ou de consultations régulières avec des psychiatres.</p>	
10.6	Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Les interventions cliniques sont-elles efficaces dans l'amélioration de la vie des clients ? 	<p>À moins que le programme n'évalue et ne documente régulièrement les statuts cliniques, fonctionnels et sociaux des clients (voir Domaine 15), il ne sera pas possible d'évaluer de manière définitive les interventions cliniques. La preuve anecdotique doit être utilisée avec précaution.</p>	Statistiques à partir du système d'information

Domaine 11 : MÉDICAMENTS

			Exemples	Documentation
11.1	Politiques d'achat	<ul style="list-style-type: none"> Liste des médicaments utilisés D'autres médicaments sont-ils disponibles localement mais ne sont pas utilisés par le programme ? Pourquoi ? Coûts de chacun Quantité, conformité et qualité de la fourniture ? Le programme ne fait que prescrire des médicaments sans les fournir ? 	<p>La liste des médicaments du programme est-elle semblable à la liste des médicaments essentiels de l'OMS ? (Sections 5 et 24 : http://www.who.int/entity/selection_medicines/committees/expert/17/sixteenth_adult_list_en.pdf)</p> <p>Documenter la méthode par laquelle les programmes déterminent les médicaments qui seront achetés. Quels critères sont utilisés ? Coûts ? Facilité d'achat ? Efficacité avérée ?</p> <p>Le programme a-t-il des stratégies d'achat de médicaments ? Les achats sont-ils basés sur les prévisions de besoins du mois suivant, des trois mois à venir, des six mois à venir ?</p> <p>À quelles sources les médicaments sont-ils achetés ? Fabricants locaux ? Fabricants étrangers ? Pharmacies locales ? Quels critères, le cas échéant, sont utilisés pour choisir une source ? Coût ?</p> <p>Documenter, le cas échéant, le contrôle effectué par le programme sur la qualité des médicaments achetés. Généralement, ceci prendra la forme d'un achat à partir de sources fiables, mais il serait utile que les programmes soient vigilants quant à l'éventualité de médicaments de mauvaise qualité.</p> <p>L'examen des registres des médicaments doit montrer la quantité et la conformité de la provision. Il est important d'interroger le personnel et les administrateurs à ce sujet parce qu'ils peuvent signaler les problèmes qui ne seront pas révélés uniquement en consultant les registres.</p> <p>Vérifier et documenter si le programme a mis en œuvre des méthodes de gestion des stocks. Dans sa forme la plus élémentaire, ceci requiert la tenue de registres soignés de ce qui est distribué. Les registres doivent indiquer s'il y a eu les insuffisances de provisions. Ces registres serviront également à attirer l'attention du programme sur le vol des médicaments. Les programmes doivent également avoir des plans d'urgence pour les périodes où les médicaments sont nécessaires mais ne sont pas fournis par les sources habituelles. Les programmes doivent être sûrs que les médicaments disponibles ne sont pas dépassés ou périmés.</p> <p>Y a-t-il une ligne budgétaire consacrée à l'achat des médicaments ? Les fonds pour l'achat des médicaments sont-ils disponibles au besoin ? Comment ces fonds sont-ils gérés ?</p> <p>L'efficacité des médicaments peut être sensiblement réduite ou entièrement éliminée si les médicaments ne sont pas bien stockés et ne sont pas protégés contre la chaleur, la contamination, l'humidité etc. Les équipements de stockage doivent également être sécurisés pour protéger</p>	<ul style="list-style-type: none"> Entrevues avec le personnel et les administrateurs Registres d'achats des médicaments

			<p>contre le vol.</p> <p>Pour les programmes qui prescrivent des médicaments mais ne les fournissent pas aux clients, où vont les clients pour se procurer leurs médicaments ? Quels sont les risques que les médicaments de ces établissements ne soient pas de bonne qualité ou ne soient pas régulièrement disponibles ?</p>	
--	--	--	---	--

Domaine 12 : INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

			Exemples	Documentation
12.1	Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Forme d'intervention : <ul style="list-style-type: none"> ○ Individu ○ Soutien de famille/accompagnants ○ Groupes d'entraide ○ Programmes de moyens de subsistance • Groupes cibles • Services fournis par qui ? 	<p>Énumérer toutes les autres interventions psychosociales proposées par le programme. Il peut s'agir de relations de conseils-soutien, de visites à domicile par les agents de santé mentale locaux, d'activités de prévention et de promotion, de plaidoyer, de résolution des problèmes, d'organisation du soutien par les pairs, d'ateliers communautaires, de sensibilisation, de formation professionnelle, etc. Pour chaque activité, fournir autant de détails que possible.</p> <p>Pour les Groupes d'entraide et les programmes de moyens de subsistance, voir Domaine 12a.</p> <p>Fournir des détails sur le personnel qui dirige chacune de ces activités et indiquer si chacune des interventions est focalisée sur des groupes de clients ou de clients potentiels précis. Il est important de fournir des détails sur la façon dont des groupes sont supervisés.</p> <p>Il faut vérifier si les programmes soutiennent les soignants ; en outre, l'on doit documenter les difficultés relevées par les soignants.</p>	
12.2	Prévention et promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme soutient et/ou gère-t-il des activités de prévention et de promotion ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme travaille-t-il avec les familles et les soutient-t-il de sorte que les membres des familles atteints de maladies mentales ne soient pas maltraités ? • Le programme forme-t-il les policiers de sorte qu'ils n'usent pas nécessairement de violence lorsqu'ils ont affaire à une personne victime d'un épisode psychotique aigu ? • Le programme organise-t-il des réunions ou des ateliers communautaires dans le but d'améliorer les attitudes du public à l'égard de la maladie mentale ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Décrire chaque cas • Le programme a-t-il des activités concernant la prévention de l'abus d'alcool, des violences sexuelles et physiques et la prévention du suicide ? • Le programme a-t-il des activités abordant la santé de l'enfant et la santé mentale ? Ces activités sont-elles menées dans les écoles ? <p>Évaluer les mesures dans lesquelles le programme aborde les attitudes et les comportements sociaux négatifs. Ce pourrait être par des ateliers pédagogiques ou de sensibilisation de la communauté, des campagnes de plaidoyer, des actions en justice (par exemple, pour aborder les violations des droits de l'Homme), ou des formations pour les fonctionnaires du gouvernement (par exemple, la police, les autorités sanitaires).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Visites et entrevues avec des membres des groupes
12.3	Protocoles et directives	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme a-t-il des protocoles et des directives pour ses interventions psychosociales ? 	<p>Le programme utilise-t-il des stratégies explicites dans le processus de prestation des services psychosociaux ? Si oui, décrire les protocoles et les directives qui ont été mis en place. Si non, y a-t-il d'autres méthodes par lesquelles la qualité et la régularité des interventions sont maintenues ?</p>	

		Exemples		Documentation
		<ul style="list-style-type: none"> • Si oui, ont-ils été empruntés ou développés spécialement pour le programme ? 	<p>Le guide de mise en œuvre de CBM (http://www.cbm.org/article/downloads/54741/C_Mental_Health_Guide_lay.pdf) est un document utile pour l'évaluation des protocoles et directives.</p>	
12.4	Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions psychosociales améliorent-elles la vie des clients en termes de qualité générale ou, plus précisément, de statut socio-économique ? 	<p>À moins que le programme n'évalue et ne documente régulièrement les statuts cliniques, fonctionnels et sociaux des clients (voir Domaine 15), il ne sera pas possible d'évaluer de manière définitive les interventions psychosociales. La preuve anecdotique peut être utilisée avec précaution.</p> <p>L'évaluation systématique des conséquences économiques de ces interventions - pour les clients et les familles - requiert une recherche séparée.</p>	
12.5	Méthodes d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme a-t-il établi un processus pour évaluer l'efficacité des interventions psychosociales ? 	<p>Si oui, décrire le processus et indiquer comment les leçons apprises sont mises en pratique.</p> <p>Ceci ne se rapporte pas au fait d'effectuer des essais cliniques ou des analyses statistiques des résultats des clients. Il se rapporte plutôt, à la question de savoir si les programmes révisent périodiquement leurs pratiques psychosociales. Ceci pourrait prendre la forme de revues occasionnelles de cas ou de discussions occasionnelles au sein du personnel.</p>	

Domaine 12a : GROUPES D'ENTRAIDE ET PROGRAMMES DE MOYENS DE SUBSISTANCE

			Exemples	Documentation
12a.1	Groupes d'entraide	<ul style="list-style-type: none"> Le programme organise-t-il des groupes d'entraides ? 	<p>Combien de membres ?</p> <p>Quels sont les critères d'adhésion ?</p> <p>Les groupes d'entraide perçoivent-ils des cotisations ? Comment les finances des groupes d'entraide sont-ils gérées ? Comment les fonds sont-ils utilisés ?</p> <p>Quelles sont les avantages de l'adhésion ?</p> <p>Combien de fois les groupes se réunissent-ils ? Qu'est-ce qui se fait lors des réunions ?</p> <p>Les groupes entreprennent-ils des activités collectives ? Décrire</p> <p>Après avoir créé des groupes d'entraide, le programme leur fournit-il du soutien ? Si oui, documenter ce qui suit : Que fait le programme de santé mentale communautaire pour maintenir ses relations avec les groupes d'entraide ? Le programme lance-t-il des activités auxquelles participent les groupes d'entraide ? Le programme aide-t-il les groupes d'entraide à gérer leurs fonds ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Entrevues avec le personnel et les administrateurs Visites et entrevues avec les membres des groupes d'entraide et les participants aux programmes de moyens de subsistance. <p>En visitant et en ayant des entrevues avec les membres des groupes d'entraide et les participants aux programmes de moyens de subsistance, il sera possible de recueillir la preuve anecdotique des avantages de ces activités. Par exemple, les membres des groupes d'entraide au nord du Ghana ont signalé comment leur adhésion au groupe a été associée au mieux-être des aidants et des clients, à une meilleure adhésion au traitement ainsi qu'à une plus grande patience et tolérance envers les personnes atteintes de troubles mentaux.</p>
12a.2	Programmes de moyens de subsistance	<ul style="list-style-type: none"> Le programme mène-t-il des activités de moyens de subsistance ? Quels sont les critères utilisés pour accorder des prêts ? Quels sont les taux de remboursement des prêts ? Quelle est la nature de la formation professionnelle et des apprentissages ? 	<p>Le programme propose-t-il des prêts ? Quels sont les montants des prêts ? Quel est le taux d'intérêt ? Quels sont les critères pour la demande des prêts ? Quels sont les procédures d'approbation des prêts ? Comment les prêts sont-ils utilisés ? Les prêts sont-ils remboursés ?</p> <p>Le programme propose-t-il des possibilités d'apprentissage ? Si oui, décrire les types et les conditions sous lesquelles les apprentis travaillent. Le programme supervise-t-il le programme d'apprentissage pour être sûr que les clients ne sont pas exploités ?</p> <p>Le programme propose-t-il la formation professionnelle ?</p> <p>Le programme fournit-il des outils aux clients de sorte qu'ils puissent lancer une petite entreprise, par exemple, la couture, la menuiserie ? Comment le programme détermine-t-il à qui seront donnés des outils ?</p> <p>Certains programmes proposent des prêts de sorte que les clients/familles puissent entreprendre des activités économiques, par exemple, acheter des semences pour cultiver, créer un petit commerce de détail, faire et vendre du savon, élever du bétail, acheter et revendre des céréales. Décrire, en détail, l'admissibilité pour obtenir un prêt, les critères sur lesquels des prêts sont accordés, l'intervalle des montants des prêts, les conditions des prêts (programme de remboursement et taux d'intérêt), comment les prêts sont utilisés et comment le programme finance les prêts. Quant au financement des prêts, le programme a-t-il obtenu une subvention unique et espère-t-il que les remboursements avec intérêt feront augmenter les fonds ou y a-t-il une autre</p>	<p>En visitant et en ayant des entrevues avec les membres des groupes d'entraide et les participants aux programmes de moyens de subsistance, il sera possible de recueillir la preuve anecdotique des avantages de ces activités. Par exemple, les membres des groupes d'entraide au nord du Ghana ont signalé comment leur adhésion au groupe a été associée au mieux-être des aidants et des clients, à une meilleure adhésion au traitement ainsi qu'à une plus grande patience et tolérance envers les personnes atteintes de troubles mentaux.</p>

		Exemples	Documentation
		<p>stratégie pour rendre le programme de prêt durable ?</p> <p>Certains programmes offrent aux clients la possibilité de devenir des apprentis tailleurs, des tisserands etc. Énumérer les possibilités d'apprentissage et décrire les dispositions dans le cadre desquelles les clients travaillent en tant qu'apprentis.</p> <p>Certains programmes proposent la formation professionnelle aux clients. Par exemple, les cours de cuisine et de massage ont été offerts par un programme aux Philippines. Décrire pourquoi ces métiers ont été choisis pour la formation et les séances de formation qui ont été offertes.</p> <p>Le programme a-t-il établi des relations avec des entreprises d'état ou privées qui peuvent soutenir les programmes des groupes d'entraide ou de moyens de subsistance ?</p> <p>Comment le programme gère-t-il son programme de moyens de subsistance ? Aide-t-il à la gestion financière ? Quel est le processus de prise de décisions pour l'approbation des prêts ? Le programme tient-il des registres soignés des prêts, des remboursements et des prêts ultérieurs ?</p> <p>Le programme a-t-il une supervision des apprentissages ? Le programme organise-t-il des visites régulières sur les sites pour évaluer le progrès des clients ?</p> <p>Le programme aide-t-il activement des clients à faire usage de leur formation professionnelle ? Si oui, décrire.</p> <p>Si des clients ont été placés pour emploi dans des entreprises d'état ou privées, le programme fournit-il un soutien continu pour aider les clients à garder leurs emplois ?</p> <p>L'évaluation systématique des effets des groupes d'entraide et des programmes de moyens de subsistance sur les soignants et les familles nécessiterait une recherche indépendante.</p> <p>Théoriquement, un programme de santé mentale communautaire doit avoir des indicateurs de résultats relatifs aux statuts fonctionnels des clients, par exemple, l'Évaluation Globale du Fonctionnement de l'individu, qui permettrait de mener des évaluations plus systématiques pour savoir si l'adhésion à un groupe d'entraide ou la participation à un programme de moyens de subsistance améliore le statut fonctionnel.</p> <p>La mesure des conséquences économiques des programmes de moyens de subsistance obligerait des programmes à collecter régulièrement des données économiques au sujet des clients et de leurs familles. Au moins, il faudrait des données sur le nombre de familles qui remboursent avec succès les prêts initiaux et qui continuent alors d'obtenir et de rembourser des prêts ultérieurs.</p>	

Domaine 13 : ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

		Exemples	Documentation
13.1	Lieu	<p>L'accessibilité se rapporte à la facilité avec laquelle les clients peuvent bénéficier des services proposés par le programme de santé mentale communautaire.</p> <p>Si les services du programme sont basés dans une clinique, la distance que les clients doivent parcourir pour se rendre à la clinique sera un facteur déterminant de qui accédera aux services ou pas. Par exemple, les registres à HFRCMH montrent que les populations des communautés voisines sont plus susceptibles d'être des clients que les personnes qui vivent plus loin.</p> <p>Le calendrier des services peut également être un obstacle, par exemple, si les services ne sont proposés que pendant les périodes où les gens travaillent, ou si les services sont rarement proposés, par exemple, les cliniques communautaires mensuelles.</p> <p>Des clients peuvent être découragés d'une participation régulière s'il faut attendre longtemps avant d'être reçu ou si le personnel du programme n'est pas accueillant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec le personnel et les administrateurs • Observations
13.2	Disposition de transport	<p>La distance en soi n'est pas le seul facteur. Les coûts du transport peuvent limiter l'accès aux services des clients et des familles. Pendant une période, HFRCMH a offert des services d'hôpital de jour aux personnes atteintes de maladies mentales graves. Ce service a été interrompu, toutefois, lorsque HFRCMH a été obligé d'interrompre le service quotidien de son camion, les clients ont cessé de venir au point de service qui se situe à 12km environ du centre de la ville de Tabaco.</p>	
13.3	Frais abordables?	<p>Le coût des services peut être un important obstacle à l'accès aux services. APSRP ne fait pas payer les consultations ou les médicaments aux clients. SPWD fait payer les médicaments aux clients mais ce fait ne semble pas être une barrière importante. Par contre, HFRCMH doit facturer les consultations externes, les médicaments et les services aux hospitalisés. Deux municipalités locales compensent partiellement ces coûts pour quelques résidents, mais la preuve anecdotique indique que les coûts posent des barrières importantes à l'accès aux services.</p>	
13.4	Heures de services et calendriers qui correspondent aux besoins des clients ?	<p>Le programme propose-t-il ses services à un moment de la journée, ou des jours de la semaine qui arrangent les clients ?</p>	
13.5	Services à domicile?	<p>En cas d'urgence ou dans le cas d'un individu qui ne peut pas se déplacer, il est bon qu'un programme puisse proposer des services à domicile.</p>	
13.6	Suivi ?	<p>Un indicateur d'accessibilité des services est un taux élevé de suivi des clients. Les impressions du personnel sur le suivi peuvent être instructives, mais une réponse plus</p>	

	Exemples	Documentation
	définitive n'est possible que si le programme tient un système d'information.	

Domaine 14 : SYSTÈME D'INFORMATION

		Exemples	Documentation
14.1	Système d'information	<ul style="list-style-type: none"> • Qui collecte les données ? • Sous quelle forme sont-elles enregistrées ? • Comment sont-elles conservées, par exemple, des dossiers papier, sur ordinateurs, dans des bases de données ? • Procédures pour produire des rapports à partir des données • À qui les informations sont-elles envoyées, le bailleur de fonds par exemple ? • Le bailleur de fonds a-t-il des conditions spécifiques pour la collecte de données et la production de rapports ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des dossiers ou du système d'information
14.2	Détails	<p>Quelles informations sont collectées ? Le programme peut-il facilement produire des statistiques descriptives au sujet des clients et de leur utilisation des services ?</p> <p>L'attribution d'une identité unique est la clé à tous les systèmes d'information clients. Ce peut être un numéro ou une combinaison de nombres et de lettres. La seule condition est que l'identité de chaque client soit unique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations collectées à l'enregistrement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Âge ○ Sexe ○ État civil ○ Profession ○ Diagnostics ○ État clinique ○ État fonctionnel ○ Traitement prescrit ○ Autres problèmes physiques ○ Client référés à d'autres services ? ○ Date d'enregistrement • Informations collectées lors des contacts ultérieurs du client avec la clinique : <ul style="list-style-type: none"> ○ État clinique ○ État fonctionnel ○ Traitement prescrit ○ Client référé à d'autres services ? ○ Date de contact <p>L'entrée des données des clients dans une base de données électronique est la méthode idéale de conservation. Si cela n'est pas possible, les programmes sont libres pour concevoir leurs propres systèmes de classement. La seule condition est que les données puissent être examinées facilement.</p> <p>Après avoir recueilli les informations il devrait être possible de les rassembler pour produire les données du</p>	

	Exemples	Documentation
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de nouveaux clients chaque mois • Nombre de clients consultés chaque mois • Caractéristiques cliniques des clients (voir 10.1) • Caractéristiques sociodémographiques des clients (voir Domaine 8.2) • Les interventions/traitements que les clients reçoivent • Taux de suivi : nombre moyen de fois que des clients sont examinés avant de quitter le service pour cause d'attrition ou à de renvoi chez eux • Les évaluations de l'efficacité en matière de réduction de la gravité des symptômes et d'amélioration du fonctionnement au cours du traitement <p>Le système d'information doit également constituer la base pour établir un registre des clients qui ne sont pas retournés pour les services et qui nécessitent un suivi actif.</p> <p>Un système d'information est simplement aussi bon que les données qui sont collectées. Par conséquent, il est important que les programmes de santé mentale communautaire vérifient assidument si toutes les données sont rassemblées de façon régulière. Fondamentalement, ceci nécessite de vérifier que tous les champs requis sont renseignés. La vérification de l'exactitude est plus difficile mais la qualité des données peut être assurée en révisant périodiquement un échantillon des dossiers des clients.</p> <p>Dès que le système d'information est établi, il doit être régulièrement entretenu.</p> <p>S'il est informatisé, cela signifie que les données sont entrées et sauvegardées selon un calendrier établi. En outre, il serait intéressant de produire périodiquement des statistiques pour s'assurer que la base de données fonctionne.</p> <p>Si le système est composé de dossiers papier, ceux-ci doivent être vérifiés périodiquement pour voir si des dossiers individuels peuvent être facilement localisés.</p>	

SYNTHÈSE

Chronologie des principaux événements

Importantes réalisations

Analyse FFPM + leçons et besoins pour une recherche future

Aspects internes d'un programme	Forces	Exemples : personnel bien formé, provisions constantes et adéquates de médicaments de haute qualité, diversité d'interventions psychosociales
	Faiblesses	Exemples : nombre insuffisant d'employés, mauvaise gestion budgétaire, manque d'orientation, manque de participation communautaire
Aspects extérieurs d'un programme	Possibilités	Exemples : Établir des relations avec les spécialistes locaux et les institutions locales, faire pression sur les gouvernements locaux pour le financement, travailler avec les ONG locales
	Menaces	Exemples : manque de financement, instabilité politique ou sociale
	Leçons	L'expérience d'un programme permet-elle de retenir des leçons pour les programmes en cours ou les programmes potentiels ? L'expérience d'un programme suggère-t-elle des stratégies de mise à échelle ? Par exemple, l'appui sur un personnel mal rémunéré ou bénévole est-elle une option viable ? Quels sont les difficultés d'intégrer des services de santé mentale dans un programme de réadaptation à base communautaire ?
	Recherche complémentaire	La conduite d'une étude de cas mène souvent à l'identification des questions qui nécessitent des projets de recherche séparés et ciblés. L'identification de telles questions est un résultat important d'une étude de cas. Exemples de questions : Que pensent les clients et les soignants des services ? Quelles sont les avantages des familles et de la communauté des groupes d'entraide ? Quelles sont les raisons de la non-adhésion parmi les clients ?

Principaux événements : Énumérer dans l'ordre chronologique les événements principaux de l'histoire du programme : les événements qui ont mené à sa création, aussi bien que les changements cruciaux que le programme a subis depuis sa création.

Importantes réalisations : Énumérer dans l'ordre chronologique les réalisations qui ont eu un impact sur la communauté immédiate, les systèmes locaux ou nationaux de santé mentale, la politique ou la législation locale en matière de santé mentale, la réduction de stigmatisation.