

Journal International De Victimologie International Journal Of Victimology

Tome 3, numéro 1 (Octobre 2004)

Approche des processus d'évaluation des actions de support psychosocial des victimes de catastrophe

SERNICLAES, O. [BELGIQUE]

DOSSIER: GESTION PSYCHOSOCIALE DES CATASTROPHES

Auteur

Psychologue

Cellule Plan National Psychosocial de Catastrophe, expert pour la Commission Fédérale d'Aide psychosociale

Centre de Psychologie de Crise, Dépt. de Santé Mentale, de l'Hôpital Central de la Base- Reine Astrid, Défense.

Mots-clés

Catastrophes ; support psychosocial ; victimes

Introduction

Deux questions se posent à tout intervenant offrant un support psychosocial aux victimes. Premièrement: ai-je offert le meilleur service (qualité des actions menées) et deuxièmement : mon intervention est-elle efficace (quel est le résultat obtenu) ? Ces deux questions légitimes sont généralement abordées de manière naturelle et subjective, tout le monde cherche à connaître l'impact de ses actions et l'appréciation faite par le "client".

Cependant, l'objectivation et la systématisation de ces évaluations sont nettement plus complexes qu'il n'y paraît. En effet, l'intervenant s'intègre souvent dans un processus de soutien psychosocial regroupant différents acteurs et institutions et pour un nombre élevé de victimes.

De plus, évaluer nous renvoie au concept, maintenant classique dans le monde du travail, de Qualité (du genre Total Quality management, normes ISO). La Santé publique et le secteur de la

santé mentale en particulier n'échappent plus à ce concept de qualité de service rendu. Le monde de l'humanitaire (UNHCR (Lawry-White, 2000), MSF, Handicap International, CICR) et nombre d'ONG (Ryfman & Jacquemard, 2000) mènent une réflexion sur la qualité des services offerts et sur la pertinence ou non des critères permettant de développer des programmes de soutien psychosocial ou de santé mentale.

Deux publications récentes de la revue *Stress et Trauma*, abordent la problématique de l'évaluation des actions de soutien psychologique voire psychiatrique lors d'interventions de crise dans le cadre des actions menées par les CUMP.

Le premier dresse notamment le bilan des interventions suite aux inondations du Tarn-Sud (Passamar, Vilamot & Tellier, 2001). Travail de bilan remarquable par sa pertinence dans le relevé des multiples facteurs influant sur les actions des CUMP lorsque les conditions de travail deviennent complexes.

Le deuxième concerne directement notre propos et s'intitule : "Comment évaluer les effets différés des interventions des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques ? » (Franc, Mercier, Traubaud, Vincent & Filloux, 2001). Ce dernier pose clairement le problème de l'évaluation de l'efficacité des interventions, où l'absence d'indicateurs fiables pour évaluer laisse libre court soit au fantasme de toute puissance (notre intervention est parfaite), soit au

désespoir et à l'impuissance (notre action est dommageable). Nous allons essayer de dégager quelques pistes qui permettent d'approcher les mécanismes d'évaluation de manière un peu plus large et "constructive". Notre souci est de ne pas nuire aux victimes en intervenant, de ne pas survictimiser (et ce quelles que soient les méthodes utilisées ou la philosophie des actions mises en place) et certainement de créer un contexte favorisant le retour à un équilibre sociopsychologique qui permette aux victimes de retrouver leur autonomie. À ce titre les processus d'évaluation doivent faire partie intégrante des structures développées et devenir un des outils de gestion des interventions psychosociales. Par conséquent, l'évaluation de l'efficacité des interventions de soutien psychologique ne peut se résumer au suivi de l'état psychopathologique des victimes.

Approche générale du processus d'évaluation.

Nous nous référons aux travaux d'Umberto Nizzoli et de Bérengère Denis de MSF Belgique (Berengere, 2000), pour établir un premier cadre d'analyse de ces processus d'évaluation concernant le secteur de la santé mentale et plus particulièrement les interventions de soutien psychosocial en situation de crise collective.

"L'évaluation consiste à étudier les conséquences prévisibles et imprévisibles, désirables et indésirables des programmes d'activité mis en place, dans le but

d'obtenir un changement programmé (changement personnel, familial, social, communautaire). L'évaluation naît par conséquent comme un instrument de contrôle des programmes d'intervention, dans le but d'analyser le fonctionnement et le rendement, qu'ils soient bons ou mauvais, des activités pratiquées" (Nizzoli Umberto)

Globalement l'évaluation permettra de vérifier jusqu'à quel point les activités programmées ont donné les résultats attendus (directs, indirects), si les "clients" sont satisfaits ou non, si les interventions ont permis ou non de rétablir un équilibre et d'apporter un changement individuel et/ou collectif. Tout dépendra des objectifs visés par le service évaluateur.

Plusieurs difficultés existent lorsqu'il s'agit d'évaluer un service rendu et non un produit. La productivité ne peut se résumer à l'étude d'un coût. Evaluer une organisation de services destinés à la personne ou à une communauté nécessite d'étendre le procédé d'évaluation à un ensemble de critères de contrôle telles que l'efficacité, la satisfaction, l'équité, l'accessibilité... De plus, contrairement à la production d'un bien, la prestation d'un service tend vers un processus de transformation individuelle et/ou sociale en répondant à une situation de besoin. Par conséquent, l'Outcome ou "résultat final " sera influencé par une série de processus interdépendants mais incontrôlable par un opérateur isolé. Par exemple : l'impact des procès (enquêtes) sur la durée du processus de

rétablissement psychologique des victimes d'un attentat.

Lorsque que l'on s'occupe de personnes en souffrance et de leurs comportements, le fait de fournir des prestations efficaces (soutien rapide, disponibilité, techniques adaptées...) ne correspond jamais à l'efficacité de la prise en charge proprement dite (réponse aux besoins, rééquilibrage psychosocial, diminution de la souffrance).

Par ailleurs, la notion d'efficacité économique (coût, moyens mobilisés...) si elle ne peut être éliminée des schémas d'évaluation, peut être utilisée comme un des indicateurs et mais pas servir d'argument décisionnel. De fait le prix payé pour un service et surtout pour un service de santé publique est une affaire de valeur accordée à la problématique par l'Etat et ses citoyens et non une question de rentabilité directe.

L'évaluation doit également faire partie intégrante des programmes d'activités. Cela suppose la programmation des actions et des interventions, le repérage des opérateurs et des publics cibles, la description des actions et de leurs objectifs. Les opérateurs et les publics cibles doivent être parties prenantes du processus d'évaluation et associés dans la définition des objectifs des actions (ce qui transforme l'évaluation source de contrôle en une évaluation formatrice).

Pour conclure, le fait de vérifier le degré d'efficacité de l'organisation d'un service, revient à s'assurer de la réalisation des

objectifs pour lesquels cette organisation a été mise en place et, parallèlement, à vérifier dans quelle mesure ces résultats ont satisfait les attentes ou les besoins des individus qui en ont bénéficié. Pour autant, une évaluation demande du temps, de l'argent et des compétences.

Alors comment rendre l'évaluation attrayante pour les opérateurs, comment la rendre utile aux victimes, qui doit la mener et qui en détermine la méthodologie ?

De manière schématique, l'évaluation tant des actions, des programmes que des résultats, devra permettre de vérifier les aspects suivants :

Pertinence : adéquation des objectifs à la problématique et adéquation des actions aux objectifs : pertinence des objectifs que les acteurs se fixent et pertinence des actions programmées.

Efficacité : jusqu'à quel point les objectifs envisagés sont réalisés, et quelles sont les raisons de succès ou d'échec.

Efficience : mesure la relation entre les input et les output, et analyse le rendement entre les moyens investis et les résultats. L'efficience peut se traduire en coûts matériels, financiers, humains, temporels.

Output : résultat direct global ou spécifique des activités de support psychosocial mises en oeuvre.

Outcome : Conséquence directe du résultat (effets court terme/ long terme).

Impact (effet global) : conséquences indirectes.

Acceptabilité du programme, du processus, tant pour les intervenants que pour les victimes.

Effets imprévisibles, non contrôlables : ouverture vers des résultats non envisagés.

Pérennité : maintien dans le temps des résultats ou de la dynamique.

Proposition d'objectifs d'évaluation dans le cadre du support psychosocial des victimes de catastrophes ou d'urgences collectives (Aarts, 2001).

Offrir un service de qualité (support psychosocial) aux clients (victimes).

Définir des guidelines d'aide psychosociale pour les victimes d'urgences collectives au niveau national voire international qui répondent le plus adéquatement possible aux besoins des victimes compte tenu des ressources disponibles (Ordre des Psychologues du Québec, 1998).

Comprendre quels sont les facteurs de résilience individuelle et collective qui permettent de retrouver un équilibre fonctionnel après une urgence collective.

Apprécier les modes opératoires qui favorisent le rétablissement d'une majorité de victimes.

S'assurer que les procédures et plans mis en place sont adaptés

et évoluent en fonction des demandes et des ressources.

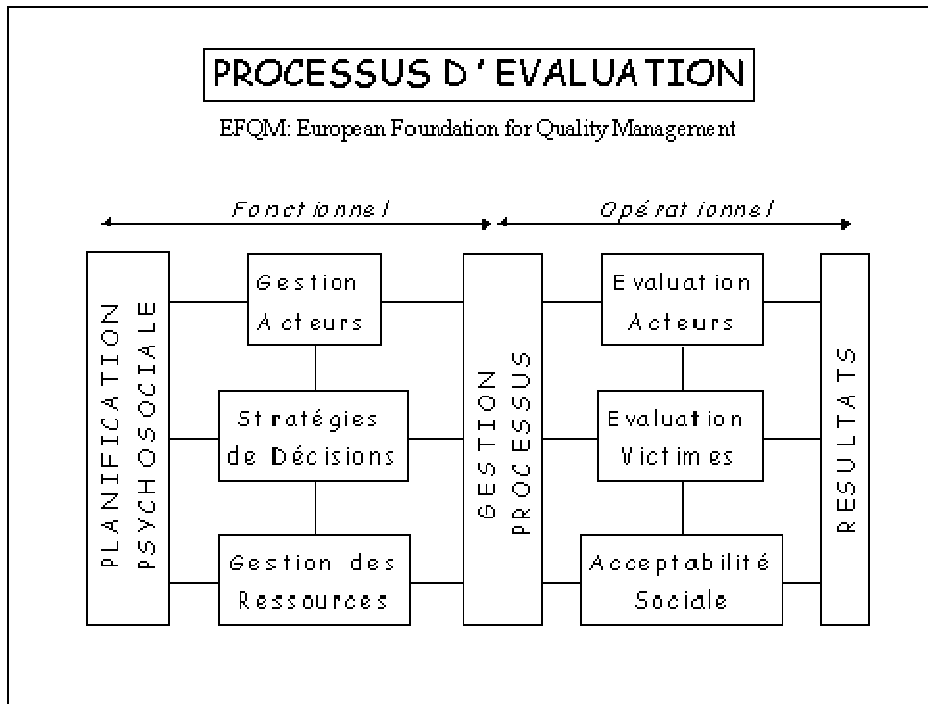
Capitaliser l'expérience afin d'améliorer les formations et par conséquent les interventions des différents acteurs.

Faciliter les décisions opérationnelles et les choix d'activités de support psychosocial.

Processus d'évaluation des actions psychosociales.

Afin d'inscrire le processus d'évaluation dans un cadre référentiel cohérent, nous nous sommes basés sur le travail fourni par L'European Foundation for Quality Management (EFQM, 1995) et sur les adaptations au secteur de la santé mentale faites notamment par les Hollandais (Walburg, 1997).

Figure 1



Nous distinguerons deux champs d'évaluation : le champ fonctionnel et le champ opérationnel.

Il sera nécessaire de déterminer au préalable pour chaque champ des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. Les variations de mesures pour un même indicateur

entre deux moments donnés permettront de noter une évolution.

Les indicateurs retenus devront être

Pertinents ou significatifs : l'information collectée correspond aux objectifs prédéfinis,

Fiabiles: mesurés dans des conditions similaires ils donnent les mêmes résultats,
 Spécifiques: les variations observées sont bien provoquées par les actions menées,
 Sensibles: leurs variations sont suffisantes pour être observées.

Les méthodes de récolte d'information vont être adaptées au champ à évaluer, aux moyens disponibles, aux indicateurs retenus et aux objectifs envisagés. Toutes les techniques d'enquête se relèvent pertinentes pour autant que les opérateurs (intervenants psychosociaux) soient associés au processus. L'autre partenaire indispensable est la victime, elle doit être impliquée comme sujet d'évaluation et non comme objet. Traçabilité et mémoire des actions sont les deux conditions de base d'évaluation du processus et de ses résultats. La première étape est de pouvoir retracer toutes les victimes. Ensuite, il faut garantir l'encodage systématique des actions menées, des contacts, des décisions prises, la retranscription de tous les bilans d'interventions (SITREP et débriefing). Cet encodage va nécessiter la mise au point de formulaires et de procédures d'encodage. Les techniques d'enquête et de recueil d'informations peuvent se faire par interviews à domicile, par téléphone ou via questionnaire.

Quels sont les indicateurs associés aux différents champs ?

Champ fonctionnel.

Dans le champ fonctionnel, les indicateurs pourraient se traduire

par la création et le développement de différentes structures et processus de gestion, de programmation et de coordination des actions. Une liste non exhaustive de ces indicateurs potentiels serait :

Un plan d'intervention, un processus d'implémentation structuré, un plan de mise en alerte, une vision d'approche, un processus d'intervention connu et accepté, un financement adapté, des structures de coordination et de commandement, une structure de référence, des acteurs spécialisés, un réseau mobilisable, des formations spécifiques, un programme de prévention primaire, une continuité temporelle des moyens de support mobilisable, une détermination claire des responsabilités, une volonté politique et sociale cohérente, des accords ministériels voire interministériels, des moyens techniques et matériels d'information, des outils standardisés (sitrep, fiches, formulaires, leaflet, etc.), la participation à des exercices, l'existence d'un plan d'évaluation et des moyens adaptés pour l'évaluer, des protocoles de recherches scientifiques avec des structures universitaires.

Champ opérationnel.

Pour le champ opérationnel, le premier niveau d'évaluation sera le fonctionnement du plan d'intervention en soi et l'application du processus de gestion. Au sein même du processus toute action, toute étape devra faire l'objet d'une analyse et d'un encodage mettant en balance les publics cibles, les

besoins observés ou exprimés, les ressources disponibles, les objectifs d'action, les techniques choisies et leur pertinence, les ressources en intervenants qualifiés et leur coopération multidisciplinaire, le bilan de l'action et l'estimation des besoins complémentaires. L'évaluation du processus de gestion est récurrente et sert essentiellement à la prise de décisions et à l'ajustement des actions. L'analyse du respect des procédures et des blocages, depuis la mise en alerte, le traçage des victimes, la mobilisation, la disponibilité des moyens, la proactivité, l'outreaching des victimes, la continuité dans le temps du support offert jusqu'au bilan et fonctionnement des comités de coordination seront des indicateurs de la standardisation ou non des actions. Les adaptations spécifiques à chaque catastrophe devront être mises en évidence. Les premières estimations financières seront couplées aux moyens humains mobilisés. L'organisation du suivi des victimes devra être assurée et coordonnée. Les intervenants auront à donner leurs appréciations technique et humaine sur le déroulement de l'intervention, sur les collaborations, sur la transmission des informations, sur l'évolution du processus dans le temps, sur la coordination des actions et sur leur suivi personnel (débriefing des acteurs). La notion d'acceptation sociale comme niveau d'évaluation opérationnelle fait référence à la mobilisation de la société, du public, des médias, mais aussi d'acceptation par la communauté touchée, des mesures de soutien

psychosocial qui sont proposées (Fawcett, 2000).

Concernant l'appréciation des publics cibles et des résultats, nous allons aborder la notion de PTSD (post-traumatic Stress Disorder) et montrer les limites de ce critère comme sujet de recherche scientifique et comme indicateur d'évaluation.

La littérature concernant les conséquences psychopathologiques d'une catastrophe est gigantesque. Ces études portent essentiellement sur l'analyse rétrospective ponctuelle ou longitudinale de symptômes psychopathologiques signant une souffrance chez les victimes de catastrophe. L'angle d'approche le plus commun étant celui du traumatisme vécu, ces recherches ont surtout mis en évidence la présence ou l'absence de symptômes relevant de l'Etat de Stress Post-Traumatique (PTSD) ou de désordres psychologiques concomitants (dépression, angoisses, troubles addictifs, dissociation...). De nombreux questionnaires (outils psychométriques) ont été développés pour mesurer les conséquences psychopathologiques d'une catastrophe. Les résultats varient en fonction des auteurs, du type de catastrophe, du milieu culturel, du type de questionnaire...Ce qui rend difficile toute comparaison, voire rend impossible la détermination d'un processus de prise en charge cohérent. Ainsi, à l'extrême de la lecture de ces recherches on pourrait conclure que, soit il faudrait pratiquement que toute victime

bénéficie d'une thérapie, soit à l'inverse, que toute intervention spécialisée est inutile, les victimes gardant malgré tout des symptômes.

Par ailleurs il semble aussi très difficile dans ce cadre de distinguer les réactions produites par la catastrophe elle-même et celles provoquées ou entretenues par les prises en charge inadéquates ultérieures (survictimisation, traumatisme second).

L'intérêt scientifique de cette approche épidémiologique axée autour d'un diagnostic psychopathologique a montré ses limites lorsqu'il s'agit d'évaluer la pertinence ou non d'un programme de soutien. Le débat passionnant (pour les spécialistes s'entend) autour de la validité ou non des actions de soutien psychologique à court-terme et les controverses actuelles sur le Critical Incident Stress Débriefing (De Clercq & Vermeiren, 1999) montrent à souhait que l'évaluation des actions menées au profit des victimes n'est pas évidente. Ainsi la notion de PTSD n'est peut-être pas un critère valide pour estimer l'efficacité d'une intervention de soutien psychosocial de crise (CISD ou autre), la satisfaction des « clients- victimes » ne semble pas corrélée avec le nombre de symptômes de PTSD exprimés.

La focalisation exclusive sur la prévention du Syndrome de Stress Post-Traumatique induit un biais méthodologique qui pousserait à se fixer sur le symptôme plutôt que sur ce qui produit le symptôme et sur son sens (voire son utilité) dans un

contexte spécifique. Un récent article de Dubois, Guha Sapir et Declercq (2000) souligne que la notion de PTSD comme entité descriptive ne parvient pas à rendre compte ni du vécu des individus, ni de celui des communautés touchées. Il est fondamental de contextualiser le symptôme pour lui donner du sens et pouvoir entendre les besoins exprimés par les victimes (cf. différence entre disease ou symptômes observés et illness ou vécu de la maladie).

Les besoins peuvent être un besoin d'information (cf. Canada Verglas 98 (Maisonneuve, Saouter & Char, 1999)), de reconnaissance, de protection, de partage social, de verbalisation, d'aide administrative, de rituels, d'exemplarité... S'intéresser aux mécanismes d'autoréparation et de résilience communautaire ou groupale donnerait des indicateurs plus opérationnels du vécu des victimes et donc une idée plus claire sur les actions à mettre en place pour les soutenir dans leur processus de rétablissement et d'assimilation du trauma. Nous touchons ici à cette notion de santé publique définie par la qualité de vie sociale

Dans cette logique, il faudrait pouvoir analyser des critères tels que : le niveau de fonctionnement relationnel, le bien-être, la capacité au réinvestissement familial et communautaire, le rétablissement d'un lien de confiance, la satisfaction, la perception de l'avenir, la reprise des activités professionnelles ou scolaires, le rééquilibrage du tissu social, le sentiment d'appartenance et de

sécurité, le sentiment de reconnaissance. Ces différents éléments traduits en indicateurs, représentent des résultats pertinents de mesure de l'efficacité des interventions.

Conclusion

Les actions de soutien psychosocial lors de catastrophes ou d'urgences collectives sont initiées dans un contexte de crise pour les individus touchés, et ces personnes reçoivent bon gré mal gré un statut de victimes plus ou moins adapté à leur vécu. Au départ, ces victimes ne sont pas en demande d'un soutien psychologique spécialisé mais bien d'un encadrement plus global qui prend en compte leurs besoins afin de retrouver leur équilibre initial ou ce qu'ils croient l'être (l'équilibre initial est impossible à rétablir stricto sensu). La notion d'urgence collective ou de catastrophe, signifie aussi l'absence relative d'anticipation des événements tant dans le chef des victimes que des acteurs psychosociaux. Les structures habituelles de prise en charge devront être modifiées en fonction soit d'une planification spécifique ou des exigences nouvelles de la situation, ce qui peut perturber les intervenants. Enfin, si chaque victime est touchée dans son individualité, une catastrophe ou urgence collective, sous-entend la notion de groupe homogène ou hétérogène, cette dimension groupale du soutien est rarement habituelle pour les services impliqués et nécessite des aménagements particuliers des procédures (Silove, 2000). Ce contexte multifactoriel et dynamique

complexifie l'évaluation en tant que tel. Cependant, c'est justement cette complexité qui devrait forcer tous les acteurs à investir dans les processus d'évaluation, afin de capitaliser l'expérience et de la diffuser, évitant ainsi de devoir à chaque fois réinventer des processus adaptés au support psychosocial des victimes.

Références

- Aarts, P.G.H. (2001). *Guidelines for programmes psychosocial and mental health care assistance in (post) disaster and conflict areas*. Utrecht: International Centre of the Netherlands Institute for Care and Welfare. Disponible sur <http://www.nizw.nl/nizwic>
- Berengere, D. (2000). *De la transmission orale aux défis de l'écrit : planification et évaluation psychosociale*. Document MSF Belgique, non publié.
- De Clercq, M. & Vermeiren, E. (1999). Le débriefing psychologique : controverses, débat et réflexions. *Nervure*, Sept (6).
- Dubois, V., Guha Sapid, D. & De Clercq, M. (2000). Psychiatrie humanitaire et traumatisme de guerre : analyse critique et recommandations pour les projets de santé mentale ; *Stress et Trauma*, 1 (1), 49-54.
- EFQM. (1995). *1996 Self-Assessment Guidelines for*

- Public Health sector, Brussels.*
- Fawcett, J. (2000). Soins aux personnels humanitaires dans les cas d'urgences humanitaires complexes. In M. Janz & J. Slead (Éds.), *Complex humanitarian emergencies, lessons from practitioner*. USA: Marc Publication.
- Franc, R., Mercier, C., Trabaud, M., Vincent, M.-D. & Filloux, M.-C. (2001). Comment évaluer les effets différés des interventions des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques ? *Stress et Trauma*, 1 (3), 155-159.
- Lawry-White, S. (2000, September). Improving the effectiveness of UNHCR's evaluation fonction. *Consultant's Report de Vine Management Consulting*.
- Maisonneuve, D., Saouter, C. & Char, A. (1999). *Communication en temps de crise*. Sainte-Foy: Presses de l'université du Québec.
- Ordre des Psychologues du Québec. (1998, août). *Quand les citoyens perdent confiance dans leur environnement : des soins psychologiques adaptés aux situations d'urgences*. Avis présenté par l'Ordre des psychologues du Québec à la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête du verglas survenue du 5- au 9 janvier 1998, non publié.
- Passamar, M., Vilamot, B. & Tellier, O. (2001). Inondations du Tarn-Sud : Mise en place de la CUMP dans le cadre du Plan ORSEC. *Stress et Trauma*, 1 (3), 149-154.
- Ryfman, P., Jacquemard B. et al. (2000, juillet). *Projet qualité, projet pour l'amélioration de la qualité de l'action humanitaire*. Disponible sur <http://www.urd.org/>
- Silove, D. (2000). A conceptual framework for mass trauma : implications for adaptation, intervention and debriefing. In B. Raphael & J.B. Wilson, *Psychological Debriefing : theory, practice and evidence* (pp. 337-350), UK: Cambridge university Press.
- Walburg, J.A. (1997). *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg : van inspecteren naar leren*. Deventer: Kluwer BedrijfsInformatie.