An illustration of a diverse group of seven people sitting in a circle on wooden chairs, engaged in a discussion. The group includes a man with a shaved head, a woman with large, voluminous hair, a man with short dark hair, a woman with dark hair in a bun, a man with short brown hair, a woman with white hair and glasses, and a woman with long brown hair. They are all smiling and looking towards each other. The background is a simple room with a window.

**MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT
DES INTERVENANTS SOCIAUX ET
TRAVAILLEURS SOCIAUX SUR LA
SANTÉ MENTALE ET LE SOUTIEN
PSYCHOSOCIAL (SMSPP) DES PERSONNES
VULNÉRABLES EN GÉNÉRAL
ET DES VICTIMES DE CRISES EN PARTICULIER**



Manuel d'accompagnement des intervenants sociaux et travailleurs sociaux sur la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSP) des personnes vulnérables en général et des victimes de crises en particulier



Présenté par : Mme KOFFI Judyth

Psychologue sociale, certifiée en prise en charge du psychotraumatisme

A l'initiative : du Fonds pour l'héritage de la justice transitionnelle en Afrique (ATJLF) et de la Confédération des Organisations de Victimes des crises Ivoiriennes (COVICI)

Remerciements

La COVICI (Confédération des Organisations de Victimes des crises Ivoiriennes) réitère sa profonde gratitude au Fonds pour l'héritage de la justice transitionnelle en Afrique (ATJLF) sans qui la production, l'édition et la distribution de ce manuel qui se veut de référence en matière de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSP) ne seraient pas possible.

La COVICI remercie également, des directeurs/trices de centres sociaux, travailleurs/ses sociaux, commissaires et officiers de droits de l'homme, intervenants sociaux représentant les zones de : Abidjan, Bouaké, Daloa, Duékoué, Korhogo, Man, San Pedro et Sassandra qui ont participé à la validation du manuel SMSP.

Les remerciements vont également à l'endroit de tous les chefs communautaires, les pairs-éducateurs, les intervenants sociaux, les travailleurs sociaux qui sont disposés à l'aider pour la vulgarisation de ce manuel.



A propos du partenaire technique et financier

Créé en 2019, l’Africa Transitional Justice Legacy Fund (**ATJLF**) s’est fixé pour mission de promouvoir des initiatives de justice transitionnelle durables et menées par les africains sur le continent ; et depuis 2020, elle soutient inlassablement la COVICI dans la mise en œuvre de ses actions en faveur de la promotion de la justice transitionnelle spécifiquement en ce qui concerne les réparations, le relèvement socio-économique et psychosocial des victimes y compris les survivants.es de violences basées sur le genre liée au conflit.

A propos de la COVICI

Régie par *la loi n° 60-315 du 21 septembre 1960 relative aux associations modifiée par l’ordonnance n° 2024-368 du 12 juin 2024 relative à l’organisation de la Société civile*, la Confédération des Organisations de Victimes des Crises Ivoirienne (**COVICI**) est un réseau de diverses organisations de victimes créé le 21 Septembre 2013 à Abidjan sur instruction de **structures étatiques nationales** (Direction des victimes de guerre, la Commission Dialogue , Vérité et Réconciliation, Ministère de la Justice et des Droits de l’Homme etc.) et **d’Institutions internationales** (l’Opération des Nations Unies en Côte d’Ivoire, l’Union Européenne, le centre international pour la justice transitionnelle etc.).

Cette initiative est née à l’issue de la crise postélectorale que la Côte d’Ivoire venait de traverser et qui avait engendré de nombreuses victimes et causant plus de 3000 morts. La COVICI a donc pour but de rassembler

et de coordonner des groupes de victimes pour faire entendre leur voix et faire valoir leurs droits à la réparation.

Depuis lors, elle travaille pour le compte de plus de 150 000 victimes de divers préjudices : ayant droits de personnes décédées, blessés, pertes de biens matériels, survivantes de violences sexuelles liées aux conflits et réparties sur l'ensemble du territoire.

Elle œuvre principalement dans trois (03) domaines que sont :

- *La promotion des droits de l'homme et défense des droits des victimes à la justice et à la réparation des préjudices ;*
- *Le monitoring du processus de justice transitionnelle et des questions de réparations en particulier ;*
- *Le renforcement de la cohésion sociale, de la réconciliation nationale et de la consolidation de la paix.*

TABLE DES MATIERES

CONTEXTE DE LA MISE A DISPOSITION DU MANUEL	1
1.1 LES OBJECTIFS	2
1.1.1 L'objectif général :	2
1.1.2 Les objectifs spécifiques :	2
1.2 IDENTIFICATION DES CIBLES : PERSONNES VULNERABLES SUITE A UN EVENEMENT TRAUMATIQUE	3
1.2.1 Les familles de personnes disparues et/ou ayant perdu la vie	3
1.2.2 Les victimes de violence	3
1.2.2.1 Les victimes de violences sexuelles	3
1.2.2.2 Les enfants touchés par la violence	4
1.2.2.3 Les personnes blessées par armes et les personnes handicapées	4
1.2.2.4 Les personnes privées de liberté/incarcérées pendant les crises politiques	4
1.2.2.5 Les personnes touchées par une situation d'urgence	4
1.2.2.6 Les personnes ayant tout perdu du jour au lendemain du fait de la guerre, des différentes crises socio-politiques	5
1.2.3 Les aidants	5
MODULE 1 : SANTE MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMSP) - CADRE THEORIQUE	6
2.1 QU'EST-CE QUE LA SANTE MENTALE ?	6
2.1.1 La santé mentale : définition	6
2.1.2 Le bien-être psychosocial	6
2.1.3 La vulnérabilité psychologique	6
2.1.4 La détresse psychologique	7
2.1.5 Les troubles mentaux	7
2.1.5.1 Les troubles dépressifs	7
2.1.5.2 Les troubles anxieux :	8
2.1.5.3 Les troubles psychotiques :	8
2.1.5.4 Les troubles liés à l'utilisation de substances :	8
2.1.6 La prise en charge psychologique ou psychothérapie	8
2.1.7 La prise en charge psychiatrique	9
2.2 QU'EST-CE QUE LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ?	9
2.2.1 Le terme psychosocial	9
2.2.2 Le soutien psychosocial	10
2.2.3 Les objectifs du soutien psychosocial :	10
2.2.3.1 Le soutien psychosocial peut être préventif :	11
2.3 LES PRINCIPES FONDAMENTAUX EN SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMSP)	12
2.4 LA PYRAMIDE IASC DE SANTE MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMSP)	13
2.4.1 Niveau 1 : Répondre aux besoins essentiels	13
2.4.2 Niveau 2 : Restaurer l'indépendance économique et l'intégration sociale	14
2.4.3 Niveau 3 : Gestion du stress et relaxation	14

2.4.4 Niveau 4 : Guérison des troubles de stress post-traumatique	14
MODULE 2 : LE STRESS ET LE PSYCHO-TRAUMATISME	16
3.1 LE STRESS	16
3.1.1 Stress protecteur (adapté) : réaction immédiate adaptative	16
3.1.2 Le stress dépassé	17
3.1.2.1 Le stress cumulatif :	18
3.1.2.2 Le stress traumatique immédiat : état de stress aigu (ESA)	18
3.1.2.3 Le stress post-traumatique :	18
3.2 LE TRAUMATISME PSYCHIQUE	19
3.2.1 Qu'est-ce qu'un événement traumatique ?	19
3.2.1.1 Caractéristiques d'un évènement traumatique	19
3.2.1.2 Les deux types d'évènements traumatiques	20
3.2.1.2.1 Les évènements de type I	20
3.2.1.2.2 Les évènements de type II	20
3.2.2 Qu'est-ce que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ?	21
3.2.3 Quels sont les traitements possibles du TSPT ?	23
3.3 LA NOTION DE RESILIENCE	24
3.3.1 Définition :	24
3.3.1.1 La Résilience n'est pas l'Invulnérabilité	24
3.3.1.2 La métaphore du Kintsugi	25
3.3.1.3 Éviter le piège de la "Performance"	25
3.3.1.4 La résilience est fluctuante	26
3.3.2 Facteurs de protection (qui favorisent la résilience)	26
3.3.2.1 Facteurs de protection individuels (Internes)	26
3.3.2.2 Facteurs de protection familiaux et relationnels	27
3.3.2.3 Facteurs de protection communautaires et sociétaux	27
3.3.3 Le rôle de l'intervenant : le "Tuteur de résilience"	28
3.3.3.1 Être une « Présence sécurisante »	28
3.3.3.2 Le « Tricotage » du lien social	29
3.3.3.3 Donner du sens au traumatisme	29
3.3.3.4 Le Tuteur n'est pas le Sauveur	29
3.3.3.5 L'auto-protection du Tuteur	29
3.4 L'AUTO-ASSISTANCE COMMUNAUTAIRE	30
3.4.1 Définition :	30
3.4.2 Principes clés :	30
3.4.3 Le rôle du travailleur social (le facilitateur)	30
3.4.4 Comment consolider l'auto-assistance communautaire ?	30
3.3.4.1 Cartographier et valider les ressources locales	31
3.3.4.2 Renforcement des capacités (formation en cascade)	31
3.3.4.3 Institutionnaliser les groupes de soutien par les pairs	31
3.3.4.4 Créer un pont avec les services formels (centre sociaux, hôpitaux)	31
3.3.4.5 Soutenir la résilience économique et sociale	32
3.5 LES COMPÉTENCES DE VIE ESSENTIELLES POUR MAINTENIR ET RENFORCER LE BIEN-ÊTRE MENTAL :	32
3.5.1 Définition des compétences de vie	32

3.5.2 Les objectifs des compétences de vie	33
3.5.2.1 Favoriser la résilience et le bien-être	33
3.5.2.2 Améliorer la prise de décision et la résolution de problèmes	33
3.5.2.3 Renforcer l'autonomie (Empowerment)	33
3.5.2.4 Faciliter l'inclusion sociale et les relations saines	33
3.5.3 Les trois catégories de compétences	34
3.5.3.1 Compétences cognitives (la pensée)	34
3.5.3.2 Compétences émotionnelles (le ressenti)	34
3.5.3.3 Compétences sociales (la relation)	34
MODULE 3 : LES COMPÉTENCES EN CONSEIL DE BASE	36
4.1 L'EMPATHIE	36
4.2 LE REGARD POSITIF INCONDITIONNEL	37
4.3 L'AUTHENTICITE	37
4.4 L'ÉCOUTE ACTIVE	38
4.4.1 Comportement participatif	38
4.4.1.1 Les questions ouvertes	38
4.4.1.2 Accéder et clarifier	39
4.4.1.3 Compétences d'observation	39
4.4.1.4 Encourager	39
4.4.1.5 Paraphraser	39
4.4.1.6 Résumer	39
4.4.1.7 Réflexion sur le ressenti	39
4.5 L'ORIENTATION	40
4.5.1 À quel moment orienter ?	40
4.5.2 Comment orienter ?	41
4.6 LES ROLES ET LIMITES DE L'AIDANT PSYCHOSOCIAL	43
4.6.1 Le rôle de l'aidant psychosocial	43
4.6.2 Les limites de l'aidant psychosocial	43
4.6.2.1 Les limites éthiques	43
4.6.2.2 Les limites professionnelles	44
4.6.2.3 Les limites personnelles	44
MODULE 4 : LE COUNSELING	45
5.1 DEFINITION ET OBJECTIF DU COUNSELING	45
5.1.1 Définition	45
5.1.2 L'objectif du counseling	45
5.2 LES PRINCIPES DE BASE DU COUNSELING	46
5.3 LES ETAPES DU COUNSELING	48
5.3.1 Identifier le problème	48
5.3.2 Établir des priorités	51
5.3.3 Fixer un objectif	52
5.3.4 Élaborer des solutions	52
5.3.5 Définir un plan d'action	55

5.3.6 Assurer un suivi	55
5.3.7 La clôture du dossier	56
MODULE 5 : LE GROUPE DE PAROLE	57
6.1 QU'EST-CE QU'UN GROUPE DE PAROLE ?	57
6.2 CADRE ET REGLES D'UN GROUPE DE PAROLE	58
6.2.1 La confidentialité	58
6.2.2 Le non jugement	58
6.2.3 Le volontariat	58
6.2.4 L'horaire	59
6.2.5 La périodicité	59
6.3 DEROULEMENT D'UN GROUPE DE PAROLE :	59
6.3.1 Phase préparatoire de la rencontre	59
6.3.1.1 <i>Au niveau des participants :</i>	59
6.3.1.2 <i>Au niveau matériel</i>	59
6.3.1.3 <i>Au niveau préparatif de la rencontre</i>	59
6.3.2 Déroulement de la rencontre (au début de la rencontre) :	60
6.3.3 Phase de réalisation (au cours de la rencontre)	60
6.3.4 A la fin de la rencontre :	60
6.3.5 Phase de retour et d'utilisation	60
6.4 ANIMATEUR DU GROUPE DE PAROLE	62
6.4.1 Fonction	62
6.4.2 Rôle des animateurs	63
6.4.3 Responsabilités des animateurs :	63
6.4.4 Les capacités d'un bon animateur :	64
6.4.4.1 <i>Être un facilitateur :</i>	64
6.4.4.2 <i>Être Informateur – clarificateur :</i>	64
6.4.4.3 <i>Être un soutien :</i>	64
6.4.4.4 <i>Être empathique - authentique :</i>	65
6.4.4.5 <i>Être amuseur :</i>	65
6.5 LES DIFFERENTS MODELES DE GROUPE DE PAROLE UTILISES EN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL	66
6.5.1 Le groupe de soutien (ou d'entraide)	66
6.5.2 Le groupe de parole thématique	66
6.5.3 La thérapie communautaire intégrative (TCI) ou ronde brésilienne	66
6.5.4 Le groupe de parole à médiation (ateliers)	67
6.5.5 Le groupe de psychoéducation	67
6.5.6 Le groupe de parole "ouvert" (type accueil de jour)	67
6.5.7 Groupes de parole pour aidants	68
MODULE 6 : LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES	70
7.1 COMPRENDRE LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES (PSP)	70
7.1.1 Facteurs qui affectent la réponse à un événement	70
7.1.2 Pourquoi avoir recours aux premiers secours psychologiques ?	71
7.1.3 En quoi consistent les premiers secours psychologiques (PSP)	71
7.1.4 Ce que les PSP ne sont pas :	72

7.1.5 Quel est l'objectif des premiers secours psychologiques ?	73
7.2 ÉTAPES DES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES	73
7.2.1 Préparer	73
7.2.2 Regarder	74
7.2.3 Écouter	75
7.2.4 Relier	76
7.2.4.1 Les besoins courants sont souvent	77
7.2.4.2 Besoins et services de base	77
7.2.4.3 Aptitude à faire face au problème	77
7.2.4.4 Communication d'informations	77
7.2.4.5 Aide à la mise en contact avec les soutiens	78
7.3 COMMENT AIDER À LIMITER LE RE-TRAUMATISME LORS D'UNE DÉCLARATION OU D'UN ENTRETIEN ?	80
7.3.1 Démarches à mettre en place pour limiter le ré-traumatisme de la victime pendant le processus	81
7.3.1.1 Au début de l'entretien	81
7.3.1.2 Pendant l'entretien	82
7.3.1.2.1 Les réactions typiques au moment de faire la déclaration et de raconter son histoire peuvent être les suivantes	82
7.3.1.2.2 D'autres facteurs pouvant affecter la déclaration de la victime/survivante :	82
7.3.1.2.3 Ce que vous pouvez faire pendant l'entretien	83
MODULE 7 : SOUTENIR LA SANTE MENTALE ET LE BIEN-ETRE DES AIDANTS (conseillers, travailleurs sociaux, intervenants sociaux, pairs éducateurs)	86
8.1 DEFINITION DES CONCEPTS CLES	86
8.1.1 Le traumatisme vicariant	86
8.1.1.1 Caractéristiques principales	86
8.1.1.2 Signes d'alerte	87
8.1.1.3 Stratégies de prévention	88
8.1.2. Le stress traumatique secondaire	89
8.1.2.1 Caractéristiques principales	89
8.1.2.2 Symptômes majeurs (similaires au Trouble du Stress Post-Traumatique (TSPT))	89
8.1.2.3 Stratégies de prévention et action	90
8.1.2.4 Tableau comparatif résumé : traumatisme vicariant et traumatisme secondaire	90
8.1.3 La fatigue de compassion	90
8.1.3.1 Pourquoi l'empathie s'use-t-elle ?	91
8.1.3.2 Les manifestations de cette usure	91
8.1.3.3 Comment préserver sa capacité d'empathie ?	91
8.1.4 L'épuisement professionnel /Burn-out	92
8.1.4.1 Tableau comparatif résumé : traumatisme vicariant, traumatisme secondaire, Burn-out et fatigue de compassion	92
8.2 LES EFFETS DU TRAUMATISME VICARIANT	93
8.2.1 TABLEAU 1–Effets du traumatisme vicariant sur la personne (aidant) (Yassen,1995)	93
8.2.2 L'ABC de la gestion du traumatisme vicariant	94
8.2.3 Les auto-soins	95
8.2.3.1 Soins physiques	95
8.2.3.2 Soins psychologiques	95

8.2.3.3 Soins émotionnels	96
8.2.3.4 Soins spirituels	96
8.2.3.5 Soins liés au travail ou à la profession	96
8.2.3.6 Équilibre	96
8.2.4 Liste de contrôle : signes de stress excessif	98
8.2.5 Liste de contrôle : signes de stress positif	99
BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE	100

CONTEXTE DE LA MISE A DISPOSITION DU MANUEL

Au lendemain de la crise post-électorale de 2010-2011, le gouvernement ivoirien a mis en place des mécanismes et institutions de justice transitionnelle dans le but de rechercher la justice et la vérité, de garantir la non répétition des crimes passés et de réparer les victimes pour les préjudices subis.

Cependant, certaines personnes continuent de souffrir des conséquences de leurs vécus traumatiques (stress post-traumatique, anxiété, dépression, toxicomanie, ...). L'état de détresse psychologique dans lequel elles sont ne favorise pas leur fonctionnement social (isolement, maladies récurrentes et difficultés à avoir ou à conserver un emploi stable) par conséquent, un grand nombre d'entre elles vivent dans des conditions de précarité plus ou moins sévère.

Dans le souci de soutenir ces victimes, la confédération des organisations de victimes des crises ivoiriennes (COVICI) a mis en œuvre le « **projet de renforcement de la cohésion sociale et de la prise en charge psychosociale des victimes vulnérables y compris les cas de violences sexuelles liées aux conflits** » financé par le fonds d'héritage pour la justice transitionnelle en Afrique (ATJLF). Ce projet a contribué à donner aux victimes en souffrance psychologique de bénéficier d'activités de soutien psychosocial dans le but de favoriser leur reconstruction psychique, leur relèvement socioéconomique et par conséquent, leur bien-être.

En effet, plusieurs victimes ont souffert et souffrent encore du stress post-traumatique dû aux violences auxquelles elles ont été exposées : meurtres, tortures, viols, humiliations, disparitions, etc.

Les dommages psychologiques occasionnés par la crise ivoirienne comprennent notamment : la perte de l'estime de soi, la perte d'identité et de valeurs et le sentiment de perte de contrôle sur leur vie, qui peuvent entraîner le basculement dans la haine indiscriminée, la pulsion de vengeance aveugle, et même la tendance au suicide.

De plus, les doutes qui pèsent sur l'aboutissement des procédures de réparation ou judiciaires créent un sentiment d'impuissance qui enferme la victime dans sa situation, la désocialise, l'empêche d'avoir foi dans la justice et le droit, et la prive de la capacité d'accéder à une citoyenneté pleine et entière ; ce qui malheureusement ne facilite pas la résilience individuelle et sociale.

Ce manuel de santé mentale et soutien psychosocial (SMSP) va doter les personnes intervenant auprès des victimes c'est-à-dire les partenaires institutionnels, techniques et financiers, les associations de victimes ou de droits de l'homme, les pairs-éducateurs, les travailleurs sociaux, etc. d'un outil à même de renforcer leurs capacités sur la santé mentale et le soutien psychosocial des personnes vulnérables en général et de survivants.es de crises en particulier, en vue de renforcer leur participation et leur leadership dans le processus de consolidation de la paix dans leurs communautés.

1.1 LES OBJECTIFS

1.1.1 L'objectif général :

Renforcer les capacités des intervenants sociaux sur la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSP).

1.1.2 Les objectifs spécifiques :

- Aider les travailleurs sociaux, les pairs éducateurs à comprendre et appliquer les principes du soutien psychosocial ;
- Connaître des compétences de vie pour aider à l'amélioration du bien-être des personnes vulnérables ;
- Avoir les compétences pour faciliter la consolidation de l'auto-assistance communautaire ;
- Connaître les notions de base sur le soutien psychosocial de première ligne (PSP)
- Fournir des outils pour identifier et référer les personnes ayant des besoins spécifiques vers des services adaptés.

1.2 IDENTIFICATION DES CIBLES : PERSONNES VULNERABLES SUITE A UN EVENEMENT TRAUMATIQUE

1.2.1 Les familles de personnes disparues et/ou ayant perdu la vie

Les familles affectées par la perte de leurs proches dans les événements liés à la crise socio-politique sont souvent confrontées aux émotions et représentations suscitées aux conditions brutales du décès de leurs proches. Les conditions socio-culturelles des funérailles si elles ne sont pas respectées peuvent augmenter la détresse psychologique des familles.

Le fait de ne pas savoir ce qu'il est advenu d'un proche est une épreuve émotionnelle qui dépasse l'entendement. Il arrive que les personnes qui en font la douloureuse expérience tombent dans un état de prostration et développent des troubles mentaux et psychosociaux plus ou moins sévères.

Les familles de personnes portées disparues s'emploient activement à entretenir leur mémoire en dépit des souffrances psychologiques et des difficultés psychosociales qui peuvent en résulter.

1.2.2 Les victimes de violence

Les conflits armés et autres situations de violence génèrent de graves traumatismes physiques et psychologiques chez les personnes qui en subissent les effets.

1.2.2.1 Les victimes de violences sexuelles



Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la violence sexuelle se définit comme :

« *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail* ».

Nombre d'études et de rapports ont établi que la violence sexuelle est un phénomène très répandu dans les situations de conflit. Ce type de violence peut avoir de multiples conséquences non seulement sur la santé et la vie sociale des victimes, mais aussi sur la communauté tout entière.

1.2.2.2 Les enfants touchés par la violence

Les enfants ayant été séparés de leurs parents par suite d'un conflit armé ou d'une autre situation de violence, d'une catastrophe naturelle ou d'une migration, sont davantage exposés au risque de famine, de maladie et de violence, notamment de violences sexuelles. Les mineurs non accompagnés sont de ce fait plus susceptibles de développer divers troubles psychiques et psychosociaux, en particulier en cas de séparation prolongée.

1.2.2.3 Les personnes blessées par armes et les personnes handicapées

En cas d'invalidité physique chronique, les conséquences sur le bien-être psychologique et la santé mentale de la personne sont encore plus lourdes. Les personnes en situation de handicap physique sont confrontées à de nombreuses complications. Pour leur permettre de les surmonter, il faut les aider à être au clair sur leur situation, c'est-à-dire leur expliquer en quoi leur existence va changer suite à leur blessure. Cette prise de conscience les aidera à mieux gérer leur handicap et ses implications au quotidien.

1.2.2.4 Les personnes privées de liberté/incarcérées pendant les crises politiques

Le traitement qui leur est réservé durant leur détention, les conditions générales qui prévalent au sein de la prison et l'état d'extrême vulnérabilité qu'engendre toute privation de liberté peuvent avoir des répercussions psychologiques et psychosociales durables sur les détenus.

1.2.2.5 Les personnes touchées par une situation d'urgence

Le terme « *urgence* » est employé ici pour désigner un événement soudain et inattendu (flambée de violence, catastrophe naturelle, épidémie, etc.), lourd de conséquences pour les personnes qui en sont victimes, notamment sur le plan psychique et psychosocial.

1.2.2.6 Les personnes ayant tout perdu du jour au lendemain du fait de la guerre, des différentes crises socio-politiques

La perte de tous les biens (destruction d'entreprises, de commerces, de maison, de plantations...) acquis le long d'une vie, la perte du patrimoine, de ce que l'on prévoyait utiliser pour les vieux jours ou encore laisser aux descendants ou aux proches, est très déstabilisante pour les survivants.

1.2.3 Les aidants

Dans le contexte de la santé et du soutien psychosocial les aidants (qu'ils soient professionnels (travailleurs sociaux), bénévoles ou membres de la communauté (pairs éducateurs, intervenants sociaux)) sont exposés à une vulnérabilité spécifique. Accompagner des victimes, survivants ou des personnes vulnérables n'est pas neutre : c'est une immersion dans la violence, la précarité et/ou le traumatisme d'autrui. L'aidant peut devenir lui-même une personne vulnérable à protéger.



MODULE 1 : SANTE MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMSP) - CADRE THEORIQUE

2.1 QU'EST-CE QUE LA SANTE MENTALE ?

La santé mentale et le soutien psychosocial dépassent la seule prise en charge de troubles mentaux et comportementaux, pour faire référence au bien-être psychique et cognitif, à la stabilité affective. La définition de plusieurs concepts liés à la SMSP est essentielle pour une meilleure compréhension.

2.1.1 La santé mentale : définition

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel chaque individu réalise son propre potentiel, peut faire face aux stress normaux de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse, et est en mesure d'apporter une contribution à sa communauté.



La dimension positive de la santé mentale est également soulignée dans la définition de la santé de l'OMS, telle qu'elle figure dans sa constitution : « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

2.1.2 Le bien-être psychosocial

Le bien-être psychosocial désigne l'état de santé mentale, émotionnelle et sociale d'un individu. Il s'agit d'un concept large qui englobe divers aspects de la vie humaine, notamment l'épanouissement personnel, le bonheur, la satisfaction de vivre, l'estime de soi, le fonctionnement social et le sentiment d'avoir un but dans la vie.

2.1.3 La vulnérabilité psychologique

La vulnérabilité psychologique est une certaine forme de fragilité, une moindre capacité de résistance à un événement, une plus grande sensibilité à l'adversité. Elle peut être temporaire ou chronique et varie considérablement d'une personne à l'autre. La vulnérabilité chez une

même personne peut varier au cours de sa vie (selon les situations auxquelles elle doit faire face). Exemple : avoir vécu des traumatismes dans l'enfance ou avoir une faible estime de soi peut être source de vulnérabilité psychologique.

2.1.4 La détresse psychologique

La détresse psychologique, quant à elle, survient lorsque la personne est confrontée à des facteurs de stress auxquels elle n'est pas en mesure de faire face, et se trouve alors débordée. Cet état peut alors avoir un impact négatif sur sa capacité à se gérer au quotidien, et sur ses qualités relationnelles (par exemples difficultés à se lever le matin pour aller au travail, irritabilité, anxiété, sentiment de vide, déprime, manque d'appétit, insomnie...).

Remarque : la détresse psychologique devient un trouble mental quand elle empêche de fonctionner normalement au quotidien sur une période donnée spécifiée dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} révision)

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la détresse est **un signal d'alarme**. Si elle n'est pas prise en charge (repos, thérapie, soutien), **elle peut se cristalliser en trouble mental** (exemples : dépression, anxiété).

2.1.5 Les troubles mentaux

Ce terme désigne « un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements, et de rapports avec autrui anormaux. » (Définition OMS).

Un trouble mental se caractérise par un changement de comportement, d'humeur, ou de pensée, qui **va entraîner une profonde détresse** chez la personne qui en est victime.

Les troubles de la santé mentale les plus fréquents sont :

2.1.5.1 Les troubles dépressifs

Une personne dépressive a beaucoup de mal à gérer ses émotions négatives, car celles-ci sont très intenses et durent sur le long terme. Elle souffre en permanence, et peine à gérer le quotidien. La personne souffrant de dépression est triste, perd confiance, et n'a parfois plus goût à la vie. C'est pourquoi il faut être extrêmement vigilant, car cet état

peut conduire à des crises suicidaires. Elle souffre tellement qu'elle a l'impression que la mort est le seul moyen de trouver la paix.

2.1.5.2 Les troubles anxieux :

L'anxiété, même si elle est normale, devient problématique lorsque la personne ne s'apaise pas une fois que la situation compliquée qu'elle doit affronter est terminée. Elle est anxieuse, alors qu'aucune raison apparente ne le justifie. Elle en souffre en continu et a du mal à remplir ses obligations du quotidien.

Les troubles anxieux peuvent générer des crises de panique : la personne a soudain très peur, ressent une forte angoisse qu'elle ne parvient pas à contrôler, et peut ressentir des symptômes physiques très handicapants (nausées, malaises, etc.).

2.1.5.3 Les troubles psychotiques :

Les troubles psychotiques détériorent le fonctionnement de la pensée et des perceptions de la personne, ainsi que son comportement (c'est le cas de la schizophrénie, du trouble délirant, etc.). Par exemple, la personne souffrante peut-être persuadée que quelqu'un la surveille, elle peut entendre des voix, etc. Ces troubles peuvent déboucher sur des crises psychotiques sévères : généralement, la personne refuse d'être aidée, elle cherche même à dissimuler son état.

2.1.5.4 Les troubles liés à l'utilisation de substances :

L'usage de substances (alcool, cannabis, etc.) modifie l'état mental de la personne, dont les symptômes s'apparentent à ceux de l'anxiété, la dépression, ou la psychose. Ces troubles peuvent l'amener à avoir des crises d'agressivité, notamment si elle boit de l'alcool.

2.1.6 La prise en charge psychologique ou psychothérapie

C'est l'interaction entre le psychologue et celui qui a besoin de soins de santé mentale, identifié ici comme le patient. Elle permet de traiter les troubles psychologiques et comportementaux, basé sur l'écoute et la mise en confiance, pour libérer le survivant de son anxiété et sa souffrance, lui donner un réconfort et une chaleur humaine, l'amener à gérer ses cas de dépression, etc.

Il s'agit d'éduquer les patients à avoir des comportements plus adaptés à leur nouvelle situation de malade. Les interventions de prise en charge psychologiques peuvent être par exemples : la psychanalyse, l'hypnose, la relaxation, la désorientation et la réorientation oculaire.

2.1.7 La prise en charge psychiatrique

C'est une prise en charge de santé mentale à base pharmacologique/médicamenteuse. Les patients sont généralement des personnes identifiées comme présentant un trouble majeur à la suite d'un diagnostic psychologique. La prise en charge peut se faire dans un centre psychiatrique (hôpital spécialisé) ou en communauté, mais sous le suivi d'un spécialiste (médecin ou infirmier de santé mentale).



2.2 QU'EST-CE QUE LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ?

2.2.1 Le terme psychosocial

Il dénote l'idée qu'une combinaison de facteurs psychologiques et sociaux est responsable du bien-être des personnes et que ces caractéristiques ne se séparent pas nécessairement les unes des autres. Il est utilisé pour décrire l'interconnexion entre la personne (c'est-à-dire la « psyché » d'une personne) et son environnement, ses relations interpersonnelles, sa communauté et/ ou sa culture (c'est-à-dire son contexte social).

2.2.2 Le soutien psychosocial

Ce terme peut inclure toute une gamme d'activités. Celles-ci comprennent les groupes de soutien ou de développement personnel pour les femmes, les jeunes ou les handicapés, les activités de jeux structurés pour les enfants, les approches corps-esprit comme la relaxation ou les exercices de respiration, la narration d'histoires, la musique, les sports, et les formations professionnelles et artisanales.

Le soutien psychosocial est indispensable à l'entretien d'une bonne santé physique et mentale, et fournit un important mécanisme d'adaptation aux personnes traversant des périodes difficiles.

L'expression composite Santé Mentale et Soutien Psychosocial (SMSP) sert à décrire tout type de soutien visant à protéger ou à promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental. Cette expression est née du travail commun de différentes organisations intervenant dans les contextes humanitaires d'urgence. Elle vise à regrouper un ensemble d'interventions ayant des objectifs en commun mais des modes d'intervention différents.

2.2.3 Les objectifs du soutien psychosocial :

- Dans le respect de la personne, de ses normes sociales, de ses coutumes, de sa culture et de ses valeurs locales, les interventions psychosociales visent à réduire l'impact psychologique des situations défavorables.
- Le soutien psychosocial vise également à améliorer le fonctionnement social, notamment en réponse aux changements intervenant au sein des relations, du soutien social et au niveau du statut économique, lorsqu'il relève du champ des moyens de subsistance.
- C'est un processus visant à renforcer la résilience des personnes, des familles et des communautés en respectant l'indépendance, la dignité et les mécanismes d'adaptation de ces différentes entités. Le soutien psychosocial favorise, entre autres, le rétablissement de la cohésion sociale.

2.2.3.1 Le soutien psychosocial peut être préventif

- **Le soutien psychosocial est considéré comme préventif** lorsqu'il intervient en amont pour protéger la santé mentale et renforcer les capacités des individus face à l'adversité. Plus précisément, il remplit ce rôle lorsqu'il permet de :
- **Réduire les risques de troubles graves** : en offrant une écoute et un accompagnement précoce, il empêche la détresse émotionnelle de s'aggraver en pathologies mentales plus complexes.
- **Renforcer la résilience** : il aide les personnes à activer leurs propres ressources et mécanismes de défense pour mieux faire face aux défis quotidiens ou aux crises.
- **Favoriser le soutien social** : il encourage l'activation des réseaux familiaux et communautaires, créant ainsi un "bouclier" protecteur autour des individus les plus vulnérables.
- **Normaliser les réactions** : en expliquant que les réactions émotionnelles après un choc sont normales, il diminue le sentiment d'isolement et la peur de "perdre la tête".
- **Assurer la continuité du quotidien** : en facilitant le retour à une routine (école, travail, liens sociaux), il restaure un sentiment de contrôle et de sécurité indispensable à l'équilibre psychique.

2.2.3.2 Le soutien psychosocial peut être curatif

Le soutien psychosocial passe d'un rôle préventif à un rôle **curatif lorsqu'il intervient directement pour soigner, stabiliser ou accompagner une personne présentant déjà des symptômes de détresse ou des troubles avérés.**

Il est considéré comme curatif quand il permet de :

Prendre en charge la détresse avérée : il s'adresse aux individus en situation de crise ou souffrant de traumatismes psychologiques identifiés.

- **Réduire les symptômes** : par des interventions comme les premiers soins psychologiques ou des thérapies spécifiques (ex : pour la dépression), il vise à atténuer la souffrance actuelle.
- **Rétablir le fonctionnement quotidien** : il aide les personnes atteintes de troubles mentaux à retrouver leur autonomie, à gérer leurs tâches courantes et à se réinsérer socialement.
- **Orienter vers des soins spécialisés** : il sert de passerelle pour référer les cas les plus graves vers des psychiatres ou des services de santé mentale clinique.
- **Apaiser les souffrances immédiates** : en situation d'urgence, il apporte une réponse directe aux réactions émotionnelles intenses comme l'anxiété aiguë ou le choc post-traumatique.

Alors que la prévention agit sur les facteurs de risque, le volet curatif (souvent appelé "prise en charge") se concentre sur la réparation et le traitement des dommages psychologiques

2.3 LES PRINCIPES FONDAMENTAUX EN SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMSP)

Toutes les activités SMSP, et leur coordination, doivent être fondées sur un ensemble de principes clés établis par les directives SMSP du Comité permanent interorganisations (CPI), ou Inter-Agency Standing Committee (IASC) en anglais, dans les situations d'urgence (2007). Ces principes clés sont :

- 1- **Les droits humains et l'équité** doivent être renforcés pour toutes les personnes affectées et les personnes exposées à un risque accru de violation des droits humains doivent être protégées.
- 2- **La participation des populations locales affectées**, des autorités nationales et des autres acteurs locaux à tous les aspects de la réponse humanitaire doit être pleinement encouragée.
- 3- **Ne pas nuire** aux personnes par l'aide apportée.
- 4- **S'appuyer sur les ressources et les capacités** disponibles en s'engageant et en travaillant avec des groupes locaux, en soutenant l'entraide et l'autonomie, et en s'appuyant sur les ressources existantes.
- 5- **Intégrer les systèmes de soutien** afin que la SMSP ne soit pas un programme isolé fonctionnant en dehors des autres programmes. Les services intégrés touchent plus de personnes, sont plus pérennes et n'entraînent pas la stigmatisation.
- 6- **Les interventions sur plusieurs niveaux** sont cruciales et reconnaissent que les personnes affectées par les crises réagissent de différentes manières et nécessitent différents types de soutien (illustré dans la pyramide ci-dessous).

2.4 LA PYRAMIDE IASC DE SANTE MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMSP)

Pour tout contexte de crise humanitaire, le Comité inter organisations permanent (IASC), principal mécanisme de coordination inter-organisations de l'aide humanitaire, a élaboré des directives concernant *la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSP)* (IASC, 2009). **Il recommande que son contenu, sous forme de pyramide, comprenne quatre niveaux :**

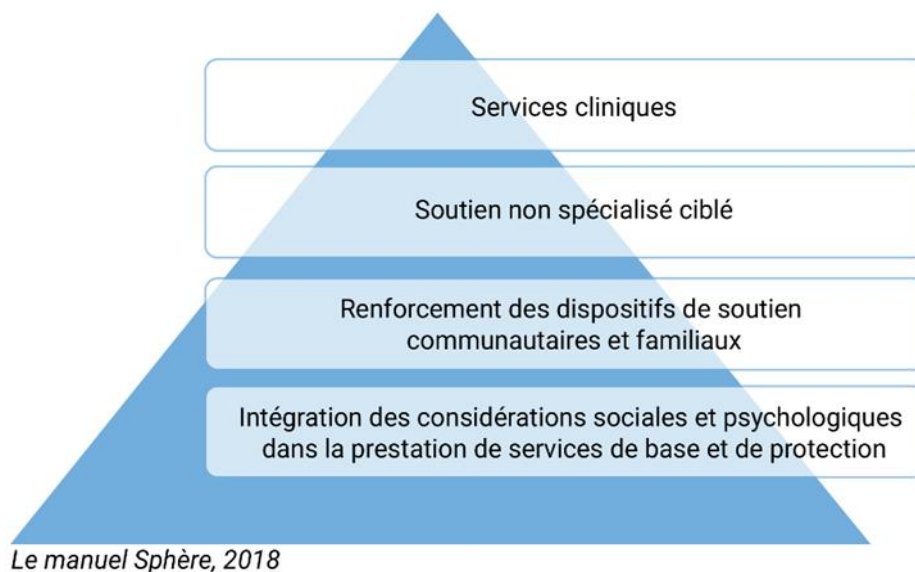


Illustration 1 : Pyramide de la santé mentale et du soutien psychosocial

2.4.1 Niveau 1 : Répondre aux besoins essentiels

Suite à un évènement traumatique, la première nécessité est de répondre aux besoins essentiels des personnes touchées : traiter les blessures physiques immédiates, boire de l'eau, manger, un endroit calme pour se reposer. La promotion de l'équité aux services sociaux de base et à la sécurité /promotion de services sûrs, adaptés socialement et culturellement, garantissant la dignité des personnes (accès aux services de base, sensibilisation des différents équipes/groupes, formation des autres acteurs).

2.4.2 Niveau 2 : Restaurer l'indépendance économique et l'intégration sociale

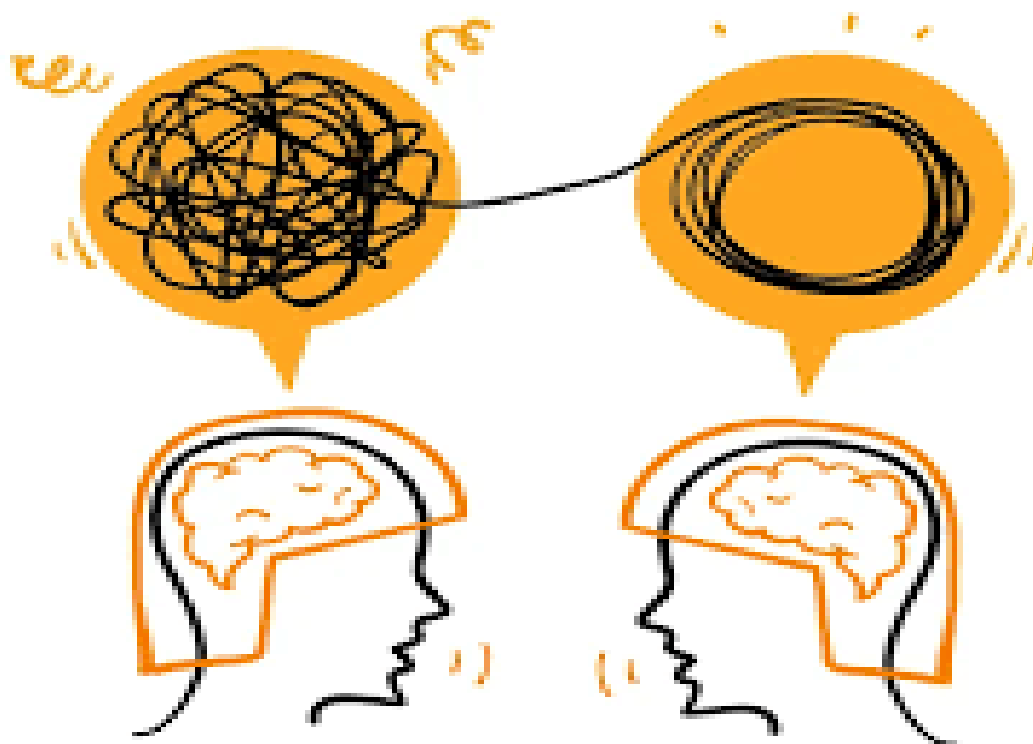
Les dispositifs de soutien communautaire et familiaux : activation des réseaux sociaux, promotion d'activités sociales et culturelles pour tous, soutien à la dynamique communautaire, activités récréatives par du personnel non spécialisé et formé (travailleurs communautaires, pairs éducateurs).

2.4.3 Niveau 3 : Gestion du stress et relaxation

Les personnes qui subissent des pertes ou de la violence ont généralement vécu des épisodes de stress, de désespoir ou de deuil. Face aux craintes et aux inquiétudes, il est difficile de retrouver confiance en soi et en l'avenir. Des personnes formées en services psychosociaux non spécialisés (travailleurs psychosociaux, pairs éducateurs, travailleurs sociaux, enseignants...) et supervisées régulièrement par du personnel spécialisé apportent une assistance adaptée aux besoins des victimes/survivants. Les personnes affectées travaillent sur ce qu'elles ont vécu, dans le cadre de discussions individuelles ou en groupe. Les activités leurs sont proposées pour contribuer à surmonter le stress et le deuil.

2.4.4 Niveau 4 : Guérison des troubles de stress post-traumatique

Les guerres et les catastrophes sont des situations extrêmes qui peuvent traumatiser des personnes à long terme. Des mois après, certains patients souffrent toujours de troubles de stress post-traumatique. Cela peut se manifester par des souvenirs choquants, par de l'insomnie ou des cauchemars, par de l'irritabilité, par des difficultés de concentration, par une vigilance accrue ou encore par une nervosité prononcée. Face à des traumatismes d'une telle ampleur, les services apportés aux trois premiers niveaux ne sont pas suffisants. Les troubles de stress post-traumatiques doivent être sérieusement traités, sous peine d'entraîner une dépression, un abus de drogues ou d'alcool, des pensées suicidaires, des douleurs physiques ou des maladies cardiovasculaires.



MODULE 2 : LE STRESS ET LE PSYCHO-TRAUMATISME

3.1 LE STRESS

Le stress est un ensemble de réactions physiques et physiologiques de l'organisme, face à une situation perçue comme une menace, un défi ou une contrainte (exemple : un examen, un freinage d'urgence), que l'on dit stressante. Il peut concerner tout le monde, le plus généralement sur une courte durée. Une situation de stress chronique est cependant pathologique.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit **le stress comme un état d'inquiétude ou de tension mentale provoqué par une situation difficile**. Il s'agit d'une réponse d'adaptation : le corps mobilise ses ressources (adrénaline, cortisol) pour fuir ou combattre l'agent stressant. S'il est naturel à petite dose pour nous aider à réagir, un stress excessif ou chronique a des répercussions majeures sur la santé globale.

3.1.1 Stress protecteur (adapté) : réaction immédiate adaptative

Le stress est une réaction biologique et psychologique naturelle de l'organisme face à une situation particulière. **Face à une agression par exemple, l'organisme tend à présenter une même réaction générale d'adaptation**. Lorsque le cerveau perçoit un danger, il active le système nerveux sympathique et libère des hormones comme l'adrénaline et le cortisol.

- **Les réactions émotionnelles de stress, composées d'éléments physiologiques et psychologiques ont une fonction clairement adaptative**, qui permet de :
 - Focaliser l'attention sur la situation de danger,
 - Mobiliser l'énergie nécessaire à l'évaluation et à la prise de décision,
 - Préparer à l'action (sidération, fuite ou attaque)
 - Les émotions s'y rattachant sont inévitables et le coût en énergie important.

- **Les principaux effets physiques du stress :**

Système cardiovasculaire : accélération du rythme cardiaque (palpitations) et augmentation de la pression artérielle pour envoyer plus de sang vers les muscles.

Système respiratoire : respiration rapide et courte (hyperventilation), augmentant l'apport en oxygène.

Système musculaire : tension immédiate des muscles (nuque, épaules, dos), ce qui peut causer des douleurs ou des céphalées de tension à long terme.

Système digestif : ralentissement de la digestion, pouvant entraîner des maux de ventre, des nausées ou des modifications de l'appétit.

Système immunitaire : à court terme, il est boosté, mais un stress chronique l'affaiblit, rendant l'organisme plus vulnérable aux infections.

Réactions cutanées : sueurs froides, mains moites ou, dans certains cas, poussées d'eczéma ou d'acné.

Si ces mécanismes sont utiles pour réagir à un danger, leur activation prolongée épuise les organes.

Ces mécanismes sont essentiels pour la survie en permettant au corps de réagir rapidement face à une menace perçue. Cependant, une exposition prolongée au stress active ces systèmes de manière continue, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur la santé physique et mentale sur le long terme.

3.1.2 Le stress dépassé

Selon le médecin générale Crocq, les réactions types des victimes dans les 24 premières heures suivant un traumatisme collectif sont :

- En phase immédiate, les sujets peuvent avoir des réactions de stress adapté. Le stress a mobilisé leur énergie, ils aident les autres, sont assez lucides, se calment en quelques heures
- Mais lorsque le stress est trop intense et que le sujet n'est pas préparé, apparaît le stress dépassé.

3.1.2.1 Le stress cumulatif :

Contrairement au **stress traumatique causé par une seule situation violente et soudaine**, il est le résultat de **l'exposition prolongée à des agressions diverses et répétées quotidiennement**. Par exemples : l'insécurité ; l'alimentation inhabituelle (insuffisante ou excessive) ; l'alternance de longs moments d'inactivité avec des périodes d'activités intenses ; la non reconnaissance du travail accompli ; etc. Il peut mener à l'épuisement professionnel.

3.1.2.2 Le stress traumatique immédiat : état de stress aigu (ESA)



Il correspond aux réactions immédiates ou post-immédiates susceptibles de se manifester lors de la confrontation à une situation critique, violente et soudaine (réactions aiguës aux facteurs de stress).

3.1.2.3 Le stress post-traumatique :

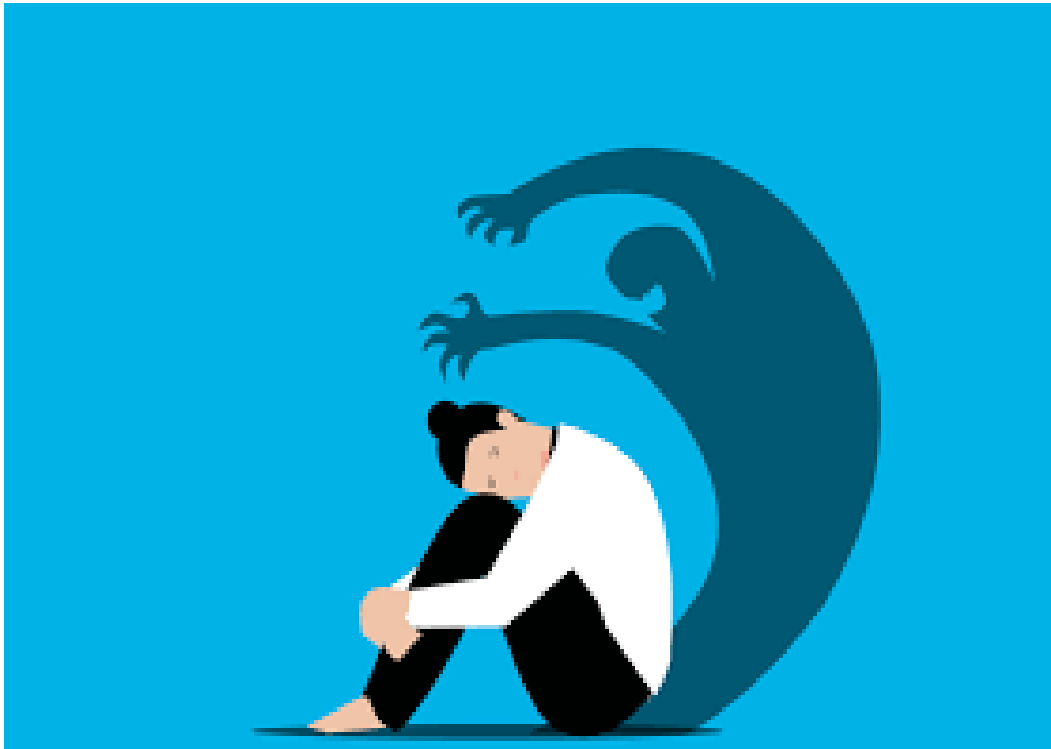
Il s'agit en quelque sorte des complications du stress traumatique immédiat.

La personne exposée à un événement traumatique est catapultée rapidement, seule ou avec d'autres victimes/survivantes dans un état de crise qui interfère avec sa vie sociale, occupationnelle ou relationnelle, et où ses capacités d'autorégulation psychologique sont mises à rude épreuve.

3.2 LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

3.2.1 Qu'est-ce qu'un événement traumatique ?

Un évènement est « *traumatique* » lorsqu'une personne s'est trouvée confrontée à la mort, à la peur de mourir ou à de graves blessures, ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a été menacée. Cet évènement doit également provoquer une peur intense, un sentiment d'impuissance, ou un sentiment d'horreur.



3.2.1.1 Caractéristiques d'un évènement traumatique

Un évènement traumatique se caractérise donc par :

- *La proximité avec la mort,*
- *La destruction de l'intégrité psychique et physique,*
- *La soudaineté,*
- *La brutalité,*
- *L'intensité,*
- *La surprise,*
- *Le vécu d'impuissance et de contrainte.*

3.2.1.2 Les deux types d'évènements traumatiques

3.2.1.2.1 Les évènements de type I

Ils représentent généralement des évènements soudains, inattendus et d'une durée limitée, par exemple « un accident, un sinistre ou encore un désastre naturel ». (Ex : feux de brousse, inondation, tremblement de terre etc.).

3.2.1.2.2 Les évènements de type II

Habituellement de longue durée, répétitifs, cumulatifs, souvent infligés volontairement par un être humain et peuvent être davantage anticipés par les victimes/survivant(e)s.

Évènements de durée prolongée où les traumatismes sont répétés comme les actes de malveillance intentionnelle. Il s'agit par exemple « de violence conjugale, d'abus physiques ou sexuels, de torture ou encore d'expériences de combat ».

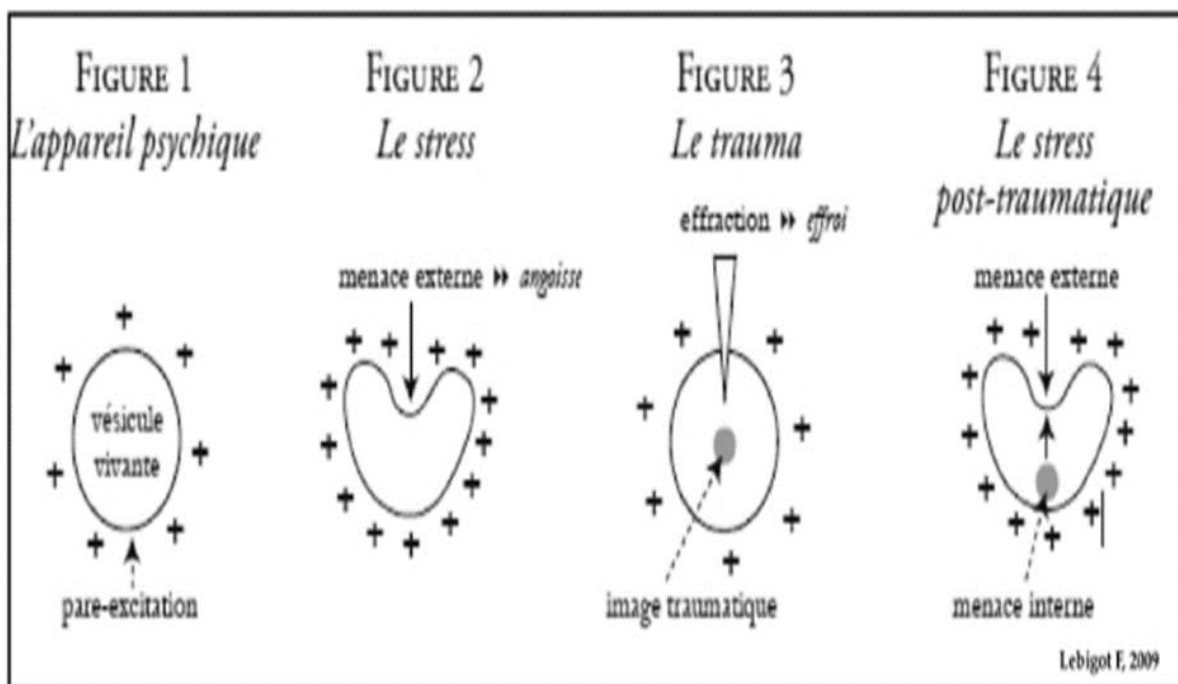


Illustration 2 : Schéma métaphorique de l'effraction traumatique, Lebigot.

Le trauma désigne un phénomène psychologique d'effraction des défenses, de confrontation avec le réel de la mort, sans possibilité d'y répondre par l'action, la parole, la pensée et sans possibilité d'y attribuer un sens.

Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un événement traumatique ?

La personne exposée à un événement traumatique est catapultée rapidement, seule ou avec d'autres victimes dans un état de crise qui interfère avec sa vie sociale, occupationnelle ou relationnelle, et où ses capacités d'autorégulation psychologique sont mises à rude épreuve.

La crise psycho-traumatique correspond à cette période de perte de maîtrise durant laquelle on pourra observer divers symptômes en fonction de la temporalité par rapport à l'événement.

- La phase immédiate juste après l'exposition : détresse et dissociation péri-traumatiques
- La phase post-immédiate : 48-72 h après l'exposition. L'état de stress aigu (ESA)
- L'ESPT constitué (supérieur à un mois)

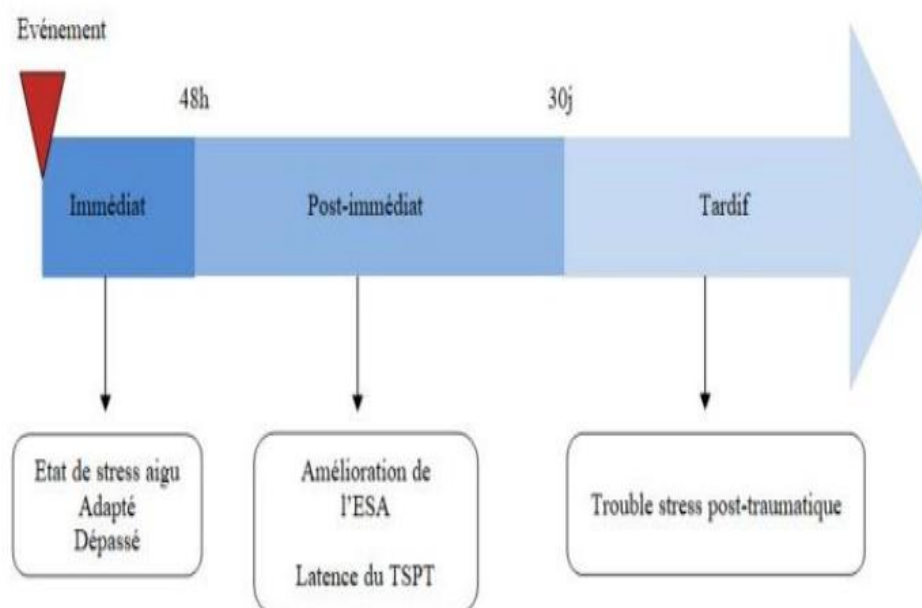


Illustration 3 : Chronologie du trouble du stress post-traumatique.

3.2.2 Qu'est-ce que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ?

Le Trouble de Stress Post-Traumatique, est un trouble de santé mentale. Il peut survenir chez un enfant ou un adulte après l'exposition à un événement potentiellement traumatique.

- Selon le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) le TSPT peut survenir suite à une exposition à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles soit :
 - En étant directement exposé
 - En étant témoin direct
 - En apprenant qu'un tel évènement traumatique s'est produit envers une personne chère
 - En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un évènement

Cependant tous les sujets confrontés à un évènement traumatique ne développent pas de séquelles psycho-traumatiques.

Dans tous les cas, la souffrance psychique est importante et a des retentissements invalidants tant au plan physique, psychique, que relationnel et socio-professionnel.

- **Symptomatologie verbale et non verbale des personnes affectées**

Diverses réactions verbales et non verbales peuvent être notées chez les victimes/ survivant(e)s suite à un évènement traumatique.

Types de réaction		Symptômes
	Physiologiques	-baisse d'énergie, épuisement -faiblesse du système immunitaire (tendance aux rhumes, gripes, etc.) -perturbations endocriniennes (menstruations, troubles thyroïdiens, etc.) -troubles cardio-vasculaires -maux de tête, douleurs au dos ou musculaires -frilosité avec bouffées de chaleur -baisse ou augmentation de la libido, anorgasmie -autres désordres somatiques
Non verbales	Psycho-émotionnelles	-anhédonie (absence de plaisir) -étonnement, incrédulité -engourdissement émotionnel -sentiment de détachement -peur, phobie -vulnérabilité, susceptibilité -culpabilité ou sentiment d'indignité -impuissance -tristesse, solitude, désespoir, résignation

		<ul style="list-style-type: none"> -anxiété, angoisse -colère, rage -sentiment de ne pas être compris -tendance à passer d'un état transitoire de victime à une identité permanente de victime
	Comportementales	<ul style="list-style-type: none"> -comportements d'évitement -retrait, diminution de la participation à des activités significatives -prostration (état d'abattement physique et psychologique extrême, de faiblesse et d'inactivité totale), confusion, état de choc -altération des champs familiaux et professionnels -irritabilité, hostilité, instabilité, comportements maniaques -tendance à se mettre en situation de danger -troubles du sommeil et de l'appétit -dépendance aux toxiques (alcool, drogues et médicaments)
Verbales (Cognitives)		<ul style="list-style-type: none"> -troubles de la mémoire, impossibilité de se souvenir d'aspects importants de l'événement -difficulté de concentration -diminution du champ de l'attention -pensées récurrentes négatives -images intrusives, flash-back -diminution du champ de la confiance en soi, en ses capacités, de jugement et de décision -perte d'objectivité

3.2.3 Quels sont les traitements possibles du TSPT ?

Les traitements ont beaucoup évolué et on dispose aujourd'hui de différents traitements efficaces pour peu qu'ils soient instaurés précocement.

Le traitement de première intention est la psychothérapie ciblée, avec un psychologue ou un médecin psychiatre, spécialisés dans le stress post-traumatique. Il existe différentes techniques : les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC), l'EMDR, les

thérapies psychodynamiques, l'hypnose médicale et d'autres thérapies complémentaires (méditation pleine conscience, gestion du stress ...).

Si l'amélioration n'est pas suffisante, si les symptômes sont trop présents, la psychothérapie non possible ou si un autre trouble est présent, un traitement médicamenteux spécifique peut être prescrit par le médecin.



3.3 LA NOTION DE RESILIENCE

3.3.1 Définition :

La résilience, c'est « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* » (S. Vanistendael).

3.3.1.1 La Résilience n'est pas l'Invulnérabilité

Cette distinction est le point le plus important à transmettre aux travailleurs sociaux : la résilience n'est pas une armure, c'est une cicatrice.

La résilience n'est pas l'invulnérabilité, le comprendre permet d'éviter l'épuisement des intervenants et la culpabilisation des survivants : la souffrance reste présente

Une personne résiliente n'est pas quelqu'un qui ne ressent rien. Au contraire, elle est souvent traversée par des émotions intenses (tristesse, peur, colère).

Le concept : On peut être résilient et pleurer tous les soirs. La résilience, c'est la capacité à pleurer et à se lever le lendemain pour s'occuper de ses enfants ou aller à un rendez-vous administratif.

3.3.1.2 La métaphore du Kintsugi

On utilise souvent l'art japonais du Kintsugi (réparer une céramique brisée avec de l'or).

L'image : l'objet a été brisé (le traumatisme). On ne cherche pas à cacher les fissures pour faire comme si rien ne s'était passé (invulnérabilité). On souligne les fissures avec de l'or.

Le message : l'objet réparé est plus précieux et plus solide qu'avant, mais il garde la trace de sa cassure. La résilience, c'est l'or qui lie les morceaux. La résilience n'est pas l'invulnérabilité : cette distinction est le point le plus important à transmettre aux travailleurs sociaux : la résilience n'est pas une armure, c'est une cicatrice.



3.3.1.3 Éviter le piège de la "Performance"

Il existe un risque de voir la résilience comme une injonction : "Il faut être fort, il faut rebondir". L'alerte : Si l'on confond résilience et invulnérabilité, on finit par nier la douleur du bénéficiaire. L'intervenant doit valider la fragilité. C'est parce que la personne accepte sa vulnérabilité qu'elle peut s'appuyer sur des tuteurs de résilience pour se reconstruire.

3.3.1.4 La résilience est fluctuante

L'invulnérabilité est un état figé, alors que la résilience est un processus dynamique.

La réalité du terrain : Une personne peut paraître très résiliente le lundi et s'effondrer le mardi à cause d'un déclencheur (un bruit, une odeur). Ce n'est pas un échec de la résilience, c'est le signe que le processus d'intégration du trauma est en cours.

Important à savoir :

*"Ne cherchez pas à rendre vos bénéficiaires invulnérables. **Cherchez à les aider à transformer leur blessure en une force qui leur permet de vivre avec leur histoire, sans qu'elle ne les définisse entièrement.**"*

La nuance : être résilient ne signifie pas ne pas avoir mal. Cela signifie que malgré la douleur, la personne parvient à redonner du sens à sa vie et à continuer d'avancer. Le trauma est une cassure ; la résilience est la cicatrice qui rend l'objet plus solide qu'avant (concept du Kintsugi japonais).

3.3.2 Facteurs de protection (qui favorisent la résilience)

Certains groupes de personnes sont potentiellement plus enclins à souffrir de difficultés psychologiques et sociales. Les enfants, les personnes âgées, les personnes mentalement ou physiquement handicapées, ainsi que les personnes avec des problèmes préexistants de santé ou mentaux, sont considérées comme des groupes à risque, tout comme les personnes qui vivent dans le dénuement.

L'approche de la Santé Mentale et du Soutien Psychosocial (SMSP) **définit les facteurs de protection comme des ressources ou des conditions qui atténuent l'impact des épreuves et favorisent le "rebond"**.

Les trois niveaux de facteurs de protection à savoir pour les intervenants de terrain :

3.3.2.1 Facteurs de protection individuels (Internes)

Ce sont les capacités propres à la personne vulnérable :

Les compétences de vie : capacité à résoudre des problèmes, à communiquer ses besoins et à réguler ses émotions (ex : techniques de respiration).

L'estime de soi et l'auto-efficacité : croire en sa capacité à agir, même sur de petites choses.

Le sens de l'humour et la créativité : utiliser l'imagination pour s'évader ou dédramatiser une situation.

Le sentiment d'utilité : avoir un rôle (aider les autres, s'occuper de sa famille) qui donne une raison de se lever.



3.3.2.2 Facteurs de protection familiaux et relationnels

Le premier rempart contre le traumatisme est le lien affectif :

La cohésion familiale : la présence d'un attachement sécurisant (parents, conjoint) qui offre une base émotionnelle stable.

Le soutien social : avoir au moins une personne de confiance à qui parler sans peur du jugement (le tuteur de résilience).

Le rétablissement des liens : la priorité est donnée à la recherche des proches disparus via des services disponibles à cet effet.

3.3.2.3 Facteurs de protection communautaires et sociétaux

L'environnement joue un rôle déterminant dans la stabilisation :

L'appartenance culturelle et spirituelle : participer à des rites, des fêtes ou des groupes religieux qui redonnent du sens et une identité collective.

L'accès aux services de base : la sécurité alimentaire, un abri sûr et l'accès aux soins de santé physique réduisent l'anxiété de survie.

Les espaces sûrs : l'existence de lieux protégés pour les femmes et les enfants où l'on peut jouer ou échanger en toute sécurité.

L'inclusion sociale : des politiques d'accueil des personnes vulnérables, luttant ainsi contre le deuil du statut social.

Synthèse :

Le rôle du travailleur social est **d'identifier ces facteurs de protection lors de l'évaluation initiale** pour s'appuyer dessus. Si certains facteurs sont manquants (ex : isolement total), le plan d'action devra viser à les recréer artificiellement (ex : intégration dans un cercle de résilience).

3.3.3 Le rôle de l'intervenant : le "Tuteur de résilience"

La notion de « Tuteur de résilience », théorisée par Boris Cyrulnik, est au cœur de la formation des travailleurs sociaux et intervenants SMSP. Elle définit une posture où l'intervenant ne se contente pas d'apporter une aide matérielle, mais devient le support psychologique sur lequel le survivant s'appuie pour se reconstruire.



Les composantes essentielles du rôle de tuteur de résilience :

3.3.3.1 Être une « Présence sécurisante »

Le trauma provoque un effondrement de la confiance en l'autre. Le tuteur de résilience restaure cette confiance par :

La prédictibilité : être présent aux rendez-vous, respecter ses engagements et fixer un cadre clair.

La bienveillance inconditionnelle : offrir une écoute sans jugement, quelles que soient les émotions exprimées (colère, honte, mutisme).

La contenance : savoir accueillir la douleur de l'autre sans s'effondrer soi-même, montrant ainsi que la souffrance est supportable.

3.3.3.2 Le « Tricotage » du lien social

La résilience ne se fait pas en vase clos. L'intervenant aide la personne à se reconnecter au monde :

Le lien avec le passé : aider le survivant à retrouver ses compétences oubliées (lutte contre l'amnésie identitaire).

Le lien avec la communauté : faciliter l'intégration dans des cercles de résilience ou des activités collectives.

3.3.3.3. Donner du sens au traumatisme

Le rôle du tuteur est d'aider la personne à transformer un événement absurde (la guerre, l'agression) en un récit intégré à son histoire :

La résilience narrative : aider la personne à passer du statut de « victime passive » à celui de « narrateur de sa propre survie ».

La valorisation des forces : souligner chaque petite victoire (ex : « Vous avez réussi à venir aujourd'hui malgré votre fatigue, c'est une preuve de votre courage »).

3.3.3.4 Le Tuteur n'est pas le Sauveur

C'est une nuance cruciale. Le tuteur soutient, mais ne porte pas à la place de l'autre. L'objectif reste l'autonomie (Empowerment).

Comme le tuteur d'une plante, l'intervenant devient inutile une fois que la plante (le bénéficiaire) a consolidé ses propres racines et son tronc.

3.3.3.5 L'auto-protection du Tuteur

Pour être un bon support, l'intervenant doit lui-même être soutenu :

Supervision : participer à des séances de débriefing pour éviter le traumatisme par procuration.

Auto-prise en charge : appliquer pour soi-même les techniques de stabilisation biologique (respiration, limites pro/perso).

En résumé : *Le tuteur de résilience est celui qui croit en la capacité de reconstruction de la personne, même quand celle-ci n'y croit plus. Il est le témoin de sa force et le facilitateur de son nouveau départ.*

3.4 L'AUTO-ASSISTANCE COMMUNAUTAIRE

3.4.1 Définition :

L'auto-assistance communautaire désigne la capacité d'une communauté à mobiliser ses propres ressources, réseaux et savoirs pour soutenir le bien-être de ses membres sans dépendre exclusivement d'experts extérieurs.

Cette approche est devenue importante pour combler le déficit de services de santé mentale et favoriser une résilience durable.

3.4.2 Principes clés :

- **Empowerment (autonomisation)** : placer les personnes vulnérables au centre de leur propre rétablissement en valorisant leurs compétences.
- **Solidarité organique** : activer les liens naturels (famille, voisins, groupes religieux) pour fournir un soutien émotionnel immédiat.
- **Pertinence culturelle** : utiliser des méthodes de guérison et de soutien social propres à la culture locale pour garantir l'acceptabilité.

3.4.3 Le rôle du travailleur social (le facilitateur)

Plutôt que de "faire à la place de", l'intervenant agit comme un catalyseur :

- 1- **Identifier** les ressources locales : repérer les leaders naturels, les réseaux d'entraide existants et les lieux de rassemblement sûrs.
- 2- **Renforcer** les capacités : former des bénévoles communautaires aux Premiers Secours Psychologiques (PSP) pour qu'ils puissent intervenir rapidement.
- 3- **Soutenir** les initiatives : aider à la création de groupes de parole ou de coopératives de soutien sans en prendre la direction.

Cette approche transforme les "bénéficiaires" en **acteurs de leur propre protection**, ce qui est essentiel dans les contextes où l'accès aux soins spécialisés reste limité.

3.4.4 Comment consolider l'auto-assistance communautaire ?

Consolider l'auto-assistance communautaire signifie transformer une aide ponctuelle en un système local durable où **la communauté devient son propre filet de sécurité**. Pour un intervenant social, cela consiste à passer du rôle de « sauveur » à celui de « facilitateur ».

Les cinq axes stratégiques pour consolider ce mécanisme sur le terrain :

3.3.4.1 Cartographier et valider les ressources locales

Avant d'importer des solutions externes, il faut identifier ce qui fonctionne déjà au sein de la communauté.

- **Repérage des "aidants naturels"** : identifier les leaders d'opinion, les guérisseurs traditionnels bienveillants ou les mères de famille respectées.
- **Recensement des lieux sûrs** : évaluer les espaces (écoles, lieux de culte, centres communautaires) où les gens se sentent naturellement en sécurité pour échanger.

3.3.4.2 Renforcement des capacités (formation en cascade)

La consolidation passe par le transfert de compétences techniques aux membres de la communauté.

- **Formation aux PSP** : former des bénévoles locaux aux Premiers Secours Psychologiques (PSP) pour qu'ils puissent stabiliser leurs pairs avant l'arrivée des professionnels.
- **Gestion de base des conflits** : outiller les leaders communautaires pour *désamorcer les tensions sociales liées au stress collectif*.

3.3.4.3 Institutionnaliser les groupes de soutien par les pairs

Pour que l'auto-assistance perdure, elle doit être structurée.

- **Cercles de résilience** : encourager la création de groupes thématiques (ex : veuves, jeunes déplacés, agriculteurs sinistrés) auto-gérés.
- **Système de parrainage** : mettre en place un système où un membre "ancien" et stabilisé accompagne un nouveau membre en détresse.

3.3.4.4 Créer un pont avec les services formels (centre sociaux, hôpitaux)

L'auto-assistance ne doit pas être isolée ; elle doit savoir quand passer le relais.

- **Protocoles de référencement simplifiés** : créer des outils visuels simples pour que les bénévoles communautaires sachent identifier les "signes d'alerte" (risque suicidaire, hallucinations, anxiété généralisée...) nécessitant un transfert vers un hôpital, voir un professionnel de santé mentale (psychiatre, infirmier spécialisé en psychiatrie, psychologue).

- **Réunions de coordination** : inviter les représentants de la communauté aux réunions des acteurs de santé mentale (intervenants sociaux, pairs éducateurs, travailleurs sociaux) pour valoriser leur rôle et favoriser leur implication dans le dispositif d'auto assistance communautaire.

3.3.4.5 Soutenir la résilience économique et sociale

Le bien-être mental est indissociable des conditions de vie.

- **Activités Génératrices de Revenus (AGR) collectives** : Soutenir des micro-projets (jardins communautaires, coopératives d'artisanat) qui renforcent les liens sociaux tout en réduisant l'anxiété liée à la pauvreté.
- **Rituels et activités culturelles** : encourager la reprise des fêtes, cérémonies ou jeux collectifs qui restaurent le sentiment d'appartenance et de continuité.

Notez bien : le succès de l'intervenant social se mesure à son "inutilité" finale. Plus la communauté est capable de détecter, soutenir et orienter ses membres de manière autonome, plus la consolidation est réussie.

3.5 LES COMPÉTENCES DE VIE ESSENTIELLES POUR MAINTENIR ET RENFORCER LE BIEN-ÊTRE MENTAL :

Elles permettent aux personnes de mieux faire face à la vie, à ses difficultés et à ses vicissitudes. Les compétences pour la vie contribuent au bien-être psychosocial en favorisant la communication, une réflexion positive, l'esprit d'analyse, la fixation d'objectifs, la coopération et l'adaptation.

3.5.1 Définition des compétences de vie

« Les compétences pour la vie sont des aptitudes et des capacités permettant aux personnes de s'adapter et d'avoir une attitude positive pour gérer efficacement les exigences et les épreuves de la vie quotidienne. Les compétences pour la vie sont essentielles au rétablissement psychosocial suite à une crise. Elles sont étroitement liées aux concepts de changement comportemental, de bien-être psychosocial et de résilience » Centre psychosocial -CICR.

Dans le domaine de la **Santé Mentale et du Soutien Psychosocial (SMSP)**, elles ne sont pas seulement des "aptitudes sociales", mais de véritables **outils de protection**

biologique et psychique qui aident à maintenir l'équilibre mental face à l'adversité (guerre, deuil, précarité).

3.5.2 Les objectifs des compétences de vie

Le renforcement de ces compétences auprès des survivants et des personnes vulnérables poursuit quatre objectifs majeurs :

3.5.2.1 Favoriser la résilience et le bien-être

L'objectif est d'aider la personne à ne pas se laisser submerger par le traumatisme. En apprenant à réguler son stress (via des techniques de respiration), l'individu renforce sa capacité de "rebond".

3.5.2.2 Améliorer la prise de décision et la résolution de problèmes

En situation de crise, le cerveau est souvent "paralysé". Ces compétences visent à :

- Apprendre à décomposer un problème complexe en étapes simples.
- Prendre des décisions rationnelles malgré l'incertitude.

3.5.2.3 Renforcer l'autonomie (Empowerment)

Pour un réfugié ou une victime, l'objectif est de passer de "l'assistance" à "l'action". Cela passe par :

- La communication assertive (savoir exprimer ses besoins et ses droits sans agressivité).
- La connaissance de soi (identifier ses forces pour les utiliser dans un transfert de compétences).

3.5.2.4 Faciliter l'inclusion sociale et les relations saines

Le but est de reconstruire le tissu social brisé en :

- Développant l'empathie envers autrui (pour sortir de l'isolement).
- Gérant les conflits de manière non-violente au sein des familles ou des centres d'accueil.

3.5.3 Les trois catégories de compétences

3.5.3.1 Compétences cognitives (la pensée)

- **L'auto-observation (conscience de soi)** : capacité à identifier ses pensées et ses signaux corporels en temps réel pour éviter le débordement.
- **La pensée critique** : savoir filtrer les informations (notamment sur les réseaux sociaux) pour se protéger des comparaisons toxiques et des "fake news".
- **La prise de décision éclairée** : capacité à choisir ce qui est bon pour soi à long terme, plutôt que de céder à l'impulsivité.
- **La résolution de problèmes** : savoir transformer un obstacle mental en étapes concrètes et gérables.
- **La pensée créative** : utiliser l'imagination ou l'art pour exprimer ce qui ne peut être dit avec des mots.

3.5.3.2 Compétences émotionnelles (le ressenti)

- **La régulation du stress** : maîtriser des outils comme la cohérence cardiaque ou la méditation pour calmer son système nerveux.
- **La gestion des émotions fortes** : savoir traverser la colère ou la tristesse sans les refouler, ni se laisser submerger.
- **L'auto-compassion** : se traiter avec la même gentillesse qu'on offrirait à un ami proche, surtout en cas d'échec.
- **La résilience face à l'incertitude** : développer la capacité à rester stable même quand on ne contrôle pas l'avenir.
- **La gestion du deuil et de la perte** : capacité à accepter le changement et à intégrer les pertes (ruptures, deuils) dans son parcours de vie.

3.5.3.3 Compétences sociales (la relation)

- **L'empathie** : comprendre les émotions des autres, ce qui renforce le sentiment de connexion sociale.
- **La communication assertive** : exprimer ses besoins et ses limites avec clarté et respect ("Savoir dire non").
- **La gestion des conflits** : savoir désamorcer les tensions relationnelles avant qu'elles ne deviennent une source d'anxiété chronique.
- **Le maintien de liens de soutien** : capacité à cultiver un entourage sain et à solliciter de l'aide quand c'est nécessaire.
- **L'hygiène numérique relationnelle** : savoir se déconnecter des écrans pour privilégier les interactions humaines réelles, vitales pour le cerveau social.



MODULE 3 : LES COMPÉTENCES EN CONSEIL DE BASE

Les compétences en conseil de base sont essentielles à connaître par tout intervenant en relation d'aide. Elles comprennent les compétences d'écoute active, les réflexions et les résumés exacts des émotions et du contenu de la victime/survivante, l'empathie et les réponses empathiques, le langage corporel et le ton de voix corrects, une attitude honnête et inconditionnellement positive envers la personne écoutée, et des questions et paraphrases appropriées.

4.1 L'EMPATHIE

« La capacité à communiquer une compréhension de l'expérience d'une autre personne du point de vue de cette personne » (Fairbairn, 2002).

Elle exige que vous ne soyez pas moralisateur, mais ouvert et approchable, bienveillant et patient. **Elle exige que vous essayiez de comprendre comment les survivants voient le monde et ce qu'ils pourraient ressentir, et que vous leur communiquiez cette compréhension.** C'est une étape essentielle de la validation des expériences des survivant(e)s/victimes/personnes vulnérables et de la normalisation de leurs réactions aux événements traumatisants qu'ils ont endurés.

Vous trouverez ci-dessous des **exemples de réponses qui ne sont pas empathiques** :

- Donner des conseils du genre « Je crois que vous devriez... »
- Expliquer votre situation : « Mais je n'avais pas l'intention de... »
- Corriger la personne : « Attendez ! Je n'ai jamais dit ça ! »
- Consoler la personne : « Vous avez fait de votre mieux... »
- Raconter une histoire : « Cela me rappelle la fois où... »
- Ignorer leurs ressentis : « Courage. Calmez-vous. »
- Sympathiser : « Mon pauvre... »
- Faire passer un interrogatoire formel : « Pourquoi avez-vous fait ça ? »
- Évaluer : « Vous êtes tout simplement trop irréaliste. »
- Faire de la surenchère : « Ce n'est pas grave. Écoutez mon histoire ! »

Utilisez plutôt des phrases comme :

- « *Cela semble ... avoir été une expérience douloureuse pour vous. »*
- « *J'imagine que... vous vous êtes senti en colère et trahi par ce qui s'est passé. »*
- « *J'ai l'impression que ... vous êtes déçu de la façon dont vous avez été traité. »*
- « *Je me demande si ... cela vous a donné un sentiment de rejet. »*
- « *Ce que j'entends est que ... cette expérience vous a causé beaucoup de regrets.*
»

4.2 LE REGARD POSITIF INCONDITIONNEL

Un regard positif inconditionnel est l'acceptation et le soutien de base d'une personne quoi que l'autre personne dise ou fasse.

Cela signifie que, quels que soient les émotions, pensées ou comportements négatifs dont la personne écoutée fait preuve, vous le considérerez toujours avec bienveillance et comprendrez que ces manifestations résultent souvent du traumatisme qu'il a vécu. Cependant, cela ne signifie pas que vous devez vous mettre en danger, aller au-delà de vos limites, ou soutenir la victime qui a adopté un comportement dangereux à l'encontre de lui-même ou d'autrui. Cela signifie simplement que la bienveillance et le soutien que vous fournissez à la victime, ainsi que votre attitude et votre comportement envers elle, ne changeront pas.

4.3 L'AUTHENTICITE

Il s'agit d'être authentique, honnête et de ne pas prétendre être différent parce que vous croyez que cela mettra la personne écoutée plus à l'aise. Une fois que la victime a découvert que vous avez été malhonnête, la confiance sera détruite et la qualité de votre relation professionnelle sera compromise. Cela pourrait même vous obliger à mettre fin à vos prestations de conseil parce que le manque de confiance pourrait inciter la victime à ne plus être honnête sur ses expériences et la façon dont elles l'ont affecté.

4.4 L'ÉCOUTE ACTIVE

Il s'agit de se concentrer pleinement sur ce qui est dit plutôt que d'« entendre » passivement le message de la personne qu'on écoute. **Cela implique écouter avec tous ses sens.** En plus d'accorder sa pleine attention à son interlocuteur, un écouteur actif doit physiquement démontrer, par le langage corporel (manière de regarder, de s'asseoir, de bouger (lenteur ou agitation dans le mouvement) etc.) qu'il est en train d'écouter. Autrement, la victime pourrait conclure que ce qu'il dit ne présente aucun intérêt pour l'aidant (pair éducateur, intervenant social, travailleur social).

- **Vous trouverez ci-dessous des éléments d'écoute active à mettre en pratique lors d'une séance de conseil :**



4.4.1 Comportement participatif

Un comportement participatif fait savoir à la victime que vous êtes là pour elle, et lui démontre que ce qu'elle vous dit vous intéresse.

Il existe des méthodes verbales et non verbales pour le communiquer :

4.4.1.1 Les questions ouvertes

Les questions ouvertes aident à faciliter la communication, encouragent les survivant(e)s à partager leurs expériences ; clarifient les suppositions ou les interprétations, et développent de nouvelles perspectives ou ententes. Ces questions sont souvent axées sur : **Quoi- Où- Qui- Comment ?**

De plus, elles ne peuvent pas recevoir de simples réponses comme « oui », « non » ou un chiffre.

4.4.1.2 Accéder et clarifier

- Questions fermées = Est-ce que vous... ? Est-ce qu'il... ? Est-ce qu'elle... ?
- Questions ouvertes = Qu'est-ce que... ? Comment... ?
- Les questions avec « Pourquoi ? » impliquent un jugement ou une accusation.

4.4.1.3 Compétences d'observation

Observez le comportement, la présence, l'attention, l'élocution, l'apparence, l'orientation, l'humeur, l'affect, le contenu des réflexions, le jugement et la mémoire pour obtenir une vue d'ensemble du fonctionnement de la personne qu'on écoute.

4.4.1.4 Encourager

Expliquez que vous êtes avec elle, que vous écoutez ce qu'elle est en train de dire.

Cela vous permet de créer un lien avec la personne sans devoir l'interrompre. Des exemples en sont :

- Communication non verbale = hochement de tête ;
- Communication semi-verbale = des marmonnements comme « hmmm » ;
- Communication verbale = des phrases comme « Oui, continuez... ».

4.4.1.5 Paraphraser

- Répétez périodiquement l'essence du discours de la victime/survivant(e)/personne vulnérable ;
- Rassurez-la victime/survivant(e) qu'elle a été entendue et compris ;
- Aide l'aidant à vérifier qu'il comprend clairement la victime/survivant(e).

4.4.1.6 Résumer

- Rassemblez le récit, les expériences et autres éléments de la victime/survivant(e) ;
- utilisez un discours qui puisse être compris ;
- L'essence à retenir.

4.4.1.7 Réflexion sur le ressenti

- Faites comprendre à la victime/survivant(e) que vous comprenez ses ressentis et ses perceptions.
- Aidez la victime/survivant(e) à articuler les émotions et expériences qu'elle a des difficultés exprimer.



4.5 L'ORIENTATION

Six semaines est la période généralement considérée comme nécessaire pour guérir un traumatisme. Une orientation sera nécessaire s'il semble qu'après cette période :

- Les symptômes liés au traumatisme de la personne s'aggravent plutôt que s'atténuent.
- La personne souffre continuellement de tension, égarement, confusion, sensation de vide et fatigue extrême.
- Le traumatisme affecte les besoins sociaux/de base de la personne, comme sa capacité à travailler ou à étudier, à accéder à des soins de santé, à se procurer nourriture et logement pour elle-même et ses dépendants, entre autres.

4.5.1 À quel moment orienter ?

Avec une approche holistique, nous devons prendre en compte tous les besoins potentiels des personnes avec lesquelles nous travaillons.

Ces besoins peuvent aller d'un soutien en santé mentale à des besoins médicaux, en passant par un soutien en matière de nourriture ou de moyens de subsistance. **Nous avons donc recours à l'orientation quand nous avons identifié le besoin d'une personne, mais que nous ne pouvons pas fournir le service approprié en tant qu'organisation.**

Nous orientons dans les situations critiques suivantes :

- *La personne est incapable de contrôler ses ressentis de colère et/ou de dépression, a un comportement destructif envers autrui et/ou elle-même, continue d'être renfermée et apathique (un individu apathique manque d'intérêt émotionnel, social, spirituel), ou présente des tendances suicidaires*
- *La personne se comporte de manière sexuellement inappropriée (une baisse d'intérêt envers les activités sexuelles est prévisible immédiatement après un traumatisme)*
- *Un ou plusieurs symptômes psychotiques, comme entendre des voix, voir des choses et avoir peur de choses irréelles, ont fait leur apparition*
- *La personne continue de se plaindre de douleurs ou de blessures corporelles qui ne semblent pas guérir*
- *Depuis l'événement, la personne fume, boit ou se drogue de façon excessive*
- *La performance professionnelle de la personne se détériore, ou elle est incapable de faire face aux demandes ordinaires de la vie quotidienne*
- *Les relations de la personne se sont gravement détériorées, ou des problèmes sexuels ont fait leur apparition*
- *Des problèmes psychiatriques ou psychologiques anciens ont refait une apparition.*

4.5.2 Comment orienter ?

La première étape du processus d'orientation est la création d'une carte de la communauté dans laquelle vous travaillez. Vous devrez avoir recours à vos réseaux professionnels existants pour découvrir d'autres organisations.

Les informations d'orientation devraient inclure :

- *Nom de la victime/survivant(e)*
- *Adresse*
- *Numéros de téléphone*
- *Âge/date de naissance*
- *Date de l'entretien avec vous*
- *Une description très brève de la nature des problèmes de la victime/survivant(e). La quantité d'informations que vous incluez dépendra de l'objectif de l'orientation et de la personne auprès de laquelle vous orientez la victime/survivant(e)*
- *Vérifiez toujours auprès de votre interlocuteur/trice les informations qu'elle accepte d'inclure dans la lettre de recommandation*
- *Nom et numéro de téléphone de l'aidant (personne chargée de l'accompagnement psychosocial)*

NB : Le processus d'orientation se fait dans un cadre professionnel avec pour objectif d'apporter une assistance supplémentaire à la victime/survivant(e). La confidentialité ne devrait jamais être compromise en communiquant plus d'informations qu'il n'est strictement nécessaire.



4.6 LES ROLES ET LIMITES DE L'AIDANT PSYCHOSOCIAL

Les aidants sont les conseillers, travailleurs sociaux, les pairs éducateurs, et les intervenants sociaux, impliqués dans la prise en charge des personnes vulnérables/victimes/survivantes.

4.6.1 Le rôle de l'aidant psychosocial

L'aidant psychosocial a pour rôle :

- D'accueillir les victimes/survivantes
- De leur offrir une écoute attentive et un soutien émotionnel
- De les stimuler à verbaliser leur expérience difficile afin de prévenir ou de diminuer l'apparition de troubles psychologiques et de promouvoir leur rétablissement psychologique
- De les aider à comprendre qu'elles peuvent exercer un certain contrôle sur leur destinée et pour ce faire, prendre certaines décisions et agir en conséquence
- De les aider à cerner leurs problèmes ainsi que les pistes pour les résoudre
- De les encourager à utiliser leurs ressources pour dépasser leurs difficultés
- Leurs besoins et d'établir les références nécessaires vers les services juridiques, médicaux, sociaux, etc.
- De leur fournir les informations sur les aides disponibles, de leur procurer toutes les informations utiles et de les préparer aux éventuelles suites sur un plan médical, psychologique, social et juridique.

4.6.2 Les limites de l'aidant psychosocial

4.6.2.1 Les limites éthiques

- L'aidant psychosocial ne peut pas entretenir de relations amoureuses et sexuelles avec une personne qui le consulte pendant tout le processus de prise en charge et durant une période minimale d'un an après la fin du suivi.
- Il doit éviter tout contact physique susceptible de gêner ou d'indisposer son interlocuteur (par exemple, être assis genoux contre genoux ou les pieds entre ceux de la personne consultante).
- Il ne peut pas accepter d'argent à titre privé ou de biens matériels en récompense des services qu'il fournit. Dans certaines cultures, les menus présents sont toutefois culturellement admis.
- Il ne peut pas tolérer les menaces ou les passages à l'acte violent vis-à-vis de sa propre personne.
- Ignorer les limites éthiques, c'est courir le risque d'induire des abus de pouvoir et des relations de dépendance, d'emprise et de soumission.

4.6.2.2 Les limites professionnelles

Ignorer ses limites professionnelles, c'est prendre le risque de nuire aux personnes qui demandent assistance.

- **L'aidant psychosocial n'est pas un policier ou un juge chargé d'établir la vérité.** Il n'oblige pas son interlocuteur à répondre à ses questions et ne cherche pas à vérifier ses dires. Si la victime/survivante lui ment, il ne la condamne pas. Il essaie de comprendre les raisons à l'origine du mensonge, par exemple, la personne évite un sujet douloureux, elle manque de confiance, elle craint des représailles ou le jugement moral, elle désire faire plaisir à l'intervenant, etc.
- **Il n'est pas un avocat.** Il n'est pas chargé de défendre la cause de la victime/survivante auprès de son entourage ou inversement, de prendre la défense d'un membre de l'entourage à son détriment. Lorsqu'il organise une médiation familiale, il ne prend pas parti, mais cherche à établir une alliance avec toutes les parties en conflit.
- **L'aidant psychosocial n'est pas un infirmier ou un médecin.** Il ne donne pas son avis sur un problème de santé et s'abstient de prodiguer des conseils médicaux. Si la personne présente un problème physique, il la réfère au centre de santé.
- **Il n'est pas un psychologue ou un psychiatre.** Lorsque la difficulté d'une prise en charge dépasse ses capacités, l'assistant social réfère la personne qui le consulte vers un service ou un professionnel apte à l'aider.

4.6.2.3 Les limites personnelles

- **L'aidant psychosocial doit respecter ses limites physiques.** Il doit s'abstenir de travailler lorsqu'il est malade et s'accorder des temps de repos suffisants. Il ne peut pas se consacrer uniquement à son travail et délaisser sa famille, ses autres activités, etc.
- Les victimes/survivantes ne sont pas des parents ou des ami(e)s. S'il leur délivre un logement, leur distribue de la nourriture, de l'argent ou d'autres biens matériels, il risque de dépasser rapidement ses limites personnelles (psychologiques, financières, etc.).

MODULE 4 : LE COUNSELING

La vie est pleine de problèmes. Si le conseiller psychosocial ambitionne de résoudre toutes les difficultés rencontrées par les personnes qui le consultent, son aide sera sans fin. Aussi, est-il plus profitable de renforcer leur capacité à résoudre les problèmes plutôt que de les résoudre à leur place, l'un après l'autre, indéfiniment.

5.1 DEFINITION ET OBJECTIF DU COUNSELING

5.1.1 Définition

Le counseling est une relation d'aide en situation. Sa première caractéristique est d'apporter une aide, une facilitation, une médiation à un groupe ou une personne dans son contexte propre.

On entend par counseling une forme professionnelle d'assistance psychosociale dans laquelle une personne recourt aux services d'un intervenant et lui adresse une demande d'aide aux fins de traiter, de résoudre ou d'assumer les problèmes qui la concerne.

Les actions consistent à offrir un accueil et un soutien émotionnel dans le but d'encourager les personnes à exprimer leurs pensées et leurs émotions, à identifier leurs problèmes et à en définir les solutions.

5.1.2 L'objectif du counseling

L'objectif du counseling est d'amener les personnes à ne plus avoir des motifs de plainte ou du moins, qu'elles n'aient plus besoin d'assistance psychosociale pour régler leurs problèmes ; en d'autres termes, qu'elles les résolvent ou qu'elles soient capables de les gérer.

Le rôle de l'intervenant n'est pas de solutionner les difficultés des victimes mais d'accroître leurs ressources et leur autonomie afin qu'elles puissent y faire face.

Par exemple, une façon d'amplifier les ressources des victimes est de les aider à développer leur confiance en elles et leur estime d'elles-mêmes. En amplifiant leur sentiment de confiance, elles apprennent à communiquer leurs besoins et à mieux résister aux pressions sociales (celles de la communauté, de leur famille, de leur conjoint, de leur patron, etc.). En développant leur estime d'elles-mêmes, elles prennent conscience de leurs forces intérieures, de leurs priorités personnelles et de leurs buts, ce qui réduit les attitudes passives et attentistes et favorise la prise de décision. Par conséquent leur résilience est renforcée.

5.2 LES PRINCIPES DE BASE DU COUNSELING

- **Sécurité/ approche ne pas nuire** : la priorité absolue est de protéger la victime contre d'éventuelles nouvelles agressions/danger et de minimiser les risques liés à la dénonciation de l'agresseur (si la personne a subi une violence basée sur le genre).
- **Confidentialité** : aucune information ne doit être partagée sans le consentement explicite de la personne, afin de protéger sa vie privée et d'éviter la stigmatisation.
- **Respect/non jugement** : traiter chaque individu avec dignité, écouter sans jugement et respecter ses choix, y compris celui de ne pas engager de poursuites judiciaires sans son accord.
- **Non-discrimination** : offrir une aide équitable sans distinction de sexe, d'âge, de religion, d'origine ou de handicap
- **L'approche centrée sur le/la survivant(e)/victime** : ce modèle place la victime au cœur du processus décisionnel. L'intervenant ne décide pas à sa place, mais l'informe de ses options (médicales, juridiques, psychosociales) pour obtenir son consentement éclairé avant toute action. L'intérêt de la victime guide la prise en charge psychosociale. Ses décisions, ses volontés et son autonomie doivent être respectées. Elle doit être informée qu'elle est libre de ne pas répondre aux questions, qu'elle a le droit d'en poser, qu'elle peut interrompre l'entretien, qu'elle peut refuser un contact physique cordial ainsi que toute intervention qu'elle jugerait inacceptable.

Pour conscientiser cette notion de non-jugement, les assistants psychosociaux devraient se poser les questions suivantes :

- *Qu'est-ce que j'attends des victimes que j'aide ?*
- *Qu'est-ce que je pense lorsqu'elles ne réagissent pas comme je le souhaite ?*
- *Comment est-ce que je réagis lorsqu'elles ne suivent pas mes conseils ?*
- *Si un proche me parle par hasard d'une victime que je dois rencontrer prochainement et me dit que c'est une méchante femme, menteuse, querelleuse quelle sera mon attitude envers elle, alors qu'on m'en a parlé en termes négatifs ?*

L'intervenant accepte qu'il existe de multiples manières de mener sa vie et que les moyens d'adaptation d'une personne, même s'ils lui semblent inadéquats, sont généralement la façon la plus pertinente qu'elle a trouvé de composer avec son environnement. Il est conscient que les individus en difficulté se sentent généralement démunis. Ils perçoivent leur situation comme difficile à résoudre et croient ne disposer que de peu de marge de décision et d'action, si ce n'est d'aucune. Dans ces circonstances, ils optent pour ce qui leur paraît être les meilleures, voire les seules options s'offrant à eux.

L'assistance psychosociale a pour rôle de les aider à dégager des choix mieux appropriés pour sortir de leurs difficultés et réaliser leurs objectifs.

5.3 LES ETAPES DU COUNSELING

5.3.1 Identifier le problème

L'intervenant psychosocial a pour rôle d'aider la victime à cerner son ou ses problèmes et les raisons qui rendent une décision nécessaire. Il l'invite à présenter les faits par des questions comme : « Que s'est-il passé ? », « Comment cela s'est-il passé ? ».



*Pour collecter les informations, l'intervenant recourt préférentiellement aux questions ouvertes laissant libre cours à l'expression individualisée. Il s'applique à les obtenir en respectant le rythme de son interlocuteur et veille à ne pas le harceler par un questionnement inconvenant. **Contrairement à ce que l'on pense généralement, découvrir le problème n'est pas simple.** Par exemple, dans certains cas, l'intervenant peut facilement confondre symptômes, plainte et problème.*

Voici un exemple :

-Une femme vient demander de l'aide au conseiller psychosocial parce qu'elle s'évanouit régulièrement. Cela l'inquiète beaucoup et elle se plaint abondamment. Elle a consulté le centre de santé mais le médecin n'a décelé aucune pathologie physique. A première vue, les évanouissements semblent être son problème. C'est d'ailleurs ce qu'elle met en avant.

Cependant, après quelques questions, l'intervenant découvre la difficulté réelle de cette femme. Elle est seule avec cinq enfants à charge et est préoccupée car elle n'a aucun moyen d'assurer leur subsistance. L'évanouissement n'est qu'un symptôme.

Pour bien comprendre la différence entre symptômes, plaintes et problèmes, prenons une métaphore. La méningite bactérienne est une maladie infectieuse causée par une bactérie. Cette bactérie constitue le problème. Une personne souffrant de méningite

présente divers symptômes, par exemple, une fièvre élevée, des céphalées violentes, une raideur de la nuque, etc. En raison de ces symptômes, imaginons qu'elle se plaigne d'avoir froid. L'envelopper de couverture et la couvrir de vêtements chauds ne va pas la guérir. Pour qu'elle guérisse, il faut s'attaquer à la cause de la maladie et non aux symptômes.

Cerner le problème permet d'identifier les besoins des personnes. Ces besoins peuvent être d'ordre psychologique, social, médical, juridique, etc.

Notez bien : Si la prise en charge dépasse ses compétences, l'intervenant réfère la victime vers le service spécialisé qui convient ou vers un autre type de soutien.

Pour venir en aide à une personne, il est important de comprendre ses comportements, ses pensées et ses sentiments en relation avec le problème.

- **Les comportements.** L'intervenant pose des questions afin d'obtenir des informations qui lui permettront de se faire une idée précise des difficultés de la victime. Si, par exemple, cette dernière déclare « Je pleure tout le temps », il peut lui demander : « A quel moment de la journée ou de la nuit pleurez-vous le plus ? », « Depuis quand pleurez-vous aussi fréquemment ? », « Y a-t-il des moments où vous pleurez moins ? », « Aujourd'hui, y a-t-il eu un moment où vous n'avez pas pleuré ? », etc.
- **Les pensées.** L'intervenant s'intéresse aux pensées accompagnant le problème. Dans l'exemple cité ci-dessus, il pourrait demander : « A quoi pensez-vous quand vous pleurez ? » ou « Que vous dites-vous par rapport à votre situation ? ».
- **Les sentiments.** Il explore les situations dans lesquelles son interlocuteur/trice éprouve des émotions négatives (colère, tristesse, peur, etc.) et l'encourage à parler de ce qu'il/elle ressent.

Il peut, par exemple, poser la question suivante : « Que ressentez-vous lorsque vous pleurez ? » ou « Vous me dites que vous pleurez parce que vous êtes triste. Pouvez-vous me dire ce qui vous rend triste ? ».

De nombreuses cultures décourageant la libre expression des émotions, la plupart des personnes éprouvent, dans un premier temps, des difficultés à partager leur vécu. De plus, elles se croient souvent obligées de paraître fortes et

sûres d'elles. Toutefois, dès qu'elles comprennent qu'il est permis de se livrer, elles confient généralement leurs sentiments avec une relative aisance.

Pour chacune des difficultés exposées par la personne, l'intervenant doit se poser la question : « En quoi est-ce un problème ? ». En effet, des problèmes peuvent sembler identiques et cependant être différents.

Voici un exemple : Trois femmes sont enceintes à la suite d'un viol.

- *Pour la première, le problème principal est d'ordre financier. Son mari sait qu'elle n'aurait pas pu se défendre et malgré ses difficultés à assumer l'événement, il a décidé de poursuivre la relation conjugale mais l'a prévenue : Il n'assumera pas les frais d'éducation d'un enfant qui n'est pas le sien. Elle se demande comment elle va subvenir à ses besoins sans le soutien de son conjoint.*
- *La deuxième a été rejetée par son époux. Celui-ci considère le viol comme un adultère et se sent déshonoré. Elle s'inquiète de son avenir. Elle est logée chez une parente mais cette solution n'est que temporaire. A court terme, elle se retrouvera à la rue sans moyen d'assurer sa subsistance ni celle du futur bébé.*
- *La troisième considère que l'enfant qu'elle porte est un cadeau du ciel offert en compensation du malheur (le viol) qu'elle a vécu. Toutefois, les dommages corporels consécutifs aux violences subies rendent aléatoire la conduite de la grossesse jusqu'à son terme.*

En résumé, la première étape du counseling revient à répondre aux questions : « Quel est le problème ? » et « En quoi est-ce un problème ? ».



5.3.2 Établir des priorités

- **Avant d'établir un plan d'action**, l'intervenant doit impérativement évaluer les différents problèmes de la personne. En effet, la difficulté présentée initialement n'est généralement pas son unique plainte. Si plusieurs problèmes existent, l'intervenant doit l'aider à choisir celui qu'elle désire traiter en premier lieu. En effet, il est impossible de se concentrer simultanément sur plusieurs difficultés. Elle doit choisir le problème sur lequel elle désire se focaliser en priorité.

Pour l'aider, l'intervenant peut demander, par exemple, « Parmi tous les problèmes que vous avez évoqués, quel est le plus important pour vous ? » ou « Quel est celui qui vous fait le plus souffrir ? », « Quel est celui que vous aimeriez résoudre en premier lieu ? », etc.

- **Dans la mesure du possible, la priorité est accordée au problème pour lequel une solution peut être mise en œuvre sans grandes difficultés.** En effet, pour la victime, mieux vaut de petites réussites que de grands échecs. Son premier succès jouera un rôle positif dans le rétablissement d'un sentiment de maîtrise et de confiance en soi.

Sauf cas de force majeure, un autre problème ne sera abordé que lorsque le précédent sera résolu.

Pour clôturer cette étape, l'intervenant fait la synthèse des problèmes définis et rappelle les priorités fixées.

5.3.3 Fixer un objectif

Après avoir clairement défini les problèmes, l'intervenant aide la personne à préciser ses buts.

Il doit garder à l'esprit la question suivante : « Quand les choses iront mieux, qu'est-ce qui sera différent dans la vie de cette personne ? ».

Prenons un exemple : une mère énonce le problème en ces termes : « Je n'ai pas d'argent pour nourrir mes enfants », l'intervenant pourra lui demander quel est son objectif, à quoi elle pourra répondre : « Avoir de quoi nourrir mes enfants ».

L'intervenant veillera à ce que les victimes optent pour des objectifs modestes qui auront davantage de chance de se concrétiser. S'ils visent des buts ambitieux, voire irréalistes, ils seront rapidement confrontés à l'échec. Ils se culpabiliseront, perdront leur sentiment d'efficacité personnelle et leur estime d'eux-mêmes, ce qui anéantira leur motivation à affronter les difficultés et brisera leurs espoirs de changement.

5.3.4 Élaborer des solutions

Les objectifs fixés, **l'intervenant aide la personne à identifier des solutions réalistes et à prendre des décisions appropriées à sa situation.**

Il n'impose pas ses idées, évite de prodiguer des conseils et n'accomplit pas d'actions à la place de la victime. Il s'abstient de lui indiquer ce qu'elle doit faire, même si elle le demande. Elle a besoin de faire ses propres choix pour reprendre du contrôle sur sa vie et retrouver un sentiment de confiance et d'estime d'elle-même.

Prenons un exemple.

Une jeune fille désire épouser le garçon dont elle est amoureuse mais ses parents s'y opposent fermement. Elle vient demander conseil à l'intervenant. Il ne lui donne pas son avis personnel mais l'interroge : « Tu me demandes si je pense que te marier avec ce garçon est une bonne idée. Ce qui importe, c'est ce que toi tu en penses. Comment pourrais-tu savoir si c'est une bonne idée de l'épouser ? », à quoi elle répond : « Je pourrais

me renseigner à son sujet». L'intervenant lui demande alors : « Auprès de qui comptes-tu t'informer ? » ; elle dit : « Ma tante habite le même village que lui. Elle pourra me donner des renseignements ». A la séance suivante, la jeune fille annonce qu'elle s'est informée, elle a appris que le garçon traîne une mauvaise réputation et elle a renoncé l'épouser.

Si l'intervenant avait rendu un avis négatif, la jeune fille aurait peut-être renoncé au mariage mais à contrecœur et elle serait frustrée de voir ses plans contrariés. Déçue d'une réponse négative de l'intervenant, elle aurait pu aussi s'entêter dans sa décision et interrompre son suivi psychosocial. Si au contraire, il l'avait encouragée à se marier, elle se serait sans doute engagée dans une voie pleine de déconvenues et lui en aurait certainement tenu rigueur. En renonçant à lui donner son avis mais en l'aidant à y voir clair, il l'a guidée à prendre les décisions adéquates.

L'intervenant social aide la personne à réfléchir aux différentes options qui lui permettraient de traiter le problème et d'atteindre ses objectifs. Pour ce faire, il peut utiliser des formules du type : « Que devriez-vous faire pour... (la situation désirée) ? », « Que peut-on faire ensemble pour parvenir à... », « Quelle solution envisagez-vous... ? », etc.



Reprenons l'exemple de la femme souffrant d'évanouissement (cf. Identifier le problème) Imaginons cette situation dans un contexte de migration ou d'exil en Afrique. Après avoir évoqué ses difficultés à subvenir aux besoins de ses enfants, elle sollicite une aide alimentaire. L'intervenant lui explique que son rôle n'est pas de distribuer de la nourriture mais il ne s'en tient pas là :

- *L'intervenant : Comment pourriez-vous faire face à cette situation ? Comment pourriez-vous trouver de quoi nourrir vos enfants ?*
- *La victime : Peut-être travailler. (Première piste de solution)*
- *L'intervenant : Oui, ça peut être une solution. Quel genre de travail pourriez-vous faire ? Que savez-vous faire ?*
- *La victime : Je sais cuisiner, lessiver, faire le ménage.*
- *L'intervenant : Comment allez-vous procéder pour chercher un travail ?*
- *La victime : Je ne sais pas. Je ne sais pas comment faire pour chercher du travail.*
- *L'intervenant : Que pensez-vous de l'idée de mettre des annonces ? (Conseil)*
- *La victime : Oui, je pourrais faire passer un message auprès des pasteurs et placer des annonces dans les édifices religieux.*
- *L'intervenant : Oui, en effet. Qu'allez-vous mettre dans ces annonces ?*
- *La victime : Je vais dire que je sais cuisiner, lessiver et faire le ménage.*
- *L'intervenant : Où espérez-vous trouver un travail ?*
- *La victime : (elle rit). Oui, c'est vrai. Il n'y a pas beaucoup de travail ici.*
- *L'intervenant : Oui, dans un autre contexte, cette solution serait tout à fait satisfaisante mais ici, cela risque d'être difficile. Si vous ne trouvez pas de travail, que pourriez-vous faire ?*
- *La victime : Je pourrais cultiver un petit jardin. En quelques semaines, je pourrais déjà avoir des légumes à consommer et à vendre au marché. (Deuxième piste de solution)*
- *L'intervenant : Où allez-vous cultiver ?*
- *La victime : Je pourrais demander au chef du village qu'il m'octroie une parcelle cultivable.*
- *L'intervenant : C'est une solution intéressante.*

L'intervenant réagit aux propositions du patient et reconnaît leurs qualités : « Effectivement, cette solution est intéressante. », « Cette hypothèse est très pertinente. », etc. Il garde un esprit positif même si les solutions ne semblent pas adaptées : « Effectivement, cette solution serait intéressante si... » ou « Dans un autre contexte, cette hypothèse serait pertinente, mais ici... ». Il fait réfléchir sur les avantages, les conséquences et les risques des décisions prises par la victime. Éventuellement, il présente ses propres idées sous forme interrogative : « Que pensez-vous de cette

solution-ci... ? », « Que diriez-vous au contraire de... » ou « Cette autre solution vous paraît-elle envisageable ? ».

5.3.5 Définir un plan d'action

Ensemble, l'intervenant et la victime déterminent les étapes à franchir pour accomplir les changements désirés de façon constructive. Ils fixent des étapes minimales (mais possibles à réaliser) en direction de la réalité désirée (sur le chemin de la solution).

5.3.6 Assurer un suivi

Le suivi varie d'une personne à l'autre. Il dépend des problématiques rencontrées par la victime ainsi que du contexte. Dans certaines situations, l'intervenant rencontrera la victime régulièrement ; dans d'autres, il ne le verra qu'occasionnellement, voire une seule fois. Dans la mesure du possible, l'intervenant proposera un nouveau rendez-vous jusqu'à ce qu'il décide d'un commun accord avec la personne que le travail d'accompagnement psychosocial est parvenu à son terme.

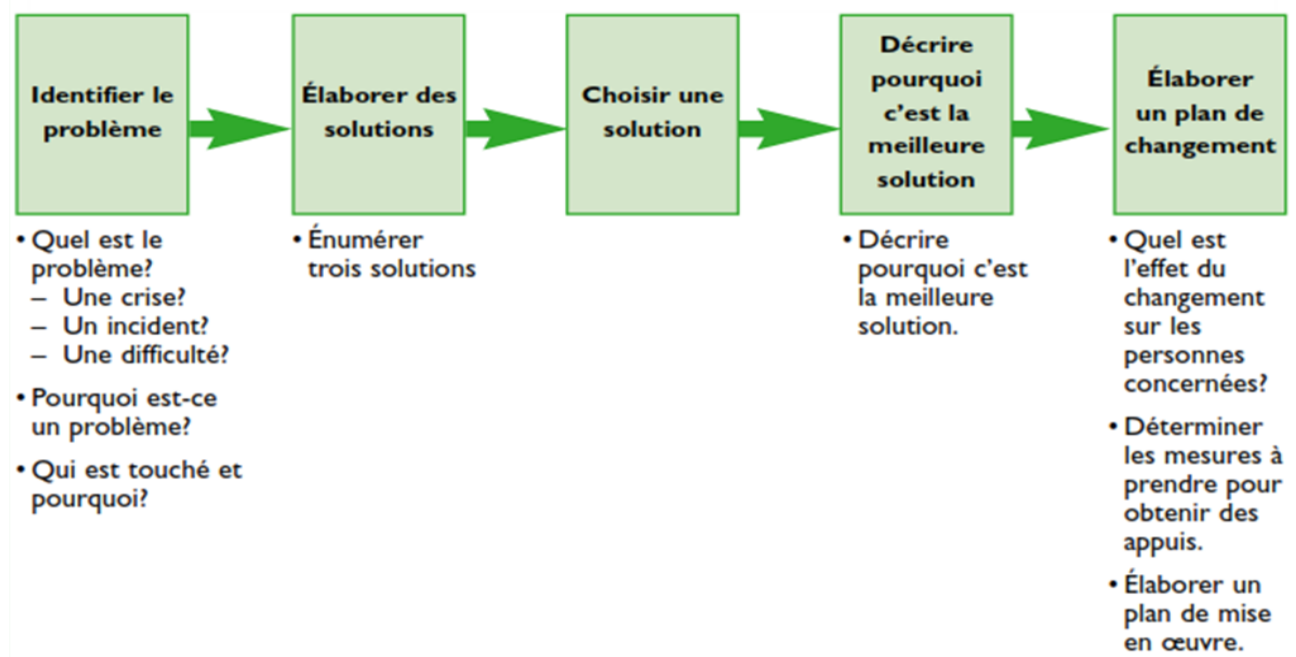


Illustration 4 : Modèle de résolution du problème

5.3.7 La clôture du dossier

La clôture du dossier de suivi psychosocial est une étape importante qui marque la fin de l'intervention formelle. Elle intervient généralement lorsque les objectifs fixés au départ ont été atteints ou que la situation de la personne s'est stabilisée.

MODULE 5 : LE GROUPE DE PAROLE

6.1 QU'EST-CE QU'UN GROUPE DE PAROLE ?

Le groupe de parole est une technique mise au point depuis 1983 par un psychologue américain, Carl Rogers. Il n'est pas de la thérapie. Le rôle n'est pas de guérir ou de soigner. Il a pour rôle de permettre aux victimes de raconter leurs expériences dans un environnement sécurisant, afin de retrouver un sentiment de maîtrise de soi et de son existence.

Appelé séance d'information psychosociale (SIP), il est un espace animé par un ou plusieurs intervenants qui réunit des volontaires ayant les mêmes préoccupations ou vivant les mêmes difficultés dans un espace de parole.

Le groupe de parole est un espace :

- De partages, d'expression et d'écoute réciproque où la possibilité est donnée à un groupe de personnes le composant de s'exprimer sur un thème dans lequel chacun est concerné, en toute liberté et confidentialité
- Qui permet à chacun d'être authentique sans craindre le jugement
- Où le « je » parle : j'ai vécu ceci (un fait), j'ai senti cela (des ressentis, des émotions, ...), j'en pense ça (des interprétations, des compréhensions, des interrogations, ...)
- Où chaque « autre » écoute ; avec respect, acceptation, sans jugement, sans imposer de solution ni conseil
- Qui invite les personnes à l'expression des sentiments, des angoisses, des souffrances, et des émotions liées au sujet abordé (la tristesse, la peur, la colère, la joie)
- Où l'atmosphère créée encourage et ouvre à une solidarité apaisée entre les participants. Elle permet entre autres de mobiliser les ressources nécessaires pour affronter la réalité
- Qui produit un climat serein qui permet de réduire l'isolement psychosocial souvent générateur d'angoisse et de grande souffrance.

Le but du groupe de parole est d'offrir, à la fois un espace d'écoute et d'expression, où la Parole peut être posée et entendue, de proposer un espace qui permet de communiquer efficacement, sur les difficultés rencontrées dans une problématique particulière, grâce aux échanges qui s'y produisent.

6.2 CADRE ET REGLES D'UN GROUPE DE PAROLE

Un groupe de parole est habituellement constitué d'une dizaine de personnes. Ces personnes sont volontaires, partagent une même réalité et se réunissent régulièrement pour parler de leurs vécus et de leurs difficultés.

Un groupe de parole se passe dans un climat de confiance, où tous les participants sont considérés d'égal à égal. Il se déroule en présence d'un ou plusieurs animateurs extérieurs à l'événement et qui doivent posséder des connaissances en matière de dynamique et d'animation de groupe.

Les règles d'un groupe de parole sont :

6.2.1 La confidentialité

C'est le fait de s'assurer que l'information n'est seulement accessible qu'à ceux dont l'accès est autorisé, c'est-à-dire les participants au groupe de parole. Pour les victimes, la confidentialité est un pacte de confiance et de sécurité établi avec les intervenants.

6.2.2 Le non jugement

C'est le fait de ne pas juger l'autre tel qu'il est, tel qu'il se ressent. C'est une qualité essentielle pour que le climat de confiance soit présent dans une relation. Carl Rogers parle de « **regard positif inconditionnel** », il est une condition nécessaire du groupe de parole.

6.2.3 Le volontariat

La participation au groupe de parole n'est pas obligatoire. La personne doit participer sans contrainte et de sa propre volonté.

6.2.4 L'horaire

Fixé à (1 à 2 heures)

6.2.5 La périodicité

La périodicité est d'une à deux séances par mois (déterminée à l'avance).

6.3 DEROULEMENT D'UN GROUPE DE PAROLE :

6.3.1 Phase préparatoire de la rencontre

6.3.1.1 Au niveau des participants :

- Déterminer d'avance l'objectif ou ordre du jour de la rencontre
- Connaitre le nombre de participants et leur qualité
- Adresser les invitations avec information sur :
 - Date
 - Lieu
 - Heure
 - Ordre du jour
- Disposition des participants : en U ou en demi-cercle ou à l'angle facilite les déplacements de l'animateur avec sentiment d'égalité entre participants.

6.3.1.2 Au niveau matériel

- Choix du lieu de la rencontre : endroit discret pour garantir la confidentialité, propre, aéré et sobre
- Préparation du matériel : exemples carton d'identification – papier – crayon – tableau – vidéoprojecteur.

6.3.1.3 Au niveau préparatif de la rencontre

Principales questions ouvertes posées par l'animateur. Une grille vierge utilisée par ce dernier et les observateurs.

6.3.2 Déroulement de la rencontre (au début de la rencontre) :

- Saluer – remercier – se présenter et demander aux participants de se présenter
- Exposer clairement l'objectif de la rencontre
- Etablir avec le groupe la démarche, les règles de la communication dans le groupe
- Fixer le temps de la réunion : durée conseillée, 1h30 au-delà prévoir des pauses.

6.3.3 Phase de réalisation (au cours de la rencontre)

- Respecter les aspects pratiques convenus et précisés précédemment (lieu, date, durée, etc.)
- Introduire progressivement les points à discuter
- Faire participer chaque participant
- Poser des questions de clarification ou d'approfondissement de point de vue
- Gérer la distribution de la parole
- Reformuler – résumer les points de vue
- Ponctuer la séance d'exercices de réchauffement
- Faire la synthèse

6.3.4 A la fin de la rencontre :

- Rappeler les décisions importantes
- Faire la synthèse des points de vue
- Programmer avec le groupe la rencontre suivante
- Remercier les participants pour leur production.

6.3.5 Phase de retour et d'utilisation

- Rédiger un compte-rendu après la rencontre
- Faire le suivi des décisions

- Modifier et/ou intégrer de nouvelles composantes de satisfaction énoncées par les participants.

L'animation d'un groupe de parole (notamment pour les intervenants exposés au traumatisme) repose sur une préparation rigoureuse afin de garantir un cadre sécurisant et non-intrusif.

1. Préparatifs de la rencontre (logistique et cadre)

Avant l'arrivée des participants, l'animateur doit valider les points suivants :

Le lieu : *Un espace neutre, calme, garantissant la confidentialité (pas de passage, isolation phonique).*

La disposition : *Les chaises en cercle sans table au milieu pour favoriser l'égalité et la circulation de la parole.*

Le temps : *Une durée fixe (généralement 1h30 à 2h) annoncée dès le départ.*

Les règles de base (Le "cadre") : *À préparer sur un support visuel ou à rappeler oralement : confidentialité stricte, non-jugement, respect du silence, parler en son nom propre ("Je").*

2. Principales questions ouvertes de l'animateur

L'animateur utilise des questions ouvertes pour faciliter l'expression sans diriger les réponses :

Ouverture : *"Comment arrivez-vous aujourd'hui, dans quel état d'esprit êtes-vous ?"*

Exploration : *"Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous dans les événements récents ?" ou "Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?".*

Soutien entre pairs : *"Comment ce que vient de dire [Nom] résonne-t-il avec votre propre expérience ?".*

Ressources : *"Qu'est-ce qui vous a aidé à tenir ou à faire face jusqu'à présent ?".*

Clôture : *"Avec quoi repartez-vous aujourd'hui ? De quoi auriez-vous besoin pour la suite ?".*

3. Grille d'observation

Cette grille est utilisée par l'animateur (ou un co-animateur observateur) pour réguler le groupe sans interrompre le flux de parole.

Exemple d'une grille d'observation :

Dimensions à observer	Observations / Notes	Points de vigilance
Climat global	(ex: tendu, solidaire, silencieux)	Risque de contagion émotionnelle ?
Répartition de la parole	Qui parle ? Qui reste en retrait ?	Veiller à ce qu'une personne ne monopolise pas.
Émotions dominantes	(ex: colère, tristesse, impuissance)	Besoin de normaliser ces émotions ?
Respect du cadre	Jugements émis ? Interruptions ?	Rappeler les règles si nécessaire.
Signes de détresse	Pleurs intenses, repli total, agitation.	Prévoir un entretien individuel après.
Ressources évoquées	Solidarité, humour, techniques de soin.	À souligner en fin de séance.

Conseil pratique : L'animateur ne doit pas remplir cette grille de manière ostensible (visible, évident) pendant que les gens parlent, au risque de paraître intrusif ou "évaluateur". Il note les points clés discrètement ou immédiatement après la séance.

6.4 ANIMATEUR DU GROUPE DE PAROLE

6.4.1 Fonction

- Aider le groupe à identifier ses besoins, à se donner un but, à réaliser ce qui a été décidé et à évaluer ce qui a été fait ;
- Veiller à ce que le groupe demeure fidèle aux buts qu'il s'est proposés d'atteindre et à l'organisation qu'il s'est donné à cette fin ;
- Assurer le lien entre les membres du groupe ;
- Animer « techniquement » le groupe lors des rencontres ;
- Motiver les membres du groupe à aller de l'avant.

6.4.2 Rôle des animateurs

- Préciser le but de la rencontre du groupe ;
- Dire brièvement les différentes étapes de la rencontre ;
- Faciliter les échanges d'opinion entre les membres ;
- Donner aux différents points de vue une chance égale d'être pesés et examinés par le groupe ;
- Maintenir l'ordre dans la discussion et accorder avec justice le droit de parole ;
- Ramener les « hors d'ordre » sur le sujet adopté au départ ;
- Aider à clarifier le sens des diverses interventions en cas de confusion ;
- Veiller à ce que l'expression aille dans le sens des objectifs de la rencontre ;
- Faire le résumé de ce qui s'est dit ou fait pendant la rencontre et la synthèse à la fin de la rencontre.



6.4.3 Responsabilités des animateurs :

- Assurer la mise en place et le bon fonctionnement des rencontres du groupe ;
- Être responsable de l'organisation matérielle des différentes rencontres ;
- Établir avec les participants les différentes règles régissant la confidentialité requise par le groupe et en assurer le respect ;
- Susciter la pleine participation de l'ensemble des participants et savoir les écouter ;

- Adopter des moyens efficaces pour bien encadrer les participants et favoriser la participation de chacun ;
- Contrôler certains aspects du contenu afin que les discussions ne dérapent pas sur des idéologies héritées des courants politiques, religieux ou philosophiques ;
- Prévenir autant que possible les situations de crise.

6.4.4 Les capacités d'un bon animateur :

Pour être un bon animateur, l'individu doit :

- Être capable de faire face à diverses situations relationnelles ;
- Être capable de « mettre en veilleuse » ses idées personnelles pour laisser aux autres la chance d'exprimer les leurs ;
- Être capable d'écouter réellement et de comprendre le point de vue des autres (Cf. empathie).

6.4.4.1 Être un facilitateur :

- Faciliter les échanges, l'expression des émotions. Faire des propositions
- Être capable de motiver sans imposer aux participants
- Savoir responsabiliser et faire confiance aux participants dans la recherche de solutions aux problèmes
- Avoir les compétences pour une écoute active.

6.4.4.2 Être Informateur – clarificateur :

- Donner des informations complémentaires
- Clarifier – poser des questions pour comprendre
- Faire le lien entre les différentes contributions et l'objectif/le thème de la séance.

6.4.4.3 Être un soutien :

- Impliquer tous les participants dans la discussion
- Protéger les timides et les persécutés
- Valoriser les contributions.

6.4.4.4 Être empathique - authentique :

- Savoir se mettre à la place de son interlocuteur sans le juger mais pour mieux le comprendre
- Rester lui-même ; ne pas porter de masque
- Pouvoir Partager ses propres expériences -ses limites-ses peurs...

6.4.4.5 Être amuseur :

- Détendre le groupe par son humour-sa décontraction et sa bonne humeur.



6.5 LES DIFFERENTS MODELES DE GROUPE DE PAROLE UTILISES EN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Dans le domaine du soutien psychosocial, le choix du type de groupe dépend de l'équilibre souhaité entre le **partage émotionnel** et l'**action concrète**. Les principaux modèles adaptés aux contextes de vulnérabilité sont les suivant :

6.5.1 Le groupe de soutien (ou d'entraide)

C'est le modèle le plus courant pour briser l'isolement.

Objectif : partager un vécu commun (ex : l'exil, le deuil) pour normaliser les émotions.

Fonctionnement : basé sur la pair-aidance (dirigé par un pair éducateur). On y échange des conseils pratiques et du réconfort.

6.5.2 Le groupe de parole thématique

Il se concentre sur un sujet précis défini à l'avance.

Objectif : approfondir une problématique (ex : "La santé mentale", "Le mal-logement").

Usage : idéal pour apporter des informations ciblées.

6.5.3 La thérapie communautaire intégrative (TCI) ou ronde brésilienne

Développée pour les populations précaires, elle ne traite pas la pathologie mais renforce la santé du groupe.

Objectif : transformer la souffrance individuelle en savoir collectif.

Gain : idéal pour lutter contre l'**amnésie identitaire** en valorisant les ressources de chacun.



Une séance de Thérapie Communautaire Intégrative et Systématique (ronde brésilienne)

6.5.4 Le groupe de parole à médiation (ateliers)

On utilise un support pour faciliter l'expression quand la parole est bloquée.

Supports : photolangage, Arbre de Vie, argile, écriture ou cuisine.

Public : très efficace pour les survivants de guerre dont le trauma empêche un récit direct.

6.5.5 Le groupe de psychoéducation

Il vise à donner des outils de compréhension du trauma.

Objectif : expliquer les réactions du cerveau face au stress (hyper-vigilance, cauchemars...).

Partenaire : souvent animé avec le soutien de personne expérimentée en santé mentale et soutien psychosocial.

6.5.6 Le groupe de parole "ouvert" (type accueil de jour)

Sans inscription préalable, il accueille les personnes en grande errance.

Objectif : créer un lien immédiat et orienter vers les besoins vitaux

6.5.7 Groupes de parole pour aidants

Destinés à ceux qui soutiennent les plus vulnérables.

Objectif : prévenir le **traumatisme vicariant** et la fatigue de compassion.

Bénéfice : permet à l'aidant de rester une ressource solide sans s'épuiser.

Pour un groupe de parole axé sur la reconstruction après un traumatisme et/ou une grande précarité, la durée standard des séances de groupe de parole est de 6 à 10 séances.

Calibrer la fin de votre groupe selon les objectifs de projection dans l'avenir :

1. Le format classique : Le "Cycle de 6 séances"

Il est idéal pour créer une respiration : ni trop court (pour installer la confiance), ni trop long (pour éviter la dépendance à l'animateur).

Rythme : Une séance tous les 15 jours sur 3 mois permet aux participants de tester leurs "petits pas" concrets entre les séances « résolutions/actions à mettre en œuvre après chaque séance).

2. Le format long : 10 à 12 séances

Ce format permet d'accompagner plus longtemps les personnes victimes de traumatisme, ou vivant dans une précarité sévère (les problèmes de salubrité et financiers sont si lourds qu'ils bloquent toute projection rapide (projet d'avenir).

3. Quand savoir qu'il faut arrêter ? (Les indicateurs de succès)

On arrête le groupe quand les signes de puissance d'agir (autonomisation) apparaissent

L'autonomie : Les participants s'échangent des bons plans sans passer par vous.

Le récit change : on parle moins du passé et on se projette à petit pas dans l'avenir.

4. Le risque de l'arrêt brutal

Pour des personnes se sentant déjà abandonnées par les institutions, l'arrêt du groupe peut être vécu comme un nouveau rejet.

La règle d'or : Annoncez la date de fin dès le Script d'accueil de la première séance.

5. L'option "Groupe Ouvert"

Certaines structures choisissent de ne jamais "arrêter" mais de fonctionner par cycles renouvelables. À la fin des 6 séances, ceux qui se sentent prêts partent, et de nouveaux survivants arrivent.



MODULE 6 : LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

Les premiers secours psychologiques ont été conçus comme une intervention précoce immédiatement après un événement traumatisant. Ils ont été conçus pour être utilisés par les travailleurs en santé mentale et les secouristes intervenant lors d'épisodes de violences ou de catastrophes naturelles. Ils sont utilisés dans le but d'aider les personnes à se remettre du traumatisme de l'événement en fournissant des actions d'aide pratiques et systématiques qui les préparent à leur guérison (Ruzek et al., 2007). Cette intervention relève de la compétence de toutes les catégories des intervenants y compris les travailleurs sociaux intervenant dans l'aide de première ligne pour stabiliser et orienter les victimes pendant les périodes de violence et de catastrophes. Ces interventions sont donc perçues comme « une réponse humaine et solidaire à un être humain en souffrance et qui a peut-être besoin de soutien » (le projet Sphère et l'IASC).

7.1 COMPRENDRE LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES (PSP)

Toutes les personnes ne réagiront pas de la même façon face à une crise. Par conséquent, lorsque de l'aide est prodiguée à des personnes ou des groupes, il est important de tenir compte des facteurs susceptibles d'influencer leurs réactions :

7.1.1 Facteurs qui affectent la réponse à un événement

- L'expérience antérieure d'événements stressants ;
- Le soutien de l'entourage ;
- La santé physique ;
- Les antécédents personnels et familiaux de problèmes de santé mentale ;
- La culture et les traditions ;
- L'âge (par exemple, en fonction de leur âge, les enfants réagissent différemment) ;
- La nature et la gravité des événements vécus.

7.1.2 Pourquoi avoir recours aux premiers secours psychologiques ?

Des recherches ont démontré que parler d'un événement juste après sa survenue renforce le réseau neuronal dans le cerveau (le système de fonctionnement du cerveau) lié au souvenir de l'événement. Par conséquent, cela enracine le traumatisme et pourrait entraîner une période de guérison plus longue pour la personne.

Cependant, il a été prouvé qu'à long terme, les personnes se remettent plus facilement d'une crise si elles :

- Se sentent en sécurité, connectées aux autres, calmes et optimistes
- Ont accès à du soutien social, physique et émotionnel
- Retrouvent un sentiment de contrôle en étant capables de se prendre en charge



7.1.3 En quoi consistent les premiers secours psychologiques (PSP)

Les PSP consistent à :

- Apporter soutien et soins concrets, sans intrusion (Si la personne ne souhaite pas parler, restez simplement à proximité de manière calme. Votre présence physique solidaire est déjà un soutien) ; c'est-à-dire ne pas s'imposer à la personne ; la rassurer, la mettre en confiance ;
- Évaluer les besoins et les préoccupations de la personne ;

- Aider les personnes à répondre à leurs besoins essentiels (par exemple, la nourriture et l'eau, les informations) ;
- Écouter la personne avec bienveillance (sans la pousser à parler, ne pas la juger, écoute respectueuse) ;
- Réconforter les personnes et les aider à se calmer ;
- Aider les personnes à obtenir les informations, les services et le soutien social dont elles ont besoin ;
- Protéger les personnes d'éventuels nouveaux dangers.

7.1.4 Ce que les PSP ne sont pas :

- Une aide que seuls les professionnels peuvent apporter.
- Un soutien psychologique professionnel.
- Un « débriefing psychologique », car on ne parle pas nécessairement de façon détaillée de l'événement à l'origine de la détresse psychologique.
- On ne demande pas aux personnes d'analyser ce qui s'est produit ou de retrouver la chronologie des événements.
- Même si les PSP impliquent une capacité d'écoute, il ne s'agit en aucun cas de pousser les personnes à parler de leurs ressentis ou de leurs réactions face à l'événement qu'elles ont vécu.
- Faire pression sur les personnes pour qu'elles parlent ou décrivent leurs expériences si elles hésitent à le faire.
- Vous mettre en danger pour aider autrui.



7.1.5 Quel est l'objectif des premiers secours psychologiques ?

Les premiers secours psychologiques ont été conçus pour être pratiques et aider à :

- Calmer les personnes
- Réduire le stress
- Aider les personnes à se sentir en sécurité
- Identifier et répondre aux besoins actuels des personnes
- Établir un rapport humain
- Faciliter le soutien social des personnes
- Aider les personnes à comprendre la crise et son contexte
- Aider les personnes à identifier leurs propres forces et capacités d'adaptation
- Encourager les personnes à croire en leur capacité d'adaptation
- Donner de l'espoir
- Participer à l'évaluation initiale des personnes ayant besoin d'une aide supplémentaire ou spécialisée
- Promouvoir le fonctionnement adaptatif
- Aider les personnes à survivre le premier épisode d'intensité et d'incertitude élevées après l'événement
- Mettre les personnes sur la voie de la guérison

7.2 ÉTAPES DES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

Vous trouverez ci-dessous **le modèle à quatre étapes des premiers secours psychologiques** qui correspondent aux lignes directives de l'Organisation mondiale de la santé pour le personnel sur le terrain (OMS, 2013).

7.2.1 Préparer

La préparation est la première étape. Cette étape est axée sur la collecte d'informations concernant la crise qui a eu lieu, les services et soutiens disponibles, et les inquiétudes éventuelles en matière de sûreté et de sécurité.

Questions importantes à poser :

- *Que s'est-il passé ?*
- *Quand et où cela s'est-il passé ?*
- *Combien de personnes sont probablement affectées, et qui sont-elles ?*
- *Qui répond actuellement aux besoins de base et fournit des soins médicaux ?*
- *Où et comment les personnes peuvent-elles accéder à ces services ?*
- *Qui d'autre aide actuellement ?*
- *La crise est-elle passée ou se poursuit-elle ?*
- *Quels dangers pourraient se trouver dans l'environnement ?*
- *Se trouve-t-il des zones à éviter car elles présentent des dangers ou sont interdites au public ?*

7.2.2 Regarder

Cette étape se déroule lorsque vous arrivez sur le lieu de la crise. Il est impératif que vous regardiez autour de vous et évaluiez la situation. Veillez à votre sécurité et soyez vigilant quant à la présence éventuelle de dangers. Voyez en premier lieu s'il y a des personnes ayant des besoins urgents évidents, comme de soins médicaux puis, en deuxième lieu, s'il y a des personnes présentant des réactions graves de détresse.

Questions à vous poser :

- *Quels dangers, comme un conflit actif, des routes endommagées, des bâtiments instables, un incendie ou une inondation, puis-je voir autour de moi ?*
- *Pouvez-vous être sur place sans poser de danger probable à vous-même ou à autrui ?*
- *Est-ce que des personnes semblent être gravement blessées ou avoir besoin d'une assistance médicale d'urgence ?*
- *Est-ce que des personnes semblent avoir besoin d'être secourues car elles sont coincées ou courent un danger immédiat ?*
- *Est-ce que des personnes ont des besoins urgents évidents ?*
- *Quelles personnes pourraient avoir besoin d'aide pour accéder aux services de base ou bénéficier d'une attention spéciale pour être protégées contre la discrimination et la violence ?*
- *Qui d'autre autour de moi peut aider ?*
- *Est-ce que des personnes semblent extrêmement bouleversées, incapables de bouger par elles-mêmes, incapables de répondre aux autres, ou en état de choc ?*
- *Où se trouvent les personnes les plus bouleversées et qui sont-elles ?*
- *Ont-elles besoin d'une aide plus spécialisée ?*

7.2.3 Écouter

Maintenant que vous avez évalué la situation et identifié les personnes qui pourraient avoir besoin d'aide, il est important de ne pas oublier d'écouter. Commencez par approcher les personnes qui pourraient avoir besoin d'aide ou de soutien. Demandez-leur quels sont leurs besoins ou inquiétudes car ils pourraient être différents de ce que vous supposez. Écoutez-les vous faire part de leurs inquiétudes et aidez-les à rester calmes.



Pendant tout ce temps, écoutez avec :

- *Vos yeux : accordez toute votre attention à la personne*
- *Vos oreilles : soyez véritablement attentif à leurs inquiétudes*
- *Votre cœur : faites preuve de bienveillance et de respect*

Lorsque vous approchez les personnes :

- *Approchez les personnes avec respect et en tenant compte de leur culture.*
- *Présentez-vous en donnant votre nom et celui de votre organisation.*
- *Demandez-leur si vous pouvez les aider.*
- *Trouvez un endroit sûr et calme pour parler*
- *Mettez la personne à l'aise (par exemple en lui offrant un verre d'eau).*
- *Essayez de veiller à sa sécurité en la tenant à l'écart de tout danger immédiat et des médias, et en veillant à ne pas la laisser seule.*

Inquiétudes et besoins :

- Demandez toujours aux personnes ce dont elles ont besoin et les inquiétudes qu'elles ressentent.
- Trouvez leurs priorités à ce moment-là.
- Aidez-les à accomplir leurs priorités.

Réconforter la personne :

- Restez près de la personne.
- Ne faites pas pression sur elle pour l'inciter à parler.
- Écoutez si elle veut parler de ce qui s'est passé.
- Si elle est bouleversée, aidez-la à se calmer et veillez à ne pas la laisser seule.
- Parlez toujours avec une voix calme et réconfortante.
- Si cela est culturellement approprié, essayez de maintenir un contact oculaire avec la personne pendant que vous lui parlez.
- Rappelez-lui que vous êtes là pour l'aider.
- Rappelez-lui qu'elle est en sécurité, mais seulement si cela est vrai.

Si une personne se sent en dehors de la réalité ou déconnectée de son environnement, vous pouvez l'aider à prendre contact avec ce qui l'entoure et avec elle-même en lui demandant de :

- Placer ses pieds sur le sol et les sentir là.
- Taper des doigts ou des mains sur les genoux.
- Remarquez des éléments non angoissants qui l'entourent, et lui demander de dire ce qu'elle voit et entend.
- Se concentrer sur sa respiration et respirer lentement.



7.2.4 Relier

La dernière étape est d'aider à relier les personnes, en fonction des inquiétudes qu'elles ont identifiées, aux services qui les aideront à répondre à leurs besoins de base, à faire face aux problèmes, à obtenir des informations, et à les mettre en contact avec leurs

proches et un soutien social. L'objectif principal de cette démarche est d'aider les personnes à devenir autonomes afin qu'elles puissent prendre en charge la situation.

7.2.4.1 Les besoins courants sont souvent

- Besoins de base : abri, nourriture, eau, hygiène
- Services médicaux : pour les blessures ou maladies chroniques
- Informations exactes et compréhensibles sur l'événement, les proches et les services disponibles
- Capacité de contacter les proches, les amis et les autres soutiens sociaux
- Accès à un soutien spécifique à la culture ou à la religion
- Consultation et implication dans les décisions importantes

7.2.4.2 Besoins et services de base

- Immédiatement après une crise, essayez d'aider la personne bouleversée en répondant aux besoins de base qu'elle exprime.
- Renseignez-vous sur les besoins spécifiques des personnes et essayez de les catégoriser (par exemple, soins médicaux, vêtements, biberons ou gobelets pour enfants).
- Assurez-vous que les personnes vulnérables ou marginalisées ne sont pas négligées.
- Faites des suivis auprès des personnes auxquelles vous l'avez promis.

7.2.4.3 Aptitude à faire face au problème

- Aidez les personnes à identifier leurs soutiens dans la vie, comme les amis ou la famille, qui pourront les aider dans la situation actuelle.
- Faites des suggestions pratiques pour aider les personnes à répondre à leurs propres besoins.
- Demandez à la personne de se rappeler de quelle façon elle a fait face aux situations difficiles par le passé.
- Confirmez son aptitude à faire face à la situation actuelle.
- Demandez aux personnes ce qui les aide à se sentir mieux.
- Encouragez-les à avoir recours à des stratégies d'adaptation positives et à éviter les stratégies d'adaptation négatives.

7.2.4.4 Communication d'informations

Les personnes affectées par une crise voudront des informations exactes sur :

- L'événement

- Leurs proches ou d'autres personnes affectées
- Leur sécurité
- Leurs droits
- Comment accéder aux services et aux choses dont ils ont besoin ?
- Où obtenir des informations et des mises à jour correctes ?
- Obtenez autant d'informations que possible avant d'approcher les personnes pour leur offrir un soutien.
- Tenez-vous au courant de l'évolution de la crise, des problèmes de sécurité, des services disponibles, des endroits où se trouvent les personnes blessées ou disparues, ainsi que de leur état de santé.
- Assurez-vous que les personnes soient tenues au courant de ce qui se passe et des changements apportés aux plans.
- Fournissez des coordonnées ou des orientations vers des services, en particulier aux personnes vulnérables.
- Précisez les sources des informations et leur fiabilité.
- Communiquez uniquement ce que vous savez ; ne fabriquez pas d'informations et ne donnez pas de fausses assurances.
- Veillez à ce que les messages soient simples et exacts, et répétez-les pour vous assurer que les personnes les ont entendus et compris.
- Faites savoir aux personnes si vous les tiendrez informées sur les prochains développements.

7.2.4.5 Aide à la mise en contact avec les soutiens

- Aidez les familles à rester ensemble.
- Aidez les personnes à se mettre en contact avec un soutien social (par exemple en appelant un ami).
- Mettez les personnes en contact avec un leader spirituel si cela vous est demandé.
- Aidez à regrouper les personnes affectées pour qu'elles s'entraident (par exemple en aidant les personnes âgées).



LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES (PSP) :

Les Premiers Secours Psychologiques (PSP) demeurent la réponse standard de première ligne recommandée par l'OMS et le Comité Permanent Inter-Organisations (IASC).

Contrairement à un "débriefing" psychologique, les PSP ne consistent pas à forcer la personne à raconter son traumatisme, mais à stabiliser son environnement et ses émotions à travers trois verbes d'action simples :

1. REGARDER (Observer)

Avant d'intervenir, l'intervenant doit évaluer la situation pour garantir la sécurité.

Sécurité : Existe-t-il un danger immédiat pour la victime ou pour moi-même ?

Besoins de base : La personne a-t-elle besoin de soins médicaux urgents, de nourriture, d'eau ou de vêtements secs ?

Détresse grave : Identifier les personnes présentant des réactions de choc extrêmes (prostration, panique, confusion totale).

2. ÉCOUTER

C'est le cœur du soutien émotionnel. Il ne s'agit pas de "soigner", mais d'offrir une présence contenante.

Aborder la personne : se présenter calmement et avec respect.

Prêter attention : écouter activement sans presser la personne. Si elle ne veut pas parler, rester simplement à côté d'elle en silence.

Réconforter : aider la personne à se sentir calme et valider ses sentiments ("C'est normal d'avoir peur dans cette situation").

3. RELIER (mettre en relation)

L'objectif est de rendre la personne actrice de sa propre sécurité et de sa guérison.

Besoins pratiques : aider la personne à obtenir ce dont elle a besoin (accès à un téléphone, aide administrative).

Soutien social : aider la personne à contacter ses proches ou ses amis (le lien social est le premier facteur de résilience).

Informations : donner des nouvelles fiables sur la situation pour réduire l'anxiété liée à l'incertitude.

Services spécialisés : orienter vers des professionnels si la personne présente des signes de danger pour elle-même ou pour autrui.

7.3 COMMENT AIDER À LIMITER LE RE-TRAUMATISME LORS D'UNE DÉCLARATION OU D'UN ENTRETIEN ?

À un moment ou à un autre après l'événement traumatisant, une déclaration ou un entretien pourrait être requis. Ils pourraient avoir des objectifs différents tels que :

- Entretiens (pour, par exemple, des reportages médiatiques, des affaires criminelles, des campagnes de plaidoyer)
- Documentation de violations des droits de l'homme
- Témoignages de témoins (pour, par exemple, des commissions de la vérité et de la réconciliation, des affaires criminelles)
- Commémoration
- Réhabilitation des victimes (pour, par exemple, les entretiens initiaux pour la prestation de soutien psychosocial)
- Rapports d'évaluation de l'efficacité des réponses ou interventions mises en œuvre pour gérer la crise.



7.3.1 Démarches à mettre en place pour limiter le ré-traumatisme de la victime pendant le processus

7.3.1.1 Au début de l'entretien

Identifiez si la personne souffre de problèmes de santé mentale susceptibles de nuire à sa capacité de raconter son histoire ou si, quand vous arrivez à lui faire raconter son histoire, vous comprenez qu'elle risque de souffrir encore davantage en déclenchant son traumatisme.

Si c'est le cas, aidez la personne à obtenir des prestations de conseil et travaillez avec le conseiller pour la préparer à faire sa déclaration. Le conseiller et vous devriez collaborer pour enregistrer la déclaration et/ou mener l'entretien ensemble dans la même pièce.

Cela assurera non seulement qu'une personne qualifiée sera présente au cas où une maîtrise ou un ancrage s'avère nécessaire, mais également que dans la pièce se trouvera quelqu'un en qui la personne interrogée a confiance, avec qui elle est à l'aise, et à qui elle a l'habitude de raconter son histoire.

7.3.1.2 Pendant l'entretien

Identifiez les traumatismes subis par la personne et la manière dont ils peuvent affecter sa capacité à s'engager avec précision et confort dans le processus d'entretien.

- La personne souffre-t-elle d'une maladie mentale, dans l'affirmative :

Quelle est la gravité de ses symptômes et comment cela peut-il influencer sur la déclaration faite ?

7.3.1.2.1 Les réactions typiques au moment de faire la déclaration et de raconter son histoire peuvent être les suivantes

- L'évitement, en particulier de parler d'expériences douloureuses ou émotionnellement accablantes
- L'anxiété/panique
- Un état dissociatif :

L'état dissociatif est un mécanisme de défense psychique où le cerveau "se déconnecte" pour faire face à un stress ou un choc traumatique trop intense.

Les signes fréquents sont : sentiment de flotter ou d'être "à côté de ses pompes" ; trous de mémoire inexplicables ; engourdissement émotionnel ou sensation de vide ; confusion identitaire

- Des manifestations physiques telles que des maux de tête, des maux d'estomac, des nausées et des douleurs corporelles.

7.3.1.2.2 D'autres facteurs pouvant affecter la déclaration de la victime/survivante :

- Un manque de compréhension du processus et de la raison pour laquelle elle fait cette déclaration
- Les croyances et normes culturelles
- Le genre

- Les barrières de langue entre la personne interrogeant et la personne interrogée
- L'âge

7.3.1.2.3 Ce que vous pouvez faire pendant l'entretien

Il existe certains aspects liés à la sécurité que le membre du personnel du centre d'accueil/conseiller ou prestataire d'un autre service peut prendre en charge et en compte pendant l'entretien pour limiter un re- traumatisme de la personne, y compris :

- L'engagement à veiller au caractère éthique du processus (considérations éthiques)
- La reconnaissance de l'impact étendu du traumatisme
- La capacité d'identifier le traumatisme et les problèmes de santé mentale
- La reconnaissance de la dynamique du pouvoir dans le cadre du processus de l'entretien
- L'engagement à assurer la sécurité
- L'empathie
- La sensibilité culturelle
- La communication efficace
- La surveillance des réactions de la personne interrogeant et de la personne interrogée par rapport à ce qui est partagé au cours de l'entretien
- Les compétences de maîtrise (si un participant redéclenche son traumatisme au cours du processus).

*Pour limiter le risque de re-traumatisation (le fait de faire revivre le traumatisme de manière douloureuse et envahissante) lors d'un entretien ou d'une déclaration, l'intervenant doit impérativement **adopter une approche sensible au traumatisme.***

Stratégies clés pour sécuriser l'espace de parole :

1. Préparer l'environnement physique et psychologique. Le sentiment de sécurité commence avant même le premier mot.

Espace sécurisé (Safe Space) : assurer un lieu privé, calme, sans passage et sans interruption possible.

Le choix de la place : laisser la personne choisir où elle souhaite s'asseoir (par exemple, face à la porte pour ne pas se sentir "piégée").

Transparence totale : expliquer clairement le but de l'entretien, la durée, et la manière dont les informations seront utilisées. Le manque de contrôle nourrit le traumatisme.

2. Redonner le contrôle au survivant (Empowerment)

Le traumatisme est une expérience de perte de contrôle totale. L'entretien doit être l'inverse.

Le droit d'arrêt : établir dès le début que la personne peut demander une pause ou arrêter l'entretien à tout moment, sans avoir à se justifier.

Éviter les détails inutiles : si l'objectif est une orientation sociale, ne demandez pas de détails graphiques sur l'agression ou la guerre si ce n'est pas strictement nécessaire à la procédure.

Respecter le rythme : ne jamais presser une personne qui hésite ou qui se tait.

Utiliser des techniques de communication protectrices :

Questions ouvertes et non-directives : Éviter les "Pourquoi ?" qui peuvent sonner comme une accusation. Préférer : "Que s'est-il passé ensuite ?" ou "De quoi avez-vous besoin de me parler aujourd'hui ?".

Validation constante : Valider l'émotion sans juger le récit. "Je vois que c'est difficile de parler de cela, nous pouvons prendre notre temps ».

Observer les signes de dissociation : Si vous voyez la personne se figer, avoir le regard vide ou trembler, arrêtez les questions et utilisez immédiatement un exercice de Mise à la Terre (ancrage).

Gérer la clôture de l'entretien :

On ne laisse jamais une personne repartir "ouverte" émotionnellement.

Ramener au présent : À la fin, ne passez pas directement à la porte. Parlez de choses neutres et concrètes (le trajet de retour, la météo, le prochain rendez-vous).

Stabilisation biologique : Proposer un verre d'eau ou un exercice de respiration courte avant le départ.

Plan de sécurité : S'assurer que la personne sait qui appeler si des souvenirs douloureux remontent après l'entretien.



MODULE 7 : SOUTENIR LA SANTE MENTALE ET LE BIEN-ETRE DES AIDANTS (conseillers, travailleurs sociaux, intervenants sociaux, pairs éducateurs)

8.1 DEFINITION DES CONCEPTS CLES

Il existe un large éventail de documents portant sur les effets négatifs découlant du travail avec les victimes de violence et de traumatisme. Ces répercussions ont été décrites de diverses façons comme **un traumatisme vicariant, un traumatisme secondaire, une fatigue de compassion, et un épuisement professionnel**. Bien qu'ils se manifestent souvent simultanément chez les aidants et les professionnels de l'urgence, ces quatre concepts désignent des réalités psychologiques distinctes.

8.1.1 Le traumatisme vicariant

Le traumatisme vicariant (ou traumatisme par procuration) est un processus de transformation psychologique qui survient chez des personnes exposées de manière répétée et empathique aux récits, aux images ou à la souffrance de victimes de traumatismes.

Ce phénomène est reconnu comme un risque professionnel majeur pour les « aidants » (psychologues, travailleurs sociaux, avocats, journalistes, policiers).

8.1.1.1 Caractéristiques principales

-Contamination par empathie : ce n'est pas le choc d'un événement unique, mais l'accumulation de récits traumatiques qui "contamine" le professionnel.

-Altération de la vision du monde : contrairement au burn-out, le traumatisme vicariant modifie profondément les croyances fondamentales. La personne peut perdre foi en l'humanité, devenir cynique ou ressentir une insécurité permanente.

-Symptômes "miroirs" : l'aidant développe des symptômes similaires au stress post-traumatique sans avoir vécu l'événement : cauchemars, flashbacks des récits entendus, hypervigilance (ex : vérifier de façon obsessionnelle les sorties de secours, si la porte est bien fermée).

8.1.1.2 Signes d'alerte

Émotionnels : tristesse persistante, irritabilité accrue, sentiment d'impuissance ou rage.

Cognitifs : difficultés de concentration, pensées intrusives liées aux cas traités.

Physiques : fatigue chronique, insomnies, douleurs somatiques (maux de tête, tensions).

Comportementaux : isolement, évitement de certaines tâches ou, à l'inverse, surinvestissement émotionnel.

Différences clés avec :

- **Burn-out** : le burn-out est lié à la charge de travail et au stress organisationnel ; le traumatisme vicariant est lié au contenu traumatique des échanges
- **Fatigue de compassion** : la fatigue de compassion est une usure émotionnelle qui mène souvent à un désengagement ou une indifférence ; le traumatisme vicariant implique une empathie restée très (trop) active qui finit par blesser l'aidant.



8.1.1.3 Stratégies de prévention

Conscience de soi : reconnaître que ces réactions sont une réponse normale à une exposition anormale.

Limites claires : maintenir une étanchéité entre vie privée et professionnelle (déconnexion numérique, lectures non-professionnelles).

Soutien par les pairs : participer à des groupes de supervision ou de co-vision pour "déposer" les récits difficiles.

Comment ces dispositifs permettent concrètement de « déposer » la charge émotionnelle :

1. La supervision (avec un tiers plus expérimenté)

Elle implique un intervenant extérieur (souvent un psychologue senior) qui guide le professionnel ou l'équipe.

Le dépôt : le professionnel exprime ses ressentis, ses doutes et ses peurs liés aux cas traités. Le superviseur aide à mettre une "distance de sécurité" entre l'histoire de la victime et celle de l'aidant.

L'objectif : éviter que les récits traumatiques ne s'accumulent au point de modifier la vision du monde de l'aidant.

2. La Co-vision (entre pairs)

Il s'agit d'un groupe d'échange horizontal entre collègues de même niveau.

Le dépôt : c'est un espace de normalisation. Entendre un collègue dire « ce témoignage m'a bouleversé » permet de réaliser que ses propres émotions sont des réactions normales à une situation anormale.

Le soutien social : le groupe agit comme un amortisseur de stress. Le fait de partager le poids d'un récit difficile avec ses pairs réduit le sentiment d'isolement propre au traumatisme secondaire.

Pourquoi est-ce essentiel pour "déposer" ?

Externalisation : mettre des mots sur des images ou des récits d'horreur permet de sortir ces éléments de sa mémoire interne pour les placer dans un espace collectif gérable.

Nettoyage émotionnel : comme on nettoie une plaie physique, ces séances permettent de "nettoyer" la charge émotionnelle accumulée pendant la journée pour ne pas la ramener dans sa vie privée.

Protection du cadre : ces groupes offrent un lieu sécurisé et confidentiel où l'on a le "droit" d'être affecté, ce qui n'est pas toujours possible devant les victimes ou la hiérarchie.

8.1.2. Le stress traumatique secondaire

Le traumatisme secondaire (ou stress traumatique secondaire) est un état de détresse émotionnelle qui survient lorsqu'une personne est exposée indirectement à un événement traumatique vécu par un tiers.

Il est défini comme une réponse aiguë dont les symptômes sont presque exactement ceux du trouble de stress post-traumatique (TSPT), mais sans que la personne n'ait été physiquement présente lors de l'incident.

Ce phénomène est donc plus fréquent chez les policiers, les juristes, le personnel correctionnel et les travailleurs de la santé. Les symptômes du stress traumatique secondaire reflètent ceux du trouble de stress post traumatique, y compris l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation (Branson, 2019).

Il est causé par une exposition soudaine au récit ou aux images d'un événement horrible vécu par autrui. Il se manifeste par des symptômes identiques au stress post-traumatique (cauchemars, flashbacks de l'événement d'autrui, sursauts) qui apparaissent brusquement.

8.1.2.1 Caractéristiques principales

Rapidité d'apparition : Contrairement au traumatisme vicariant qui est cumulatif, le traumatisme secondaire peut se déclencher brusquement après une seule exposition intense (ex : entendre un récit de torture ou voir une image violente).

Modes d'exposition : Il peut survenir en écoutant un témoignage, en visionnant des images brutales sur les réseaux sociaux ou dans les médias, ou en assistant aux conséquences d'un drame.

8.1.2.2 Symptômes majeurs (similaires au Trouble du Stress Post-Traumatique (TSPT))

Intrusions : Pensées obsédantes sur l'événement entendu, flashbacks d'images imaginées ou cauchemars.

Évitement : Volonté de fuir les personnes, les lieux ou les sujets de conversation qui rappellent le traumatisme d'autrui.

Hypervigilance : État d'alerte permanent, irritabilité, sursauts faciles et difficultés de sommeil.

Altérations cognitives : Sentiment d'impuissance, tristesse intense, ou peur excessive pour la sécurité de ses proches.

8.1.2.3 Stratégies de prévention et action

Pour les professionnels et les proches exposés, les recommandations insistent sur :

La limitation de l'exposition : Éviter la visualisation répétée d'images choquantes (notamment numériques).

La déconnexion obligatoire : Pratiquer des temps de repos stricts hors du contexte traumatique.

Le soutien par les pairs : Partager son ressenti avec des collègues ou des professionnels pour "déposer" la charge émotionnelle.

8.1.2.4 Tableau comparatif résumé : traumatisme vicariant et traumatisme secondaire

Caractéristique	Traumatisme Secondaire	Traumatisme Vicariant
Vitesse	Rapide / Immédiate	Lente / Cumulative
Déclencheur	Un seul événement marquant	Accumulation de récits
Effet principal	Symptômes de type TSPT (Trouble du Stress Post-Traumatique)	Altération de la vision du monde
Mécanisme	Choc émotionnel indirect	Contamination par empathie

8.1.3 La fatigue de compassion

La **fatigue de compassion** est un concept connexe qui décrit le sentiment d'impuissance que peuvent ressentir les membres de la famille, les amis, les professionnels et les collectivités qui sont confrontés au traumatisme ; par exemple, les cas où les ressources disponibles sont insuffisantes pour répondre aux besoins des survivants de traumatismes (Branson, 2019). Elle se caractérise par l'usure de la capacité d'empathie.

Elle est causée par l'épuisement du "réservoir" émotionnel à force de donner aux autres sans se ressourcer. Elle se manifeste par une indifférence ou un détachement émotionnel (plus rien ne semble émouvoir le sujet). L'aidant n'arrive plus à ressentir de la peine ou de l'intérêt pour les personnes vulnérables qu'il reçoit.

8.1.3.1 Pourquoi l'empathie s'use-t-elle ?

L'empathie demande une énergie cognitive et émotionnelle constante. Lorsque cette ressource est sollicitée de manière répétée sans période de récupération, le cerveau active des mécanismes de défense :

Le coût de la sollicitude : À force de "ressentir avec" les victimes, l'aidant finit par absorber leur détresse comme si c'était la sienne.

La saturation émotionnelle : Le système nerveux sature, ce qui mène à un émoussement affectif pour se protéger d'une souffrance devenue insupportable.

8.1.3.2 Les manifestations de cette usure

Le désengagement (Dépersonnalisation) : L'aidant commence à traiter les patients ou les bénéficiaires comme des "dossiers" ou des "numéros" pour ne plus être touché par leur histoire.

L'indifférence ou le cynisme : Une diminution de la réaction émotionnelle face à des situations qui, normalement, provoqueraient de la tristesse ou de l'indignation.

Le sentiment d'impuissance : La sensation que, peu importe l'aide apportée, la souffrance des autres est infinie, ce qui décourage tout investissement futur.

L'irritabilité envers les aidés : Ressentir de la colère ou de l'agacement face aux demandes de ceux que l'on est censé aider.

8.1.3.3 Comment préserver sa capacité d'empathie ?

Pour éviter que cette usure ne devienne permanente, les experts de la santé recommandent de passer de l'empathie à la compassion (agir pour avec une distance saine) :

Pratiquer l'auto-compassion : Être aussi attentif à ses propres besoins qu'à ceux des autres.

Délimiter les rôles : Clarifier ce qui relève de sa responsabilité et ce qui appartient à l'autre.

Rituels de fin de journée : Créer des gestes symboliques (changer de vêtements, douche, trajet en musique) pour marquer la fin de la sollicitation émotionnelle.

8.1.4 L'épuisement professionnel /Burn-out

L'**épuisement professionnel** se forme au fil du temps. Toutefois, contrairement aux traumatismes vicariants, qui découle de l'exposition aux traumatismes, l'épuisement professionnel découle de conditions d'emploi médiocres, y compris les faibles salaires, le moral affaibli, l'absence d'un soutien organisationnel et d'appréciation et le roulement élevé (Branson, 2019).

L'épuisement professionnel est lié au contexte de travail et non au contenu traumatique des dossiers.

Il est causé par une surcharge de travail, manque de ressources, pression managériale ou manque de reconnaissance. Il se distingue par un sentiment d'inefficacité et un épuisement physique et mental global. Il peut être résolu par un changement d'environnement ou de rythme de travail.

8.1.4.1 Tableau comparatif résumé : traumatisme vicariant, traumatisme secondaire, Burn-out et fatigue de compassion

Concept	Déclencheur principal	Impact majeur	Vitesse
Burn-out	Conditions de travail	Épuisement total	Progressive
Traumatisme Secondaire	Un événement choc	Symptômes de type TSPT	Rapide
Traumatisme Vicariant	Récits traumatiques répétés	Vision du monde altérée	Très lente
Fatigue de Compassion	Relation d'aide constante	Perte d'empathie	Progressive

8.2 LES EFFETS DU TRAUMATISME VICARIANT

Toute personne qui s'engage avec empathie auprès des survivants d'incidents traumatisants, de torture et de matériel lié à leur traumatisme est potentiellement affectée, y compris les médecins et autres professionnels de la santé.

« Écouter jour après jour le récit de choses horribles que des êtres humains infligent à d'autres êtres humains me remplit de rage non seulement contre l'agresseur, mais également contre nos systèmes, qui ne parviennent pas à offrir du soutien. » (Témoignage d'un conseiller d'une organisation de défense).

8.2.1 TABLEAU 1-Effets du traumatisme vicariant sur la personne (aidant) (Yassen,1995)

Extrait de *The Stress Work Book: How Individuals, Teams & Organisations Can Balance Pressure and Performance*, d'Eve Warren et Caroline Toll. London: Nicholas Brealey Publishing Ltd., 1997

Cognitifs	Emotionnels	comportementaux
<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à se concentrer • Confusion • Hébétude • Détachement • Diminution de l'estime de soi • Préoccupé par les traumatismes • Images des événements traumatiques • Apathie • Rigidité • Désorientation • Hyperactivité mentale • Pensées destructrices dirigées contre soi ou les autres • Manque de confiance en soi • Perfectionnisme • Minimisation 	<ul style="list-style-type: none"> Sentiment d'impuissance • Anxiété • Culpabilité • Culpabilité d'avoir survécu • Colère/rage • Mutisme • Torpeur • Peur • Renfermement • Tristesse • Dépression • Hypersensibilité • Alternance entre les hauts et les bas • Vidé 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendant • Impatient • Irritable • Replié sur soi • Humeur changeante • Régression • Troubles du sommeil • Changements dans l'appétit • Cauchemars • Hypervigilance • Réactions de sur-saut exagérées • Utilisation de techniques d'adaptation négatives (tabagisme, toxicomanie) • Prédilection aux accidents • Tendance à perdre des choses • Comportements Autodestructifs

Spirituels	Relations interpersonnelles	physiques
<ul style="list-style-type: none"> • Questionnement sur le sens de la vie • Perte de sens • Insatisfait de soi • Désespoir profond • Ennui • Colère contre Dieu • Mise en question de ses croyances religieuses 	<ul style="list-style-type: none"> • Repli social • Diminution de l'intérêt pour les relations intimes ou sexuelles • Méfiance • S'isole de ses amis • Répercussions sur le rôle parental (attitude protectrice, crainte des agressions) • Projection de la colère ou du blâme • Intolérance • Solitude 	<ul style="list-style-type: none"> • État de choc • Transpiration • Rythme cardiaque rapide • Difficulté à respirer • Réactions somatiques • Maux et douleurs • Étourdissements • Système immunitaire affaibli

8.2.2 L'ABC de la gestion du traumatisme vicariant

Sensibilisation

Tenir compte de ses besoins, de ses limites, de ses émotions et de ses ressources. Être réceptif à tous les niveaux de sensibilisation et à toutes les sources d'information, cognitives, intuitives et somatiques. Rester vigilant et à l'écoute.

Équilibre

Maintenir un équilibre entre ses activités, en particulier le travail, les loisirs et le repos. Un équilibre intérieur permet d'accorder de l'attention à tous les aspects de soi.

Rapports

Rapports avec soi, avec les autres et avec une entité supérieure. La communication fait partie des rapports et rompt le silence de la douleur non avouée. Ces rapports empêchent l'isolement et contribuent à la validation et à l'espoir.

Dans trois sphères (domaines) de la vie

- **Professionnelle** (stratégies mis en place au cours de ses activités professionnelles)
- **Organisationnelle** (stratégies mis en place par l'administration de la structure, l'organisation pour /dans laquelle on travaille)
- **Personnelle** (stratégies mis en place de façon personnelle pour prendre soins de soi)

8.2.3 Les auto-soins

8.2.3.1 Soins physiques

Manger régulièrement (p. ex. déjeuner, dîner, souper) ; Manger des aliments sains ; Faire de l'exercice ; Prendre congé en cas de maladie ; Se faire donner des massages ; Danser, faire de la natation, marcher ; courir, pratiquer des sports, chanter ou faire toute autre activité physique agréable ; seul ou avec un partenaire ; Dormir suffisamment ; Prendre des vacances ; Faire des voyages d'une journée ou prendre des mini-vacances ; Se réserver des périodes sans téléphone ; autres.



8.2.3.2 Soins psychologiques

Se réserver des moments d'introspection (*Observation, analyse de ses sentiments, de ses motivations par le sujet lui-même.*) ; Suivre une psychothérapie (*Une psychothérapie est un traitement par des moyens psychologiques. Celui-ci se fait par des entretiens réguliers avec un ou une psychothérapeute*) ; Tenir son journal ; Lire des livres qui n'ont rien à voir avec son travail ; être à l'écoute de ses pensées, de ses jugements, de ses croyances, de ses attitudes et de ses sentiments ; attention à un domaine nouveau (p. ex. aller au musée, à une exposition d'histoire, à un événement sportif, à un encan, au théâtre) ; Refuser, à l'occasion, d'assumer des responsabilités supplémentaires ; Autres.

8.2.3.3 Soins émotionnels

Passer du temps avec des personnes dont on apprécie la compagnie ; Maintenir les relations avec les personnes importantes de sa vie ; Reconnaître ses propres réalisations, se féliciter ; S'aimer soi-même ; Relire ses livres préférés, revoir ses films préférés ; Identifier les activités, les objets, les gens, les relations, les lieux réconfortants et y revenir ; S'accorder le droit de pleurer ; Identifier des choses que l'on trouve amusantes ; Exprimer sa révolte sous forme ; d'action sociale, de lettres, de dons, de marches, de manifestations ; Jouer avec les enfants ; Autres.

8.2.3.4 Soins spirituels

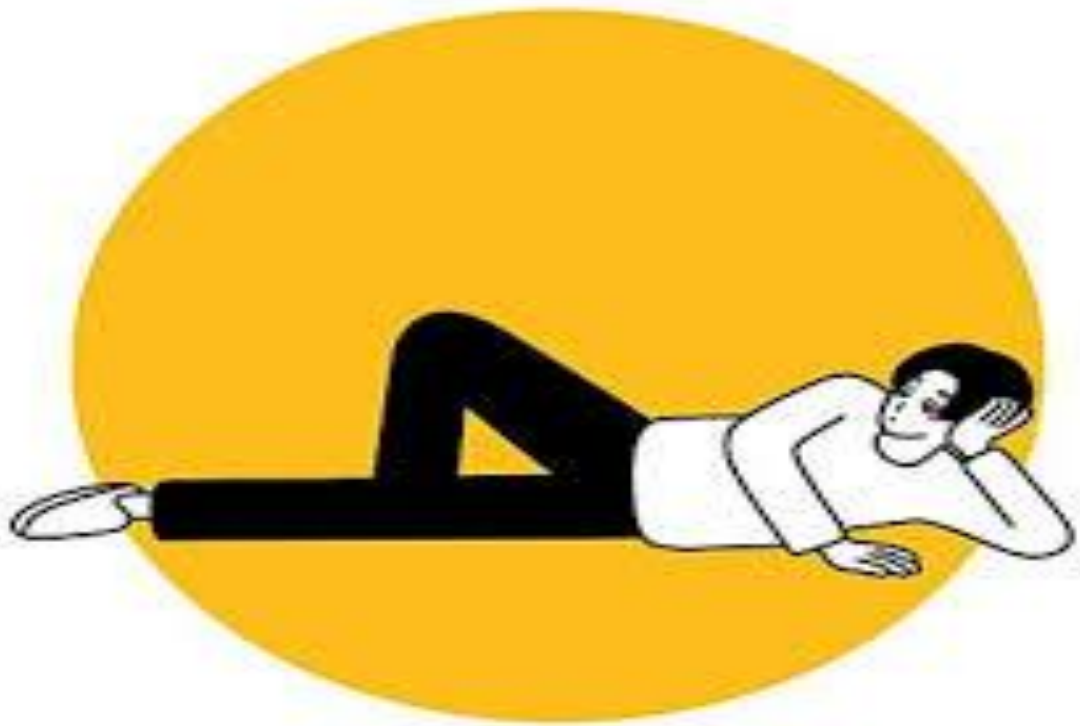
Se réserver des moments pour réfléchir ; Passer du temps en pleine nature ; Trouver une ressource ou une communauté spirituelle ; Être ouvert à l'inspiration ; Entretenir son optimisme et son espoir ; Tenir compte des aspects non matériels de la vie ; Refuser, à l'occasion, d'être la personne responsable ou experte ; Accepter de ne pas savoir ; Identifier les choses qui comptent le plus pour soi et réfléchir à la place qu'on leur accorde ; Méditer ; Prier ; Chanter ; Passer du temps avec les enfants ; Faire des expériences d'émerveillement ; Contribuer aux causes auxquelles on croit ; Lire ou écouter des œuvres qui sont des sources d'inspiration (p. ex. entretiens, musique) ;Autres.

8.2.3.5 Soins liés au travail ou à la profession

Faire une pause durant la journée de travail (p. ex. déjeuner) ; Prendre le temps d'échanger avec ses collègues ; Prévoir des périodes calmes pour achever des tâches ; Identifier les tâches gratifiants ; Se fixer des limites avec les victimes/survivant(e)s et les collègues ; Aménager son environnement de travail de manière à ce qu'il soit agréable et apaisant ; Obtenir périodiquement de la supervision ou des consultations ; Négocier pour obtenir ce dont on a besoin (avantages sociaux, augmentations de salaire) ; S'entourer d'un groupe de soutien composé de collègues ; Autres.

8.2.3.6 Équilibre

Rechercher l'équilibre *dans* sa vie au travail et durant sa journée de travail ; Rechercher l'équilibre *entre* le travail, la famille, les relations sociales, les loisirs et le repos.



8.2.4 Liste de contrôle : signes de stress excessif

Liste de contrôle : signes de stress excessif	
<ul style="list-style-type: none">• Trous de mémoire• Mauvaises décisions• Inquiétude, anxiété ou peur• Dépression• Manque de cohésion• Non-respect des échéances ou des objectifs• Manque d'assiduité et mauvaise gestion du temps• Faible estime de soi• Résolution de problèmes inefficace• Manque de rigueur dans le travail• Tendance excessive à l'autocritique• Perte de contrats• Plaintes de la clientèle• Mauvaise planification à long terme• Commandes égarées• Aucun sens de l'humour• Confusion• Erreurs graves• Tendance à prolonger sa journée de travail	<ul style="list-style-type: none">• Nécessité d'apporter souvent du travail à la maison• Souvent mécontent• Manque de collaboration• Travail de mauvaise qualité• Tendance à être colérique• Plaintes non fondées• Tendance à critiquer, à commérer, à dénigrer• Comportements imprévisibles• Fatigue• Annulation de congés annuels• Sautes d'humeur extrêmes• Égocentrisme• Accidents• Troubles de l'alimentation• Consommation accrue d'alcool, de café, de cigarettes, de drogues• Troubles du sommeil• Peu d'intérêt pour son travail• Personne ne veut travailler avec la personne• Maladie physique

Remarque : demandez de l'aide, prenez le temps de vous reposer, si vous observez que vous observez plusieurs de ces signes.

8.2.5 Liste de contrôle : signes de stress positif

Liste de contrôle : signes de stress positif	
<ul style="list-style-type: none">• Vif intérêt à l'égard de l'entreprise• Réalisations améliorées• Bonne planification à long terme• Clarté de la pensée• Degré élevé de motivation• Perception réaliste de soi• Beaucoup d'énergie• Commentaires positifs• Capacité de faire et de recevoir des• Critiques constructives	<ul style="list-style-type: none">• Facilité de concentration• Rigueur dans le travail• Esprit de collaboration• Résolution de problèmes efficace• Respect des échéances• Bonne circulation de l'information• Prise de décision claire et sûre• Assiduité et bonne gestion du temps• Entraînement• Souci d'autrui

BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

1. ***Soutien psychosocial immédiat et post immédiat en situation de catastrophe individuelle ou collective***; Service de formation spécialisée, Hôpital Universitaires de Genève (HUG), Michel Berclavz éditeur, août 2004
2. **Guide de prise en charge psychosociale des victimes lors des situations d'urgence, équipe mobile d'intervention et de soutien psychosocial (EMIS)**, Centre des opérations d'urgence sanitaire, septembre 2017
3. **https://publications.gc.ca/site/archivee-archived.html?url=https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/p-hac-aspc/H72-21-178-2000F.pdf**; Jan I. Richardson inf. aut., MBA; ***Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence, Santé Canada (2001) : 11-36.***
4. **S. Vanistendael, Clés pour devenir : la résilience**, in les cahiers du BICE, Genève, 1996, p.9
5. **Santé mentale et soutien psychosocial (SMSP)**, Médecins du Monde France, Direction Santé et Plaidoyer, Avril 2020, Pôle qualité des pratiques : polequalite@medecinsdumonde.net, www.medecinsdumonde.org
6. **Fournir un soutien psychosocial aux survivants des conflits : Une boîte à outils basée sur les expériences du Sri Lanka**, Globale Initiative for Justice Truth and Reconciliation (GIJTR), www.gijtr.org
7. **Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir**, Inter-agency Standing Committee (IASC) Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings
8. **Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence (2010). Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir. Genève.**

9. **Reconstruire en mieux : pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence, Aperçu. OMS Genève, 2013**
10. **Les interventions psychosociales, Manuel : Reference centre for psychosocial support, CICR**
11. **<https://pscentre.org/wp-content/uploads/2019/04/Competences-pour-la-vie.pdf> : manuel Compétences pour la vie Développer les aptitudes pour s'épanouir**
12. **Le besoin de savoir rétablir les liens entre les membres de familles dispersées, Rétablissement des liens familiaux, CICR**
13. **MHPSS.net : Le centre névralgique pour les outils, cadres (comme le Cadre de suivi et évaluation 2.0) et l'assistance technique du Groupe de Référence SMSPS.**
14. **Inter-Agency Standing Committee (IASC) : Le site officiel de l'IASC pour télécharger les directives officielles et les documents fondamentaux.**
15. **https://pscentre.org/wp-content/uploads/2024/04/IASC-Handbook-Mental-Health-and-Psychosocial-Support-Coordination-French_.pdf**
16. **<https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/sh-2020-fre-5-web.pdf#> : Le guide Faire face au stress de l'OMS**
17. **<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/94c73eb9-4a94-4efd-8a4a-fdf9ace1c5ba/content>: Guide de poche de l'OMS sur les Premiers Secours Psychologiques :**
18. **<https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/mhpss/deuxieme-edition-manuel-de-sante-mentale-et-soutien-psychosocial-communautaire-en-situations-durgence-et-de-deplacement.pdf>**
19. **<https://my.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/11/Fiche-Sante%CC%81-mentale-BD.pdf>[fiche-Santé-mentale-BD.pdf](https://my.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/11/Fiche-Sante%CC%81-mentale-BD.pdf)**
20. **https://www.humanitarianncdaction.org/wp-content/uploads/2024/07/P4C_Peer_Support_Handbook_FR-1.pdf : Manuel de soutien par les pairs,**

21. <https://cdn1.internationalmedicalcorps.org/wp-content/uploads/2024/04/IMC-Toolkit-for-the-Integration-of-Mental-Health-into-General-Healthcare-in-Humanitarian-Settings-FR.pdf>: Boîte à outils pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé généraux dans les contextes humanitaires



Projet de renforcement de la cohésion sociale et de la prise en charge psychosociale des victimes vulnérables y compris les cas de violences sexuelles liées aux conflits



Adresse : Cocody II plateaux –Abidjan- RCI / Boîte Postale : 09 BP 1991 Abidjan 09

Téléphone : (+225) 27 24 37 90 17/ 07 07 90 45 75/ 07 57 67 33 57

www.covici.org

Email : covici.victimes@gmail.com

Récépissé de dépôt de dossier d'association N° 0661/PA/SG/D2