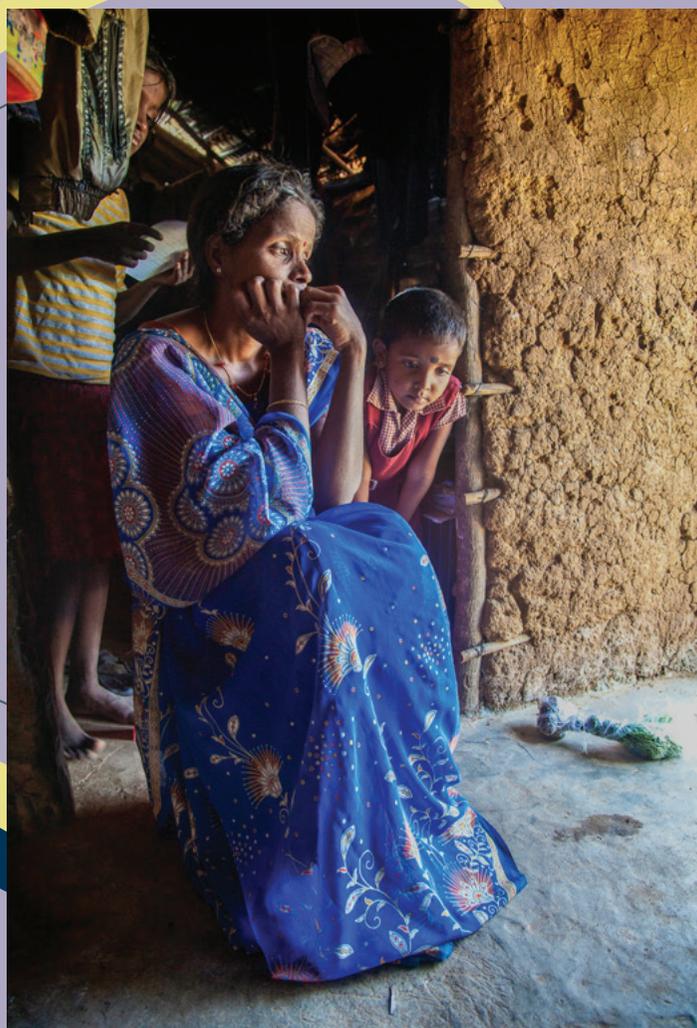


# FOURNIR UN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL AUX SURVIVANTS DES CONFLITS:

Une boîte à outils  
basée sur les  
expériences du  
Sri Lanka



**GIJTR**

Global Initiative for Justice  
Truth & Reconciliation

# À PROPOS DE LA COALITION INTERNATIONALE DES SITES DE CONSCIENCE

La Coalition Internationale des Sites de Conscience (International Coalition of Sites of Conscience, ICSC) est un réseau mondial de musées, de sites historiques et d'initiatives au niveau populaire dédié à la construction d'un monde futur plus juste et plus pacifique, encourageant les communautés à ne pas oublier les luttes pour les droits de l'homme et à confronter leurs répercussions modernes. Fondée en 1999, l'ICSC comprend maintenant plus de 300 Sites de Conscience membres dans 65 pays. L'ICSC soutient ces membres par l'intermédiaire de sept réseaux régionaux qui encouragent la collaboration et les échanges internationaux de connaissances et de meilleures pratiques.



International Coalition of  
**SITES of CONSCIENCE**

Apprenez-en davantage sur le site  
[www.sitesofconscience.org](http://www.sitesofconscience.org)

**Cover photo:**

Photo reproduite avec l'aimable autorisation de Herstories Archive, un membre des Sites de conscience au Sri Lanka.

# À PROPOS DE CE RAPPORT

Fondée par la Coalition Internationale des Sites de Conscience (International Coalition of Sites of Conscience), l'Initiative mondiale pour la justice, la vérité et la réconciliation (Global Initiative for Justice, Truth and Reconciliation, GIJTR) est un consortium de neuf organisations à travers le monde dédié aux approches multidisciplinaires, intégrées et holistiques de la justice transitionnelle.

Publiée en 2021, cette boîte à outils a été compilée par le Centre for the Study of Violence and Reconciliation (CSVr), un partenaire de la GIJTR et une organisation à but non lucratif indépendante œuvrant pour comprendre la violence et atténuer ses effets, ainsi que consolider une paix et une réconciliation durables en Afrique du Sud, sa région, et le reste du monde. Cette mission implique des recherches et des plaidoyers ciblés auprès de la société civile et des institutions étatiques (au niveaux national et régional) ainsi que des travaux en collaboration avec des personnes et communautés via des interventions directes.

En savoir plus à [www.csvr.org.za](http://www.csvr.org.za)  
(+27) 11 403 5650

## REMERCIEMENTS

**Le CSVr tient à exprimer sa gratitude aux personnes suivantes pour leurs réflexions et contributions inestimables qui ont grandement contribué au développement de cette boîte à outils :**

- L'ensemble du personnel du CSVr travaillant dans des environnements de conflit, post-conflit et consolidation de la paix qui ont partagé leur contexte et contribué au contenu de cette boîte à outils, à savoir Thembisile Masondo, Sumaiya Mohammed, Gugu Shabalala et Marivic Garcia-Mall.
- L'ensemble des personnes au Sri Lanka qui ont pris le temps de participer aux entretiens et qui ont fourni des informations essentielles sur les contextes et les défis, ce qui a permis au contenu de la boîte à outils d'être développé et d'être applicable à leurs besoins ; Mme Safeeka, M. Srikanth, M. Jananathan, Mme Anuradha, Mme Iresha, M. Priyantha and M. S. Karthigainathan, lesquels ont également aidé à la coordination et à la programmation de tous les entretiens.

Apprenez-en davantage sur le site  
[www.gijtr.org](http://www.gijtr.org)

# À PROPOS DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR LA JUSTICE, LA VÉRITÉ ET DE RÉCONCILIATION

Dans le monde entier, un nombre croissant de voix se font entendre pour revendiquer justice, la vérité et la réconciliation dans les pays où les séquelles des violations de droits de l'homme graves assombrissent les transitions entre les régimes répressifs et les formes participatives et démocratiques de gouvernance.

Pour répondre à ce besoin, la Coalition Internationale des Sites de Conscience (ICSC ou Coalition) a lancé l'Initiative mondiale pour la justice, la vérité et la réconciliation (GIJTR) en août 2014. La GIJTR s'efforce de relever les nouveaux défis dans les pays en conflit ou en transition qui sont actuellement aux prises avec des séquelles ou des abus flagrants et persistants des droits de l'homme. La Coalition



Une plaque sur le site d'un meurtre au Bangladesh parrainée par le Musée de la guerre de libération (Liberation War Museum).

dirige la GIJTR qui comprend huit autres organisations partenaires: American Bar Association Rule of Law Initiative (ABA ROLI), États-Unis ; Asia Justice and Rights (AJAR), Indonésie ; Centre for the Study of Violence and Reconciliation (CSV), Afrique du Sud ; Documentation Center of Cambodia (DC-Cam), Cambodge ; Due Process of Law Foundation (DPLF), États-Unis ; Fundación de Antropología Forense de Guatemala (FAFG), Guatemala ; Humanitarian Law Center (HLC), Serbie ; and Public International Law & Policy Group (PILPG), États-Unis. En plus de tirer parti de l'expertise des membres de la GIJTR, la Coalition s'appuie sur les connaissances et les liens de longue date de plus de 300 membres dans 65 pays afin de renforcer et d'élargir son champ d'action.

Les partenaires de la GIJTR, ainsi que les membres de la Coalition, élaborent et mettent en œuvre toute une gamme de programmes de réponses rapides à fort impact, utilisant à la fois des approches restauratives et réparatrices de justice et de responsabilisation

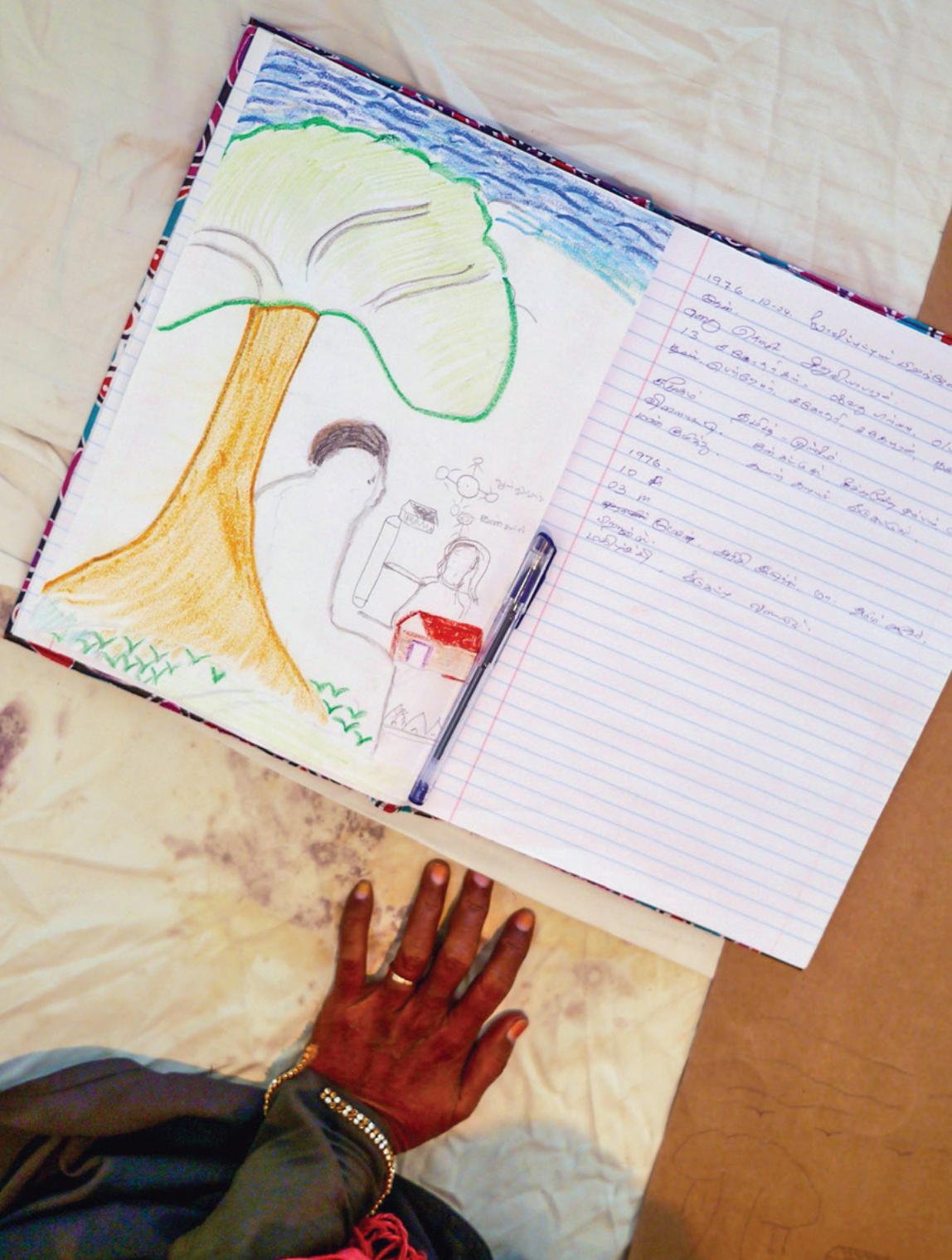
pour les violations brutales des droits de l'homme. Les domaines d'expertise des organisations placées sous l'autorité de la GITJR comprennent :

- Communication de la vérité, réconciliation, commémoration et autres formes de mémoire historique ;
- Documentation d'abus des droits de l'homme à des fins de justice transitionnelle ;
- Analyse médico-légale et autres efforts liés aux personnes portées disparues ou disparues ;
- Défense des victimes, comme par exemple l'amélioration de l'accès au système judiciaire, à un soutien psychosocial et à des activités d'atténuation des traumatismes ;
- Offre d'assistance technique et de développement de la capacité des militants et des organisations de la société civile à promouvoir et à s'engager dans des processus de justice transitionnelle ;
- Initiatives de justice réparatrice ; et
- Garantie de justice en matière de genre au cours de tous ces processus.

Jusqu'à présent, la GIJTR a orienté les acteurs de la société civile de nombreux pays en matière de développement et de mise en œuvre de projets de documentation et de communication de la vérité, a entrepris des évaluations des capacités en matière de commémoration, documentation et soutien psychosocial des organisations locales, et a fourni à des survivants en Asie, Afrique, Moyen-Orient et Afrique du Nord des formations, soutiens et opportunités en matière de participation à la conception et à la mise en œuvre d'approches de la justice transitionnelle axées sur la communauté. Compte tenu de la diversité des expériences et des compétences parmi les partenaires de la GIJTR et les membres du réseau de la Coalition, la programmation offre aux pays sortant d'un conflit ou d'un régime répressif une occasion unique de répondre à leurs besoins en matière de justice transitionnelle de façon opportune tout en favorisant la participation locale et en développant les capacités des partenaires communautaires.



A 2018 GIJTR exhibition of body-maps in Conakry, Guinée.



Un atelier de cartographie corporelle organisé en août 2017 et dirigé par le Consortium GIJTR pour 20 femmes ayant survécu à des violences au Sri Lanka.

“La guérison des personnes, des familles, des dirigeants, des institutions et de la société en général n’est plus un luxe ou une affaire de services sociaux. Elle est désormais une nécessité et une affaire de sécurité. Elle est désormais une affaire liée à l’économie et au développement. Toute tentative de garantir la sécurité, le développement et la stabilité de notre pays sans se pencher sur nos souffrances collectives est futile. La santé psychologique est une priorité, et elle est indispensable à une communauté saine et à une nation saine.”

– **Nomfundo Mogapi**, directrice exécutive du Centre for the Study of Violence and Reconciliation, et psychologue clinique spécialiste du traumatisme

# TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction .....	12
2. Soutien psychosocial.....	18
2.1 CADRE THÉORIQUE.....	18
2.1.1 Premiers secours psychologiques.....	22
2.1.2 Comment aider à limiter le re-traumatisme lors d'une déclaration ou d'un entretien .....	35
2.1.3 Compétences en conseil de base .....	43
2.2 LECTURES RECOMMANDÉES .....	56
2.3 ACTIVITÉS ET FEUILLETS.....	56
2.3.1 Pré-test/post-test pour la formation en premiers secours psychologiques .....	56
2.3.2 Pré-test/post-test pour la formation en premiers secours psychologiques pour les mineurs.....	58
2.3.3 Pré-test/post-test pour la formation sur les déclarations et les entretiens .....	59
2.3.4 Pré-test/post-test pour la formation sur les compétences en conseil de base.....	60
2.3.5 Étude de cas et questions sur les premiers secours psychologiques .....	60
2.3.6 Activité pour la présentation de l'atelier des premiers secours pour les enfants.....	62
2.3.7 Comprendre l'empathie.....	62
2.3.8 Activité de jeux de rôles pour l'écoute active .....	63

3. Traumatisme .....	64
3.1 CADRE THÉORIQUE.....	64
3.1.1 Stress post-traumatique .....	66
3.1.2 Stress post-traumatique/traumatisme complexe ; stress traumatique et traumatisme collectif continu.....	69
3.1.3 Dépression .....	70
3.1.4 Troubles dissociatifs.....	70
3.2 LECTURES RECOMMANDÉES .....	77
3.3 ACTIVITÉS ET FEUILLETS.....	78
<b>3.3.1 Activité</b> : Pré-test/post-test pour la formation sur l'impact du traumatisme (axée sur le développement de capacités).....	78
<b>3.3.2 Activité</b> : Pré-test/post-test pour la formation sur le traumatisme inter/transgénérationnel .....	80
<b>3.3.3 Activité</b> : Activité/brise-glace sur le traumatisme .....	80
<b>3.3.4 Activité</b> : Traumatisme dans sa communauté .....	83
3.3.5 Impact de l'étude de cas et des questions sur le traumatisme .....	84

<b>4. Travailler avec des familles traumatisées .....</b>	<b>86</b>	<b>6. Auto-prise en charge.....</b>	<b>120</b>
<b>4.1 CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>86</b>	<b>6.1 CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>120</b>
<b>4.1 Travailler avec des enfants .....</b>	<b>75</b>	6.1.1 Comment pratiquer l'auto-prise en charge .....	123
4.1.1 Considérations à prendre en compte pour le travail avec des enfants.....	86	<b>6.2 LECTURES RECOMMANDÉES.....</b>	<b>125</b>
4.1.2 Thèmes pour le travail avec des enfants.....	88	<b>6.3 ACTIVITÉS ET FEUILLETS.....</b>	<b>125</b>
<b>4.2 Travailler avec des adolescents.....</b>	<b>91</b>	6.3.1 Pré-test/post-test pour la formation sur l'auto-prise en charge.....	125
<b>4.3 Travailler avec les parents .....</b>	<b>93</b>	6.3.2 Activité sur l'auto-prise en charge.....	126
<b>4.4 Travailler avec les couples.....</b>	<b>97</b>	6.3.3 Feuillelet outil d'évaluation de l'auto-prise en charge .....	127
<b>4.5 Travailler avec la famille entière.....</b>	<b>100</b>	6.3.4 Professional Quality of Life Scale (ProQol).....	131
<b>5. Torture et réhabilitation.....</b>	<b>102</b>	6.3.5 Plan de maintien de l'auto-prise en charge.....	137
<b>5.1 CADRE THÉORIQUE .....</b>	<b>103</b>	6.3.6 Activité de gestion du stress .....	142
5.1.1 Contexte .....	103	<b>Feuillelet pour l'activité sur la gestion du stress .....</b>	<b>142</b>
5.1.2 Effets de la torture.....	105	6.3.7 Exercice de relaxation .....	143
5.1.3 Réhabilitation.....	110	6.3.8 Activité sur le système de soutien.....	145
5.1.4 Travailler avec des victimes de torture.....	112	<b>Feuillelet sur le cercle de relations .....</b>	<b>145</b>
<b>5.2 LECTURES RECOMMANDÉES .....</b>	<b>114</b>	6.3.9 Système de soutien social .....	146
<b>5.3 ACTIVITÉS ET FEUILLETS .....</b>	<b>115</b>	<b>7. Informations supplémentaires .....</b>	<b>148</b>
5.3.1 Pré-test/post-test pour la formation sur la torture et la réhabilitation.....	115	<b>7.1 RÉFÉRENCES .....</b>	<b>148</b>
5.3.2 Activité sur la représentation de la torture .....	116	<b>7.2 ANNEXES .....</b>	<b>149</b>
5.3.3 Activité sur les sortes de torture.....	116	<b>7.2.1 Annexes A: Exemples de brise-glaces.....</b>	<b>163</b>
5.3.4 <b>Activity:</b> Les impacts de la torture.....	117	<b>7.2.2 Annexes B: Entrer et sortir .....</b>	<b>170</b>
5.3.5 Introduction/brise-glance sur la réhabilitation .....	118		

# CHAPITRE 1: À PROPOS DE CETTE BOÎTE À OUTILS

## 1.1 Introduction

Cette boîte à outils a été développée sur la base des travaux de la GITJR accomplis au Sri Lanka (voir l'annexe A pour contexte). Et tout au long des travaux avec différentes organisations et dans différentes régions, les défis liés au soutien psychosocial et en santé mentale (Mental Health and Psychosocial Support, MHPSS) auxquels se trouvent confrontés les survivants et les victimes de violences ont été constamment soulevés. Les lacunes identifiées en matière de connaissances et de compétences comprenaient un manque de compréhension des services MHPSS et des meilleures façons de fournir ces services dans les communautés, plus particulièrement pour les organisations travaillant avec des victimes et des survivants.

*Veillez noter que dans cette boîte à outils les termes « victime », « survivant » et « client » réfèrent tous à une personne affectée par des violences (par exemple, un conflit, une*

*guerre, de la discrimination) ou des violations des droits de l'homme (par exemple, la torture, une disparition forcée, une détention illégale). De plus, tout psychologue, conseiller, clinicien, travailleur dans le psychosocial ou toute personne fournissant un soutien psychosocial et/ou en santé mentale est également parfois appelé « aidant » dans cette boîte à outils.*



Image reproduite avec l'aimable autorisation du Centre international d'études ethniques au Sri Lanka.

## 1.2 Quels sont les objectifs de cette boîte à outils ?

Les services de soutien psychosocial ont servi et servent toujours à aider les victimes de violences et de conflits à faire face à leurs sentiments liés aux traumatismes et aux violences qu'elles ont vécu, les résultats comprenant des améliorations dans les domaines suivants :

- Conscience de soi (conscience de ses émotions, conscience précise de soi, confiance en soi)
- Auto-gestion (contrôle de ses émotions, transparence, adaptabilité, initiative, réussite, optimisme)
- Conscience sociale (compassion, conscience organisationnelle, orientation en matière de services)
- Gestion des relations (développement d'autrui, leadership inspirant, gestion des conflits, catalyseur de changements, travail d'équipe et collaboration, influence)

### Cette boîte à outils vise les objectifs suivants :

- Fournir des informations clés sur des sujets variés pouvant être utilisés pour définir la psychoéducation, ainsi que les initiatives de sensibilisation et de plaidoyer.
- Fournir le cadre de base pour le développement de bonnes compétences en matière



Une photo prise lors de l'atelier « Le corps se souvient : Cartographie corporelle des femmes en période de conflit », une exposition présentant des cartes corporelles dessinées lors d'un atelier de la GIJTR en 2017 par 18 femmes victimes de violences au Sri Lanka.

de service de conseil.

- Fournir des exemples d'exercices et d'outils pouvant aider les survivants de violences ou de conflits à réfléchir sur leurs expériences et à commencer à faire face à leur traumatisme.
- Servir de guide pour former d'autres personnes sur les principes fondamentaux du soutien psychosocial pour accroître l'accès aux services de soutien psychosocial.

Chaque section de cette boîte à outils fournit un cadre théorique pour faciliter la compréhension des aspects fondamentaux du sujet, et recommande également des lectures d'accompagnement. Ensuite, chaque section contient des supports pouvant être utilisés pour soit fournir un soutien psychosocial aux survivants de violences et de conflits soit habiliter d'autres personnes à le faire. Des recoupements se produisent entre certaines sections de cette boîte à outils, et il est conseillé au lecteur de rapprocher certains points pour mieux répondre aux besoins des personnes qu'il essaie d'aider.

### 1.3 À qui cette boîte à outils s'adresse-t-elle ?

- Les conseillers de base offrant un soutien psychosocial au niveau communautaire
- Les psychologues, conseillers, travailleurs sociaux, et autres services en soutien psychosocial et en santé mentale (MHPSS)
- Les programmes et services communautaires formels et informels, y compris les programmes offerts par les organisations non gouvernementales (ONG), les organisations religieuses, les institutions culturelles et les communautés elles-mêmes

### 1.4 Principes directeurs de la boîte à outils

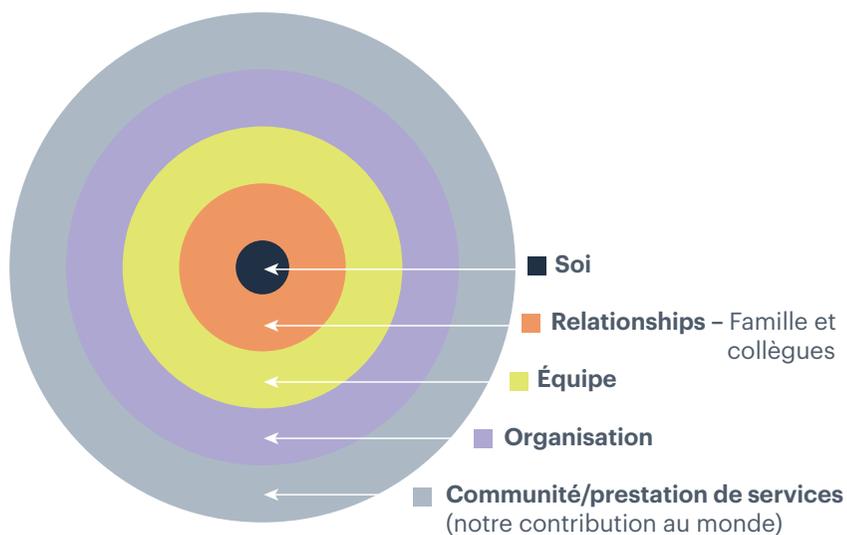
**Les informations figurant dans la boîte à outils sont basées sur les principes directeurs suivants :**

- Tout changement commence par soi-même.

Se comprendre (et changer ses propres connaissances, attitudes et comportements) est le premier pas essentiel vers la capacité de pouvoir comprendre et influencer le changement chez autrui (par exemple, au sein de la communauté ou de la société en général). Il est donc important que les prestataires de soutien psychosocial soient conscients de l'impact que leur propre traumatisme a eu sur eux, combien de ce

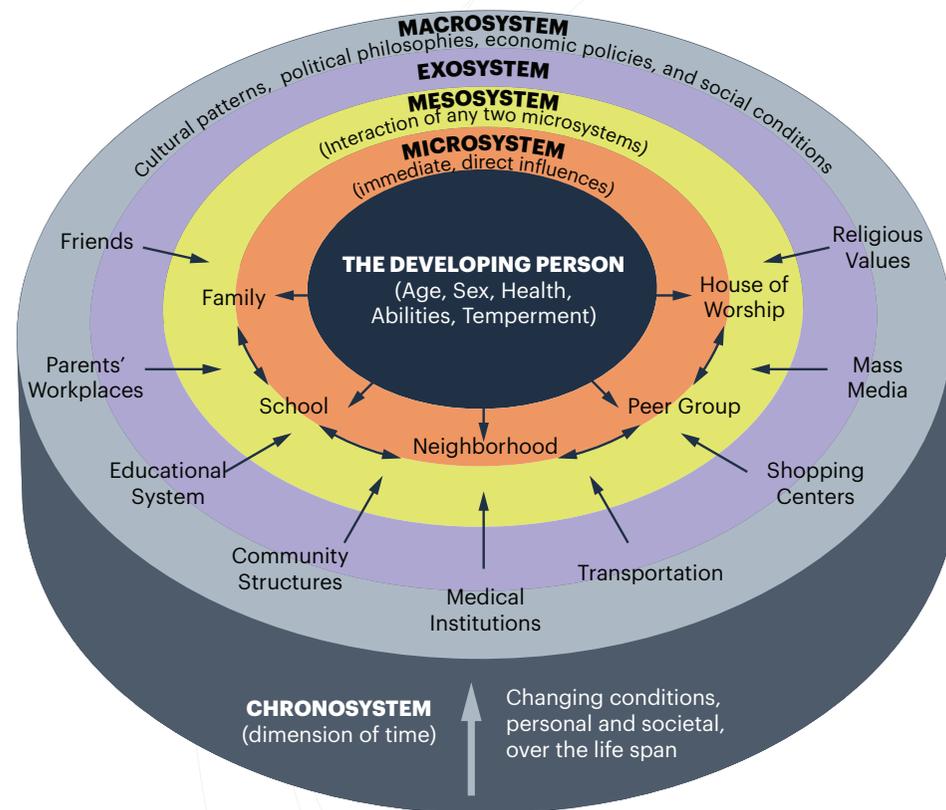
traumatisme a été résolu par rapport à ce n'a pas été non assumé, et de quelle façon ce traumatisme pourrait influencer leur capacité à aider autrui et/ou les rendrait plus vulnérables au traumatisme vicariant ou au redéclenchement de leur traumatisme pendant qu'ils effectuent leur travail auprès de survivants. Comme le remarque Russ Hudson, co-fondateur de l'Enneagram Institute, « l'impact que nous créons dans le monde dépend de notre relation avec nous-mêmes. »

**Le diagramme suivant de cercles concentriques démontre l'effet d'entraînement du soi vers l'extérieur**



- Une personne est intégrée dans un contexte particulier qu'elle influence et par lequel elle est influencée.

Pour comprendre la réponse d'une personne à un traumatisme, nous devons examiner la personne, ce qui l'entoure directement, et son interaction avec son environnement au sens plus large. La psychologue américaine Urie Bronfenbrenner a reconnu que le développement d'une personne était affecté par son environnement proche : de ses contextes familial et scolaire immédiats jusqu'aux valeurs culturelles, lois et traditions plus générales. Lors de prestations de soutien psychosocial à des survivants de violences ou de violations de droits de l'homme, non seulement il ne faut pas isoler la personne de son environnement, mais il faut considérer tous les facteurs l'affectant. Bronfenbrenner organise ces environnements sur cinq niveaux : le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème, et le chronosystème.



**Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory**

# CHAPITRE 2

## SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

### 2.1 Cadre théorique

#### Qu'est-ce que la santé mentale ?

- Le terme **santé mentale** est utilisé pour dénoter le bien-être psychologique.
- Le bien-être psychologique est utilisé pour décrire la santé émotionnelle et son fonctionnement général. Il ne s'agit pas de l'absence de maladie ou détresse mentale, mais plutôt d'un sentiment général de bien-être par rapport à soi et à sa vie, de sentir que tout va bien, et que l'on peut s'adapter et faire face à toutes les éventualités.
- Les interventions en santé mentale visent à améliorer le bien-être psychologique en réduisant les niveaux de détresse psychologique, en améliorant le fonctionnement quotidien, et en fournissant des stratégies efficaces d'adaptation.
- Ces interventions sont supervisées par un professionnel de la santé mentale et ciblent les personnes, les familles et/ou les groupes.



#### Qu'est-ce que le soutien psychosocial ?

- Le terme **psychosocial** 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).
- Le terme dirige l'attention vers la totalité des expériences des personnes plutôt que sur uniquement les aspects psychologiques de la santé et du bien-être. Il souligne également la nécessité d'examiner ces questions dans les contextes interpersonnels des réseaux familiaux et communautaires étendus dans lesquels ces personnes se trouvent (Eyber and Ager 2002).
- 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.
- Le soutien psychosocial 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.
- Les activités de la sorte ne sont pas nécessairement animées par des professionnels de la santé mentale.

#### En quoi consiste le soutien psychosocial et en santé mentale (Mental Health and Psychosocial Support, MHPSS) ?

- L'expression **soutien psychosocial et en santé mentale**, ou MHPSS, se réfère à tout soutien local ou extérieur visant à protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial, ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux.

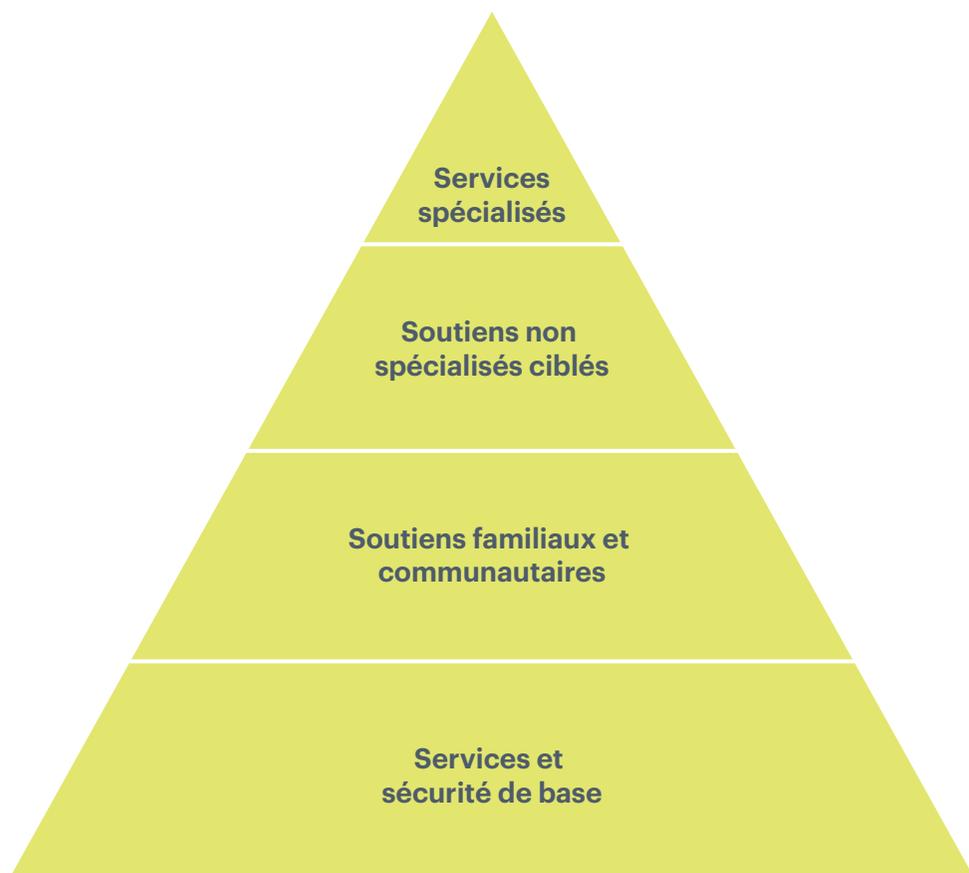
L'expression « problèmes de soutien psychosocial et en santé mentale », ou « problèmes MHPSS », couvre toute une gamme de problèmes, y compris les problèmes sociaux, la détresse émotionnelle, les troubles mentaux courants (comme la dépression ou le stress post-traumatique), les troubles mentaux graves (comme la psychose), l'abus d'alcool ou

de drogues, et les handicaps intellectuels ou développementaux.

### **Qui vient en aide aux personnes souffrant de traumatismes ? Descriptions des différents rôles et fonctions en matière de soutien psychosocial et en santé mentale**

En tant que résultat de traumatismes ou de conflits historiques, les besoins des personnes, familles et communautés en matière de soutien psychosocial et en santé mentale varient. Cependant, quelle que soit la nature de ces besoins, ils seront complexes et multidimensionnels, et exigeront donc une approche tout aussi complexe et multidimensionnelle.

Le Comité permanent inter-organisations (Inter-Agency Standing Committee, IASC) sur le soutien psychosocial et en santé mentale encourage une approche multidimensionnelle pour la prestation de services de soutien psychosocial et en santé mentale.



Le cadre du soutien psychosocial et en santé mentale vise donc à fournir le soutien nécessaire aux différents niveaux et peut être adapté au contexte. À mesure que l'on monte la pyramide, les services deviennent plus spécialisés et le nombre de personnes qui en ont besoin ou peuvent y accéder diminue. Par exemple, les services sont considérés comme spécialisés quand ils sont offerts par des professionnels formés comme les psychiatres ou les psychologues qui aident leurs patients à faire face à des troubles mentaux graves. Et la réalité est que de nombreux pays, comme le Sri Lanka, n'ont pas suffisamment de ces professionnels pour répondre aux besoins de la communauté. Il est donc impératif d'augmenter le nombre de personnes qui peuvent soutenir un grand nombre de gens se trouvant aux niveaux bas de la pyramide MHPSS et présentant des impacts allant de faibles à modérément graves en santé mentale (IASC, 2007). Développer cette capacité dans le domaine des services de soutien psychosocial est l'un des objectifs principaux de cette boîte à outils.

Très souvent dans les domaines du traumatisme, des droits de l'homme et/ou du soutien psychosocial et en santé mentale, il se trouve des personnes qui travaillent avec des individus, des groupes ou des communautés affectés par des violences. Elles les soutiennent soit directement après l'événement soit pendant leur réhabilitation. Fréquemment les formations ont été limitées sur les effets des violences, des traumatismes ou des abus de droits de l'homme comme la torture sur les personnes, les familles, les groupes ou les communautés, ainsi que sur comment aider ces catégories de personnes tout en maintenant la portée de votre pratique (les limites des services que vous êtes autorisé à fournir aux survivants en fonction de votre niveau de formation et d'expertise).

Cette section se concentre sur trois éléments de soutien psychosocial susceptibles d'aider les personnes dans leur travail auprès de survivants de violences. Une approche de la sorte en matière de soutien psychosocial qui n'est pas nécessairement prodigué par des professionnels de la santé mentale sont les premiers secours psychologiques (Psychological First Aid, PFA).

## 2.1.1 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). 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)

### Facteurs qui affectent la réponse à un événement

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 :

- La nature et la gravité des événements qu'ils vivent
- L'expérience d'événements pénibles passés
- Le soutien qu'ils reçoivent d'autres personnes dans leur vie
- Leur santé physique
- Leurs antécédents personnels et familiaux en matière de problèmes de santé mentale
- Leur milieu culturel et leurs traditions
- Leur âge (par exemple, les enfants d'âges différents réagissent de façons différentes)

### Pourquoi avoir recours aux premiers secours psychologiques et non pas au compte-rendu ?

Des recherches ont démontré que parler d'un événement juste après qu'il s'est produit renforce le réseau neuronal dans le cerveau qui est lié au souvenir de l'événement et

qui, par conséquent, enracine le traumatisme, ce qui 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 :

1. se sentent en sécurité, connectées aux autres, calmes et optimistes
2. ont accès à du soutien social, physique et émotionnel
3. retrouvent un sentiment de contrôle en étant capables de se prendre en charge

### What is PFA?

- Les premiers secours psychologiques sont plus efficaces qu'un compte-rendu psychologique à court terme
- Un soutien et des soins pratiques et non intrusifs
- Une évaluation des besoins et des inquiétudes des survivants
- Aider les personnes à répondre à des besoins de base (par exemple, la nourriture, l'eau)
- Écouter mais ne pas faire pression sur les personnes pour qu'elles parlent
- Réconforter les personnes et les aider à se calmer
- Aider les personnes à se connecter aux informations, aux services et aux soutiens sociaux
- Protéger les personnes contre d'autres préjudices

### Qu'est-ce que les premiers secours psychologiques ne sont pas ?

- Quelque chose que seuls les professionnels peuvent fournir
- Des services de conseil professionnels
- Un compte-rendu psychologique
- Demander aux personnes d'analyser ce qui s'est passé, ou d'attribuer un ordre chronologique aux événements
- 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

## 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

## Étapes des premiers secours psychologiques

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

## 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 ?

## 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 ?

### 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.
- » Remarquer 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.

## 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.

### 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

### 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.

### 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.
- Confirmer 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.

### 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.

#### **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).

## **Premiers secours psychologiques pour les enfants**

Pendant une crise, les enfants représentent un groupe particulièrement vulnérable, surtout par rapport à différentes formes de violence. Les enfants jeunes, surtout, ne seront peut-être pas capables de répondre à leurs propres besoins ou de se protéger. Pendant l'événement les responsables d'enfants peuvent se sentir dépassés et incapables de s'occuper d'eux.

#### **La réaction d'un enfant mineur pendant une crise peut différer en fonction des facteurs suivants :**

- Âge
- Niveau de développement
- La façon dont ses responsables et les autres adultes interagissent avec lui

Ces facteurs doivent donc être pris en compte lorsque de l'aide lui est apportée.

#### **Réactions typiques chez les enfants jeunes**

- Retour à des comportements passés comme sucer le pouce, parler comme un bébé, ou mouiller le lit
- Accaparement de ses responsables
- Jeu répétitif décrivant l'événement traumatisant comme moyen de faire face/ comprendre ce qui s'est passé
- Capacité à jouer réduite et manque général d'énergie

#### **Réactions typiques chez les enfants en âge scolaire**

- Croyance qu'ils ont causé l'événement traumatisant
- Développement de nouvelles peurs
- Moins de manifestations affectueuses
- Sentiment de solitude
- Préoccupation d'essayer de protéger ou de secourir des personnes en situation de crise

## Réactions typiques chez les adolescents

- Manque de « ressenti », engourdissement émotionnel, ou épisodes de colère/rage
- Sentiment de différence par rapport aux amis, de non-intégration
- Sentiment d'isolement par rapport aux amis
- Comportement de prise de risque
- Développement d'attitudes négatives

## Premiers secours psychologiques pour les enfants

Les mêmes quatre éléments (préparer, regarder, écouter et relier) s'appliquent aux enfants, mais certains aspects pourraient être différents en fonction des facteurs de différence mentionnés chez les mineurs. Par conséquent, en fonction du groupe d'âge, plusieurs points doivent être pris en compte.

### Nourrissons

- Gardez-les au chaud et en sécurité.
- Gardez-les à l'abri de bruits assourdissants.
- Faites-leur des câlins et tenez-les dans vos bras.
- Maintenez leurs horaires de repas et de sommeil dans la mesure du possible.
- Parlez d'une voix calme et réconfortante.

### Enfants jeunes

- Accordez-leur du temps et de l'attention supplémentaires.
- Rappelez-leur souvent qu'ils sont en sécurité.
- Expliquez-leur que rien de ce qui s'est passé n'est leur faute.
- Évitez de les séparer de leurs responsables ou de leurs frères et sœurs.
- Maintenez leur routine dans la mesure du possible.

- Donnez des réponses simples et sans détails préoccupants.
- Permettez-leur de rester près de vous s'ils ont peur ou se cramponnent à vous.
- Faites preuve de patience avec les enfants qui adoptent des comportements qu'ils avaient quand ils étaient plus jeunes.
- Fournissez-leur des occasions et de l'espace de jeux et de relaxation dans la mesure du possible.

### Enfants plus âgés et adolescents

- Accordez-leur du temps et de l'attention supplémentaires.
- Aidez-les à maintenir leurs routines.
- Fournissez des informations probantes sur ce qui s'est passé, et expliquez ce qui se passe à présent.
- Permettez-leur d'être tristes, et ne vous attendez pas à ce qu'ils soient d'une force à toute épreuve.
- Écoutez ce qu'ils pensent et ce qu'ils craignent sans émettre de jugement.
- Fixez des règles et des attentes claires.
- Renseignez-vous sur les dangers auxquels ils sont confrontés, soutenez-les, et discutez de façons d'éviter de devenir victime.
- Encouragez-les, et donnez-leur des occasions de se sentir utiles.

## SI LE RESPONSABLE D'UN ENFANT NE PEUT PAS S'EN OCCUPER

Si des responsables d'enfants sont blessés, extrêmement bouleversés ou autrement incapables de s'occuper de leurs enfants, vous pouvez organiser de l'aide pour les responsables, et puis pour les enfants. Contactez une agence de protection des enfants fiable dans la mesure du possible. Gardez les enfants et leurs responsables ensemble, et essayez de vous assurer qu'ils ne seront pas séparés. Aussi, même si les enfants ne sont pas directement affectés pendant la crise, ils pourraient être négligés dans la confusion générale. Par conséquent, accordez une attention spéciale aux enfants et essayez de les protéger de scènes perturbantes et d'histoires qui font peur.

## QUOI DIRE ET QUOI FAIRE POUR LES ENFANTS

### Gardez-les en sécurité.

- Protégez-les de scènes qui font peur.
- Protégez-les d'histoires perturbantes.
- Protégez-les des médias et des personnes cherchant à les interviewer.

### Écouter, parlez et jouez.

- Soyez calme, parlez doucement, et faites preuve de bienveillance.
- Écoutez leur point de vue sur la situation.
- Parlez-leur à leur hauteur et utilisez un langage qu'ils comprennent.
- Présentez-vous par votre nom et dites-leur que vous êtes là pour aider.
- Rassemblez des informations sur eux : nom, provenance, et d'autres informations s'ils ont été séparés de leur responsable.
- S'ils sont avec leur responsable, aidez-le à s'occuper de l'enfant.
- Si vous passez du temps avec des enfants, essayez de les faire participer à des activités appropriées pour leurs âges.

## MAIS N'OUBLIEZ JAMAIS :

### Les enfants disposent de leurs propres ressources pour faire face lors d'une crise.

#### Par conséquent :

- Apprenez ce que sont ces ressources.
- Aidez les enfants à avoir recours à leurs stratégies d'adaptation positives tout en les aidant à éviter d'avoir recours à leurs stratégies d'adaptation négatives.
- Les enfants plus âgés et les adolescents peuvent souvent aider lors d'une crise. Essayez donc de trouver des moyens sans danger qui leur permettront de contribuer à la situation, ce qui leur donnera peut-être un sentiment de contrôle.

## 2.1.2 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

Pendant le processus d'entretien, certaines démarches (avant, pendant et après) sont susceptibles de limiter le re-traumatisme de la personne faisant la déclaration.

Au départ, 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 redéclenchant 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. Vous et le conseiller 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 non-histoire.

#### Ce qu'il faut savoir pendant l'entretien

- Identify the individual's trauma experiences and how these may affect their ability to accurately and comfortably engage during the interview process.
- Do they present with mental illness, and if so, what is the severity of their symptoms? How may this affect the statement being given?

- Typical reactions to giving the statement and telling their story may include:
  - » Avoidance, especially of speaking about painful or emotionally overwhelming experiences
  - » Anxiety/panic
  - » A dissociative state (this is explained in the trauma section of the toolkit)
  - » Physical presentations such as headaches, stomachaches, nausea and bodily aches

#### **D'autres facteurs pouvant affecter la déclaration sont :**

- Un manque de compréhension du processus et de la raison pour laquelle elle fait cette déclaration
- Croyances et normes culturelles
- Genre
- Barrières de langue entre la personne interrogeant et la personne interrogée
- Âge

#### **Ce que vous pouvez faire pendant l'entretien**

Il existe certains aspects liés à la sécurité que l'avocat/journaliste/professionnel de la santé/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 :

- Engagement à veiller au caractère éthique du processus (considérations éthiques)
- Reconnaissance de l'impact étendu du traumatisme
- Capacité d'identifier le traumatisme et les problèmes de santé mentale
- Reconnaissance de la dynamique du pouvoir dans le cadre du processus de l'entretien
- Engagement à assurer la sécurité
- Empathie

- Sensibilité culturelle
- Communication efficace
- Surveillance des réactions de la personne interrogeant et de la personne interrogée par rapport à ce qui est partagé au cours de l'entretien
- Compétences de maîtrise (si un participant redéclenche son traumatisme au cours du processus)

## **1. Empathie**

L'empathie est « la capacité à communiquer une compréhension de l'expérience d'une autre personne du point de vue de cette personne » (Fairbairn, 2002). Elle diffère donc de la sympathie et de l'apathie. La sympathie implique se sentir désolé pour la personne. En général, la personne interrogeant se mettra alors également à pleurer ou en colère, ce qui n'aide pas la personne interrogée qui est émotionnelle ou qui est en train de vivre une expérience difficile. L'apathie implique ne rien ressentir envers la personne interrogée, comme ignorer leurs sentiments ou l'expérience qu'elle est en train de traverser.

L'empathie est démontrée par une écoute empathique ou des réponses formulées de façon empathique. Un exemple d'écoute empathique est le hochement de tête pendant que la personne interrogée parle, et donner des indices verbaux comme « hmmm ». En outre, une réponse empathique serait « Je me rends compte que vous êtes bouleversé » au lieu de « Quel dommage, vous êtes bouleversé ».

## **2. Sécurité**

Veiller à la sécurité commence au moment où vous (en tant que personne interrogeant) planifiez votre engagement auprès du participant. Cela continue pendant votre engagement auprès de la personne interrogée, et au-delà de votre engagement (par exemple en vous assurant qu'elle reçoit le soutien psychosocial et en santé mentale supplémentaire nécessaire et en surveillant comment les informations sont utilisées ou présentées à autrui).

Votre sécurité en tant que personne interrogeant est également importante parce que quand vous vous sentez en sécurité, vous pouvez être plus sensible et empathique envers la personne interrogée, plus capable de reconnaître les signes et symptômes de traumatisme, et moins susceptible de vous sentir stressé ou traumatisé par l'engagement.

## Veiller à la sécurité des participants avant qu'ils n'arrivent

- Développez des outils de collecte de données/questions d'entretien en tenant compte de la sécurité et de la réduction des risques (avec, par exemple, des outils sensibles au genre).
- Déterminez la meilleure méthodologie pour réduire le risque de re-traumatisme et encouragez la collaboration, l'autonomie et la responsabilisation de la personne interrogée.
- Encouragez la personne interrogée à amener quelqu'un de son réseau de soutien avec elle si elle en a besoin. Cependant, en raison de la nature potentiellement sensible des informations qu'elle partagera avec vous, il est préférable que la personne l'accompagnant reste en dehors du lieu de l'entretien afin que la personne interrogée se sente libre de partager toutes les informations qu'elle veut sans ressentir le besoin de les censurer pour la personne l'accompagnant. Il peut être précisé à la personne interrogée qu'à des fins de confidentialité, la personne l'accompagnant peut attendre à l'extérieur, et que la personne interrogée peut arrêter l'entretien pour faire une pause et aller passer du temps avec sa personne soutien avant de reprendre l'entretien, selon ses besoins.
- Expliquez à la personne interrogée comment venir au bureau, ce qui se passera à son arrivée, les noms des personnes qu'elle pourrait rencontrer, et d'autres détails.
- Essayez de faire correspondre le genre de la personne interrogée et celui de la personne interrogeant, ou demandez à la personne interrogée avec qui elle serait plus à l'aise pour l'entretien car parfois des personnes préfèrent se confier à quelqu'un d'un genre différent.
- Pensez aux problèmes éventuels de langue (assurez-vous qu'il y a compatibilité ou qu'un interprète est disponible).

Travaillez avec votre environnement et essayez de vous assurer que l'endroit de l'entretien reste aussi privé que possible. De plus, l'endroit devrait être lumineux, spacieux et confortable, entre autres, afin de ne pas rappeler à la personne interrogée un espace traumatisant dans lequel elle aurait pu se trouver. Ceci est particulièrement important pour les survivants de torture, prisonniers politiques, victimes de disparition forcée, ou toute autre personne ayant fait l'expérience de captivité et de privation de liberté.

Lorsque la personne se sentira en sécurité, il lui sera plus facile de se confier. Elle devrait aussi bénéficier d'un contrôle maximal de l'espace et de l'entretien parce qu'elle a pu être privée de son sens de contrôle pendant l'expérience traumatisante. Cette démarche pourrait être facilitée en lui demandant si elle désire s'asseoir, si elle veut boire quelque

chose, si elle souhaite apporter des modifications à l'espace pour se sentir plus à l'aise. Par exemple, vous pouvez la laisser s'asseoir par terre ou à tout endroit où elle se sent à l'aise, arrêter l'entretien quand elle le souhaite, et l'encourager à ne pas mentionner quoi que ce soit qu'elle ne souhaite pas encore partager.

De plus, le traumatisme brise les conceptions du monde et l'idée que le monde est prévisible d'une personne. Il est donc important de lui donner autant d'informations qu'elle peut absorber et comprendre sur ce qui va se passer pour qu'elle sache à quoi s'attendre. Par exemple, vous pouvez lui donner des précisions à propos de l'espace et du processus de l'entretien, établir les limites de l'échange, expliquer de quelles façons les informations seront utilisées, les personnes qui y auront accès, de quelles façons les informations seront sécurisées, et pour combien de temps.

## Veiller à la sécurité des participants après qu'ils arrivent

- Minimisez le temps d'attente et veillez au confort (par exemple en offrant de l'eau).
- Présentez-vous et expliquez pourquoi vous êtes présent.
- Restez poli et accueillant tout en étant honnête et direct.
- Tout d'abord, répondez à toutes les questions ou inquiétudes que la personne pourrait avoir.
- Écoutez-la sans porter de jugement.
- Évitez la confrontation : soyez prêt à diverger de sa perspective.
- Développez des attentes communes.
- Établissez et maintenez des limites (expliquez le cadre dans lequel vous travaillez afin qu'elle sache à quoi s'attendre).
- Ne la touchez pas, à part dans une situation d'urgence (y compris votre plan d'atténuation des risques).
- Encouragez-la/aidez-la à recevoir de l'aide professionnelle en santé mentale (y compris votre plan d'atténuation des risques).

## Veiller à votre sécurité

Si vous vous sentez traumatisé, angoissé ou bouleversé par votre interaction avec un participant, de quoi avez-vous besoin pour vous sentir plus sûr de vous ?

- Établissez, communiquez et maintenez des limites.
- Établissez un plan et une équipe d'atténuation des risques.
- Sollicitez un soutien professionnel ou de pairs.
- Demandez à un collègue de prendre la relève.
- Pratiquez l'auto-prise en charge.
- Connaissez vos limites et points faibles.
- Engagez-vous activement dans votre propre parcours de conscience de soi, de guérison et de transformation personnelles.

## 3. Surveillance

La surveillance implique une conscience aiguë que la façon dont les informations sont partagées pendant l'entretien affecte chaque personne dans la pièce, et la mise en œuvre d'ajustements en conséquence afin de ne pas retraumatiser la personne interrogée et de ne pas subir de traumatisme en tant que personne interrogéant. Surveillez-vous vous-même en même temps que vous surveillez la personne que vous interrogez. Posez-vous les questions suivantes :

- Que communiquez-vous tous les deux verbalement et non verbalement, à travers le langage corporel ?
- Est-ce que vous et la personne interrogée communiquez un message non verbal involontaire ou contradictoire avec le positionnement de votre corps et vos manières ?
- Est-ce que vous et la personne interrogée êtes en train de vous laisser submerger par les émotions ?
- De quoi parlait-elle quand vous avez remarqué ce crescendo d'émotions ?
- Selon vous, pourquoi ce sujet a-t-il suscité une réaction émotionnelle particulièrement vive par rapport aux autres informations partagées pendant l'entretien ?

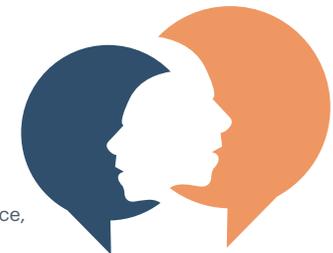
- Êtes-vous involontairement moralisant ou normatif ?
- Les émotions éprouvantes démontrées risquent-elles d'envahir la personne qui les ressent ? Est-il nécessaire d'arrêter l'entretien pour la journée, de faire une pause, de se lancer dans des exercices de maîtrise comme la respiration profonde, la médiation guidée, ou l'ancrage pour ramener la personne dépassée par ses émotions à un état calme et paisible ?

## 4. Communication

Cela inclut à la fois la communication verbale et non verbale (langage corporel) pour aider à assurer que la personne se sent écoutée et en sécurité dans l'espace, aussi difficile que soient ses déclarations à entendre.

### Effective Communication

This includes both verbal and non-verbal communication to help ensure the individual is feeling heard and safe in the space, even as difficult as what they are saying may be to hear.



#### VERBAL:

- A calm tone
- Simple questions and responses that encourage the participant to answer and tell their story
- Acknowledgements (e.g. "Yes, go on", "mmm")
- Summarizing and repeating back what the participant has said
- Reflecting on content, feeling, and meaning.

#### VERBAL

- Tone
- How questions are phrased
- Acknowledging what is being said
- Paraphrasing/reflecting back what is being said

#### NON-VERBAL

- Body language
- Eye contact
- Facial expressions
- SOLER

#### NON-VERBAL:

- Nodding
- Making eye contact
- Mirroring the participant's posture
- Mirroring the participant's facial expressions
- Mirroring the intensity of the participant's feelings
- Body language: SOLER

## Communication verbale

- Ton : Assurez-vous d'adopter un ton de voix calme pour aider la personne interrogée à se sentir en sécurité et disposée à partager ses informations.
- Ayez des réactions simples à ce qu'elle dit pour l'encourager à raconter son histoire.
- Formulation : Utilisez des termes et un langage facile à comprendre et qui ne seront pas perçus comme accusatoires ou moralisateurs.
- Prouvez que vous écoutez et entendez ce que vous confie la personne interrogée en interjetant : « Oui », « continuez », « hmmm ».
- Réflexion : Répétez ce que dit la personne avec des mots différents. Réfléchissez sur le contenu, le ressenti et les significations.

## Communication non verbale

- Hochez la tête
- Établissez un contact oculaire
- Copiez la posture de la personne interrogée
- Copiez les expressions faciales de la personne interrogée
- Réciproquez l'intensité du ressenti de la personne interrogée
- Langage corporel : Pratiquer la méthode **SOLER**:
  - » **S**: Asseyez-vous (Sit) droit faisant face à la personne.
  - » **O**: Maintenez une posture ouverte (Open) et ne croisez ni les bras ni les jambes. Veillez à ce qu'il ne se trouve aucune barrière comme une table entre vous et la personne.
  - » **L**: Penchez-vous (Lean) légèrement en avant.
  - » **E**: Maintenez un contact oculaire (Eye) en fonction de ce qui est culturellement approprié.
  - » **R**: Relaxe vous (Relax) car si vous donnez une impression de nervosité ou d'angoisse, la personne interrogée ressentira la même chose.

## 5. Sensibilité culturelle

Essayez de comprendre la culture, la religion et autres facteurs similaires de la personne interrogée, et démontrez que vous les respectez car ceci pourrait influencer la manière dont elle interagira avec vous. Les différences culturelles pourraient inclure la distance physique nécessaire entre vous et elle pour qu'elle se sente à l'aise, un contact oculaire ou non comme signe de respect, un contact physique ou non, et l'acceptabilité culturelle d'être seule avec un membre du sexe opposé. Gardez l'esprit ouvert et faites preuve de franchise quant aux choses que vous ne connaissez pas. Posez des questions sur la culture et les croyances de la personne pour prouver votre volonté de la comprendre.

## 6. Maîtrise

La maîtrise est la capacité à gérer les pensées, ressentis et comportements troublants susceptibles de découler du stress et du traumatisme de la personne. L'objectif est de faire en sorte que la personne se sente en sécurité, et certaines des techniques utilisables à cette fin sont des exercices de respiration et d'ancrage. Ils sont discutés plus en détail dans la section sur le traumatisme de la boîte à outils.

### 2.1.3 COMPÉTENCES EN CONSEIL DE BASE

La thérapie et le conseil sont des processus de génération de changement au cours desquels les personnes sont soutenues et encouragées à comprendre et explorer divers facteurs personnels comme les pensées, les émotions et les comportements qui pourraient entraver leur croissance personnelle (Comier and Hackney, 2012). Bien que de nombreux aidants débutants comprennent les objectifs de base du processus thérapeutique, ils ont souvent du mal à comprendre en quoi consiste véritablement le processus au niveau pratique. Bien que la nature pratique du processus thérapeutique/ de conseil sera différente en fonction du client et du cadre théorique l'éclairant, il existe quelques étapes de base pouvant fournir à l'aidant un guide de base qui lui permettra de diriger le travail thérapeutique auprès de ses clients.

Les compétences en conseil de base comprennent les compétences d'écoute active, les réflexions et les résumés exacts des émotions et du contenu du client, l'empathie et les réponses empathiques, le langage corporel et le ton de voix corrects, une attitude honnête et inconditionnellement positive envers le client, et des questions et paraphrases appropriées.

« Les gens oublieront ce que vous avez dit,  
les gens oublieront ce que vous avez fait,  
mais les gens n'oublieront jamais ce que vous  
leur avez fait ressentir. »

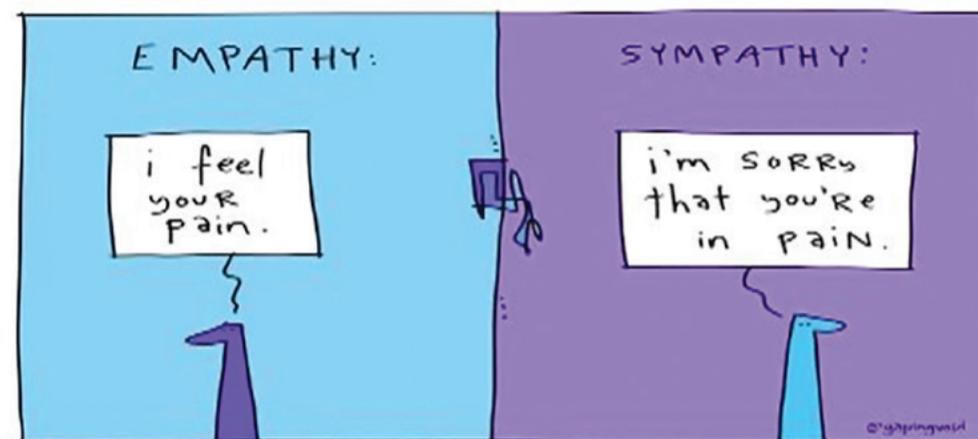
– Maya Angelou

## 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, tout en fournissant les soins, traitements ou interventions appropriés. 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 de expériences des survivants 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 : « C'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. »

### 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 s'occuper du client, mais pas dans un sens possessif ou de façon à seulement répondre aux propres besoins du thérapeute », explique Rogers dans un article publié en 1957 dans le Journal of Consulting Psychology.<sup>2</sup> « Cela signifie s'occuper du client en le considérant comme une personne distincte ayant la permission d'avoir ses propres sentiments, ses propres expériences. » Cela signifie que, quels que soient les émotions, pensées ou comportements négatifs dont le client fait preuve, vous le considérerez toujours avec bienveillance et comprendrez que ces manifestations résultent souvent du traumatisme qu'il a vécu. Vous ne le jugerez pas et vous ne changerez pas votre comportement envers lui. Cependant, cela ne signifie



Un atelier de cartographie corporelle organisé en août 2017 et dirigé par le Consortium GIJTR pour 20 femmes survivantes de violences au Sri Lanka.

pas que vous devez vous mettre en danger, aller au-delà de vos limites, ou soutenir un client 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 au client, ainsi que votre attitude et votre comportement envers lui, ne changeront pas.

### Authenticité

Il s'agit d'être authentiquement vous et de ne pas prétendre être différent parce que vous croyez que cela mettra le client plus à l'aise. Une fois que le client 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 le client à ne plus être honnête sur ses expériences et la façon dont elles l'ont affecté.

### Écoute active

Il s'agit de se concentrer pleinement sur ce qui est dit plutôt que d'« entendre » passivement le message de l'interlocuteur. 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 (contact oculaire, etc.) qu'il est en train d'écouter. Autrement, l'interlocuteur pourrait conclure que ce qu'il dit ne présente aucun intérêt pour l'écouteur.

## VOUS TROUVEREZ CI-DESSOUS DES ÉLÉMENTS D'ÉCOUTE ACTIVE À METTRE EN PRATIQUE LORS D'UNE SÉANCE DE CONSEIL :

### Comportement participatif

Un comportement participatif fait savoir au client que vous êtes là pour lui, et lui démontre que ce qu'il vous dit vous intéresse. Il existe des méthodes verbales et non verbales pour le communiquer.

**SOLER** indique les méthodes non verbales, et **VAPER**, les méthodes verbales.

**S**itting (s'asseoir droit)

**O**penness (ouverture de posture et d'esprit)

**L**eaning (se pencher légèrement en avant)

**E**ye contact (contact oculaire si culturellement approprié)

**R**elaxed alertness (vigilance détendue)

**V**olume (ni trop haut ni trop bas)

**A**rticulation (communiquez clairement votre message. Ne divaguez pas, restez concis et clair dans vos communications)

**P**itch (ton : ni trop haut ni trop bas)

**E**mphasis (emphase : la façon dont vous accentuez une phrase peut changer son sens)

**R**ate (cadence : ne parlez ni trop rapidement ni trop lentement)

## Questions

Les questions ouvertes aident à faciliter la communication, encouragent les clients 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.

- 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

## Compétences d'observation du client

- 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 d'une personne.

## Encourager

- Impliquez que vous êtes avec eux, que vous écoutez ce qu'ils sont 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... »

## Paraphraser

- Répétez périodiquement l'essence du discours du client.
- Rassurez le client qu'il a été entendu et compris.
- Aide le thérapeute à vérifier qu'il comprend clairement le client.

## Résumer

- Rassemblez le récit, les expériences et autres éléments du client.
- Organisez un discours systématique qui puisse être compris (mieux gérable).
- Capturez l'essence.

## Réflexion sur le ressenti

- Attention sélective et réflexion sur le contenu émotionnel de la séance.
- Faites comprendre au client que vous comprenez ses ressentis et ses perceptions.
- Aide à articuler les émotions et expériences que le client a des difficultés à gérer.



Une photo prise lors de l'atelier « Le corps se souvient : Cartographie corporelle des femmes en période de conflit », une exposition présentant des cartes corporelles dessinées lors d'un atelier de la GIJTR en 2017 par 18 femmes victimes de violences au Sri Lanka.

Un élément important du conseil est de veiller à ce que le client ait accès à toutes les ressources dont il a besoin pour guérir du traumatisme. Ces besoins sont holistiques par nature, et peuvent aller des besoins de base comme de la nourriture et un logement aux soins psychiatriques, assistance à l'emploi, entre autres. C'est pourquoi l'orienter vers une organisation qui pourra l'aider est nécessaire.

## Orienter

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, sens 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.
- À quel moment orienter

Bien que toutes les organisations souhaitent pouvoir répondre à tous les besoins des personnes et des communautés, le fait est que la plupart n'en sont pas capables. En outre, après les événements violents et durant le processus de guérison du traumatisme, les besoins des personnes et des communautés peuvent varier. Par conséquent, 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. En outre, 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, 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.
- Comment orienter

La première étape du processus d'orientation est la création d'une carte de la communauté dans laquelle vous travaillez. Vous pouvez commencer vos recherches sur Internet, mais bien souvent vous n'y trouverez pas les dernières mises à jour. Vous devrez donc sans doute avoir recours à vos réseaux professionnels existants pour découvrir d'autres organisations. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande d'adopter l'approche des 4 W pour établir une carte MHPSS (soutien psychosocial et en santé mentale). L'approche 4 W consiste en : **Who (Qui)** sont les prestataires de services ? **Where (Où)** se trouvent-ils ? **When (Quand)** sont-ils accessibles ? **What (Que)** sont les services qu'ils offrent ? (IASC, 2012)

Ensuite il est préférable d'essayer d'organiser une réunion avec l'organisation. Les processus d'orientation sont plus efficaces si l'autre organisation a entendu parler de vous ou si vous avez une relation professionnelle qui leur permet d'orienter leurs clients dans votre direction également. Les coordonnées du site et de son personnel clé devraient figurer sur votre carte d'orientation afin que tout le monde dans votre organisation puisse avoir accès aux informations nécessaires.

Les orientations peuvent être effectuées en informant tout simplement le client de l'organisation qu'il devrait consulter, mais certaines organisations pourraient exiger un processus d'orientation plus formel comme l'envoi de la personne avec une lettre de recommandation. Obtenez la permission du participant. Il devrait être informé de l'orientation et de ce qu'elle devrait lui apporter. Les informations d'orientation devraient inclure :

- Nom du client
- Adresse

- Numéros de téléphone
- Âge/date de naissance
- Date de l'entretien avec vous
- Une description très brève de la nature des problèmes du client. La quantité d'informations que vous incluez dépendra de l'objectif de l'orientation et de la personne auprès de laquelle vous orientez votre client. Vérifiez toujours auprès du client les informations qu'il accepte d'inclure dans la lettre de recommandation.
- Nom et numéro de téléphone du travailleur sur le terrain/conseiller/personne de soutien psychosocial, ou autre.

Le processus d'orientation se fait dans un cadre professionnel avec pour objectif d'apporter une assistance supplémentaire au client. La confidentialité ne devrait jamais être compromise en communiquant plus d'informations qu'il n'est strictement nécessaire.

Par exemple : Vous organisation travaille sur de la documentation de violations des droits de l'homme au sein d'une communauté spécifique. Dans ce contexte vous rencontrez une femme qui a perdu son mari il y a huit ans en raison d'un conflit dans la région. Elle était sans profession à l'époque et son mari était responsable de leur situation financière. Après sa mort, elle s'est retrouvée face à la responsabilité de s'occuper de leurs cinq enfants, et elle n'a pas pu l'assumer. De ce fait, aucun des enfants n'a pu continuer à aller à l'école, et elle confie que l'un d'eux pourrait se droguer. Elle est extrêmement émotive et pleure quand elle vous raconte son histoire et continue de répéter : « Mon mari me manque. La vie était plus facile avec lui. Je crois que je devrais tout simplement aller le rejoindre. » De plus, elle ne pouvait plus se permettre de payer le loyer, et par conséquent la famille est à la rue depuis quelque temps. Votre organisation prend en charge uniquement la documentation. Alors, que faites-vous dans ce cas ?

#### **Nous orientons la cliente vers des organisations qui, d'après ce que nous savons, pourront :**

- **Fournir un soutien psychosocial et en santé mentale :** Elle semble complètement désemparée, mais ce qu'elle dit pourrait être un signe qu'elle se sent extrêmement découragée et déprimée. Elle pourrait également exprimer des pensées suicidaires, et cela devrait être établi. Ses enfants pourraient se trouver dans le même cas.
- **Fournir un soutien social :** Il devra inclure un soutien éducatif pour les enfants et un soutien en matière de subsistance pour permettre à la mère de subvenir aux besoins de ses enfants et de trouver un endroit qui pourrait leur servir d'abri temporaire.

## OUTILS UTILES À UTILISER PENDANT LA SÉANCE DE CONSEIL

### **Fleuves de la vie**

Expliquez que l'exercice des fleuves de la vie vous permet de nous pencher sur les histoires de notre vie, sur ce qui nous a amenés au point où nous en sommes.

#### **Fournissez à votre client :**

- Une page de tableau de papier ou un morceau de papier grand format
- Un assortiment de fourniture de dessin : feutres, craies grasses, crayons de couleur, pâte à modeler/argile, et autres.

Ask the client to draw their individual Rivers of Life

- Le dessin devra inclure la source des fleuves, les tours et détours que les fleuves ont suivis, et la destination actuelle des fleuves.
- Le dessin devra inclure les personnes et les événements qui ont eu un impact sur lui, les étapes clés qu'il a franchies, les obstacles qu'il a rencontrés, entre autres.
- Il peut utiliser des symboles pour représenter différents ressentis et expériences (comme des fleurs le long du fleuve pour les périodes heureuses et des cailloux dans l'eau pour les moments difficiles).

Invitez le client à partager son fleuve de vie avec vous ou avec le groupe si vous travaillez en groupe. Soulignez qu'il peut partager la quantité d'informations qu'il souhaite.

Lors d'une séance en groupe, si vous en avez le temps, après que chaque client a partagé son fleuve de vie, demandez si le groupe a des commentaires. **Notez que les commentaires devraient être très brefs et strictement limités à des observations (ce que les participants ont remarqué) et des demandes de précision.** Ce n'est pas le moment de donner des conseils, émettre un jugement, ou parler d'une occasion où quelque chose de similaire s'est produit. Les commentaires (de la part du conseiller/aidant et des clients) devraient être axés sur ce qu'ils voient et ce qu'ils entendent. Par exemple, « Je peux voir que l'expérience que vous avez partagée avec nous vous rend toujours très triste » ou « Je comprends la solitude que vous avez éprouvée quand cela s'est passé » ou « Je remarque que nombre d'entre nous avons fait l'expérience d'une perte importante et que nous en ressentons toujours la douleur même si elle a eu lieu il y a longtemps ». Après que tous les clients ont partagé leurs fleuves de vie, faites un compte-rendu de l'exercice en leur demandant leur opinion : **Que pensez-vous de l'exercice ?**

Il est probable que des impressions de gêne seront exprimées par rapport aux émotions manifestées pendant l'exercice (plus particulièrement si quelqu'un a pleuré). Demandez à vos clients : Que pensez-vous des émotions ? Des clients pourraient vous dire que lorsque des personnes manifestent des émotions (plus particulièrement quand elles pleurent), c'est une situation difficile, angoissante, un signe de faiblesse, entre autres. Soulignez que dans le contexte de soutien/bien-être psychosocial, il est impératif de recadrer cette perception des émotions. Dans notre contexte, tous les ressentis sont réels et doivent être pris en compte, et nous explorerons des manières appropriées d'exprimer nos ressentis (plutôt que de les ignorer ou de les rejeter).

En outre, soulignez de quelle manière cet exercice nous permet d'apprendre à nous connaître en tant qu'êtres humains avec des vies pleines, différentes et compliquées. Encouragez vos clients à se rendre compte que chacun d'entre nous a une histoire et que chacun d'entre nous a des blessures qu'ils portent en eux et qui affectent leurs interactions avec les autres et leurs réactions aux événements.

Concluez cet exercice en remerciant tout le monde lors d'une séance de groupe ou le client individuel pour leur courage (lors du partage des histoires).

## FEUILLET : AVOIR RECOURS À DE L'AIDE ET DU SOUTIEN

Tracez des lignes indiquant les endroits où vous vous rendez en général lorsque vous éprouvez les ressentis figurant dans le cercle intérieur.

Utilisez les lignes directrices suivantes pour le nombre de lignes qui relie le cercle intérieur aux cercles extérieurs :

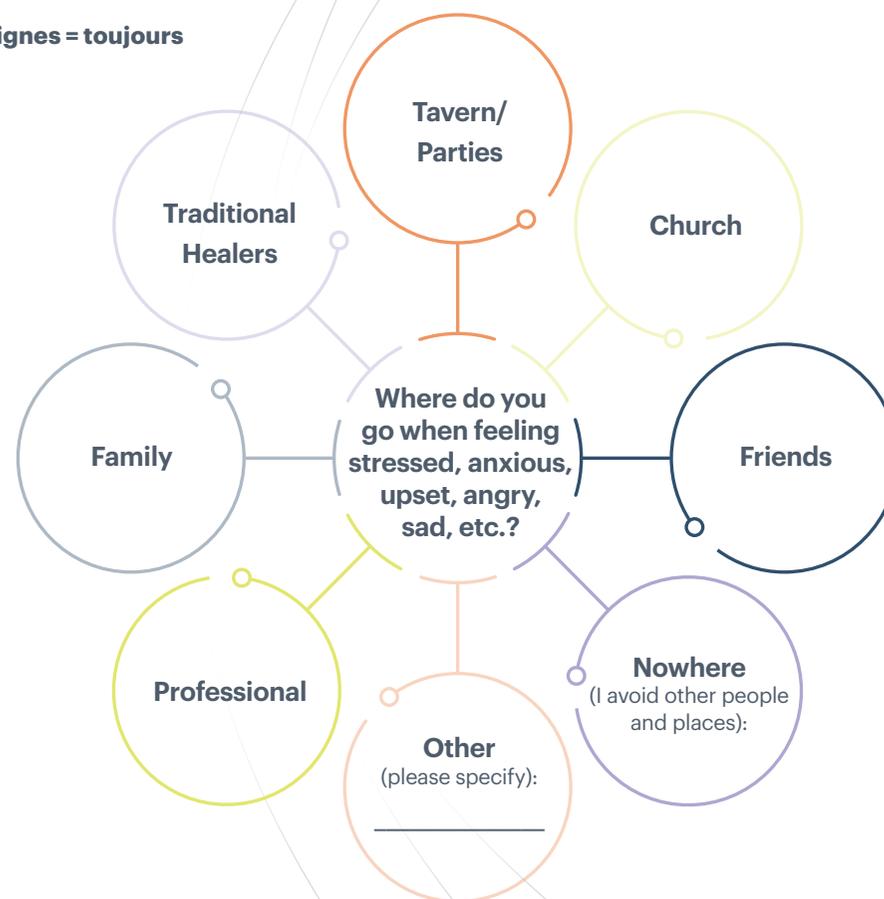
**1 ligne = jamais**

**2 lignes = rarement**

**3 lignes = parfois**

**4 lignes = souvent**

**5 lignes = toujours**



## 2.2 Lectures recommandées

- Ruzek, J. I.; Brymer, M. J.; Jacobs, A. K.; Layne, C. M.; Vernberg, E. M.; & Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counselling*, 29(1), 17-49.
- Jacobs, G. A., & Meyer, D. L. (2006). Psychological first aid. *Psychological Interventions in Times of Crisis*, 57-71.
- Brems, C. (2001). *Basic Skills in Psychotherapy and Counselling*. Belmont, USA: Brooks/Cole Thomson Learning.
- Burnard, P. (2005). *Counseling Skills for Health Professionals* (4e édition). Cheltenham, England: Nelson Thornes.
- Corey, G. (2005). *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy* (8e édition). Belmont, USA: Thomson Brooks/Cole.
- Egan, G. (1998; 2002; 2013). *The Skilled Helper: A Problem-Management and Opportunity-Development Approach to Helping*. Pacific Grove, USA: Brooks/Cole.
- Nelson-Jones, R. (2014). *Practical Counselling and Helping Skills* (6e édition). London, England: Sage Publications.

## 2.3 Activités et feuillets

### 2.3.1 PRÉ-TEST/POST-TEST POUR LA FORMATION EN PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

Fournir un feuillet vierge aux participants au début et à la fin de la formation. Après le post-test, vous pouvez vérifier les réponses correctes. Les réponses correctes figurent ci-dessous.

Cochez « Oui » ou « Non » en réponse aux énoncés suivants :	Oui	Non
1. La plupart des personnes ayant fait l'expérience d'une crise développent des troubles mentaux.		X
2. La plupart des personnes ayant fait l'expérience d'une crise ont besoin de services de santé mentale.		X
3. La plupart des personnes ayant fait l'expérience d'une crise se remettent de leur détresse à l'aide de leurs propres soutiens et ressources.	X	
4. Demander aux personnes de raconter en détail leurs expériences traumatisantes juste après qu'elles se sont produites est productif.		X
5. Les « services de conseil, comptes-rendus du traumatisme » et les « premiers secours psychologiques » sont des termes différents qui signifient la même chose.		X
6. Donner un type quelconque de réconfort à quelqu'un (par exemple en lui disant que sa maison sera reconstruite bientôt) pour qu'il se sente mieux est productif.		X
7. Veiller à ne mentionner que ce dont vous êtes certain (par exemple sur la situation/les services) et ne donner aucune information non vérifiée aide la personne qui est secourue.	X	
8. Porter un jugement sur les actions et le comportement de la personne (par exemple en lui disant « Tu n'aurais pas dû dire ou faire ceci ou cela ») afin qu'elle ne refasse pas la même erreur la fois suivante est une bonne initiative.		X
9. Trouver des informations sur la situation et les services disponibles afin de pouvoir aider les personnes à répondre à leurs besoins est productif.	X	
10. Dire à une personne affectée comment elle devrait se sentir (par exemple en lui disant « Vous avez de la chance, ça aurait pu être pire ») est productif.		X
11. Est-il productif de demander à une personne affectée quelles sont ses préoccupations, même si vous croyez les connaître ?	X	
12. En tant que personne aidant les autres, vous devez vous concentrer sur les personnes que vous aidez et essayez d'oublier vos propres besoins tant que la crise n'a pas pris fin.		X

### 2.3.2 PRÉ-TEST/POST-TEST POUR LA FORMATION EN PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES POUR LES MINEURS

Fournir un feuillet vierge aux participants au début et à la fin de la formation. Après le post-test, vous pouvez vérifier les réponses correctes. Les réponses figurent ci-dessous.

Cochez « Oui » ou « Non » en réponse aux énoncés suivants :	Oui	Non
1. Les mineurs sont souvent un groupe particulièrement vulnérable.	X	
2. Tous les mineurs réagissent de la même façon à une crise.		X
3. L'âge influence la façon dont un mineur réagit.	X	
4. Les premiers secours psychologiques pour les mineurs ont les mêmes éléments que les premiers secours psychologiques pour les adultes.	X	
5. Il est préférable de séparer l'enfant de son responsable désemparé.		X
6. Les enfants peuvent retourner à des comportements passés pendant une crise.	X	
7. Les enfants disposent de leurs propres ressources pour faire face à une crise.	X	

### 2.3.3 PRÉ-TEST/POST-TEST POUR LA FORMATION SUR LES DÉCLARATIONS ET LES ENTRETIENS

Fournir un feuillet vierge aux participants au début et à la fin de la formation. Après le post-test, vous pouvez vérifier les réponses correctes. Les réponses figurent ci-dessous.

Cochez « Oui » ou « Non » en réponse aux énoncés suivants :	Oui	Non
1. Faire une déclaration ou participer à un entretien peut retraumatiser une personne.	X	
2. Il est important de déterminer si des problèmes de santé mentale pourraient affecter la capacité de la personne à raconter son histoire.	X	
3. Le soutien psychosocial augmente le stress de la personne.		X
4. L'empathie implique se sentir désolé pour une personne.		X
5. La sécurité n'implique que la sécurité physique.		X
6. La maîtrise est la capacité d'aider quelqu'un à se calmer.	X	

### 2.3.4 PRÉ-TEST/POST-TEST POUR LA FORMATION SUR LES COMPÉTENCES EN CONSEIL DE BASE

Fournir un feuillet vierge aux participants au début et à la fin de la formation. Après le post-test, vous pouvez vérifier les réponses correctes. Les réponses figurent ci-dessous.

Cochez « Oui » ou « Non » en réponse aux énoncés suivants :	Oui	Non
1. Le service de conseil consiste à dire aux personnes ce qu'elles devraient faire.		X
2. L'empathie et la sympathie sont la même chose.		X
3. Le service de conseil est confidentiel.	X	
4. Une attitude non moralisatrice est une qualité importante chez un conseiller.	X	
5. Tout le monde peut fournir un service de conseil.		X
6. La confidentialité a des limites.	X	
7. La communication repose uniquement sur les mots que vous utilisez.		X

### 2.3.5 ÉTUDE DE CAS ET QUESTIONS SUR LES PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

Fournissez l'étude de cas suivante aux participants. Divisez-les en groupes pour discuter des questions et fournir des commentaires à l'ensemble du groupe.

#### Scénario de cas : violences et déplacement

Des manifestations violentes et des bombardements ont eu lieu près de chez vous. Pour leur propre sécurité, les résidents ont été emmenés dans un autre endroit par camion et ont été informés qu'ils y resteraient. Alors qu'ils descendent des camions, certains d'entre eux sont en larmes, d'autres semblent avoir peur, certains d'autres semblent désorientés, et d'autres montrent des signes de soulagement. La plupart sont angoissés

et sceptiques par rapport à ce nouvel endroit, et ils n'ont aucune idée où ils vont dormir, manger et recevoir des soins de santé. Certains semblent effrayés quand ils entendent des bruits forts car ils ont l'impression d'entendre des armes au feu. Il y a des enfants qui courent en criant et en donnant des coups de pied à leurs parents. Vous faites partie des bénévoles en soutien psychosocial collaborant avec une agence qui distribue des denrées alimentaires et votre mission est d'aider à fournir des premiers secours psychologiques sur les sites de distribution. Prenez un moment pour vous calmer et considérer ce qui suit :

#### Alors que vous vous PRÉPAREZ à aider, tenez compte des questions suivantes :

- Quel est le contexte des personnes que vous allez aider ?
- Quels sont les services fournis sur le lieu d'accueil des personnes déplacées, et comment pouvez-vous vous coordonner avec les autres aidants ?
- **Alors que vous rencontrez le groupe, que devez-vous REGARDER en priorité ?**
- Quels sont les différents types de réactions que vous observez chez les personnes ?
- Qui a besoin d'aide ? Qui peut vous aider ?
- **Alors que vous établissez un contact avec les personnes du groupe, quelle est la meilleure façon D'ÉCOUTER leurs inquiétudes et de les reconforter ?**
- Les personnes victimes ou témoins de violences peuvent ressentir de la peur. De quelle façon les soutiendrez-vous et les aiderez-vous à se calmer ?
- De quelle façon pouvez-vous déterminer les besoins et les inquiétudes des personnes qui ont sans doute besoin d'une aide spéciale, comme les femmes ?
- **Que pouvez-vous faire pour RELIER les personnes aux informations, à leurs proches et aux services ?**
- Quelles sont les informations correctes connues sur la situation et les services disponibles ?
- De quelle façon pouvez-vous aider à garder la famille affectée ensemble ?

### 2.3.6 ACTIVITÉ POUR LA PRÉSENTATION DE L'ATELIER DES PREMIERS SECOURS POUR LES ENFANTS

Demandez aux participants de se diviser en trois sous-groupes différents.

- **Sous-groupe 1** — Pouvez-vous penser à des initiatives qui pourraient être entreprises et qui pourraient aider : les nourrissons ?
- **Sous-groupe 2** — Pouvez-vous penser à des initiatives qui pourraient être entreprises et qui pourraient aider : les jeunes enfants ?
- **Sous-groupe 3** — Pouvez-vous penser à des initiatives qui pourraient être entreprises et qui pourraient aider : les enfants plus âgés et les adolescents ?

Chaque sous-groupe présentera leurs réponses au reste du groupe. Facilitez la discussion et utilisez la psychoéducation pour les possibilités auxquelles les sous-groupes n'ont pas pensé.

### 2.3.7 COMPRENDRE L'EMPATHIE

- Demandez aux participants de dessiner une représentation métaphorique de ce que signifie l'empathie pour vous en tant qu'aidant ou de ce qu'elle pourrait représenter.
- Facilitez la discussion et demandez si quelqu'un souhaite partager sa représentation.
- Dessinez une représentation d'une personne qui est tombée dans un trou/fossé (dépression) et expliquez la différence entre la sympathie (tirer la personne hors du trou), l'identification (s'asseoir ensemble et se tenir les mains) et l'empathie (s'asseoir à côté d'elle et vivre l'expérience ensemble).
- Si le site le permet, montrez la vidéo « Brené Brown on Empathy » (Brené Brown sur l'empathie) : <https://www.youtube.com/watch?v=1Ewgu369Jw> aux participants.

### 2.3.8 ACTIVITÉ DE JEUX DE RÔLES POUR L'ÉCOUTE ACTIVE

- Divisez les participants en paires. Une personne de chaque pair sera l'aidant. Demandez aux aidants de venir devant la classe pour recevoir leurs instructions du facilitateur. Expliquez-leur qu'il y aura deux jeux de rôles. Pour le premier jeu, ils devront ne pas écouter activement quand leur « client » parle (détourner les yeux, ne pas établir de contact oculaire, être avachi sur leur chaise, se pencher en avant avec la tête entre les mains, bâiller, regarder le téléphone cellulaire, entre autres). Pour le deuxième jeu de rôle, ils devront écouter activement (établir un contact oculaire, hocher la tête, émettre « hmmm », s'asseoir droit, réfléchir, poser des questions appropriées, entre autres).
- Le facilitateur demande au deuxième groupe des paires, les « clients », de venir devant la classe pour recevoir leurs instructions. Demandez-leur de raconter une histoire triste.
- Dirigez les séances de jeux de rôles.
- Facilitez une discussion sur l'expérience de ne pas écouter une histoire triste et sur l'expérience de ne pas être écouté.

# CHAPITRE 3 TRAUMATISME

## 3.1 Cadre théorique

Un traumatisme est défini comme des dommages ou une blessure dont souffre le psychisme après avoir vécu un événement particulièrement terrifiant ou angoissant ; il peut résulter en des difficultés de fonctionnement et d'adaptation par la suite. Ces événements comprennent les catastrophes naturelles, les accidents routiers, le décès d'un proche, les viols, les détournements, les guerres, les conflits, les abus physiques, les abus sexuels, et d'autres événements présentant un danger de mort (Sadock et al., 2015).

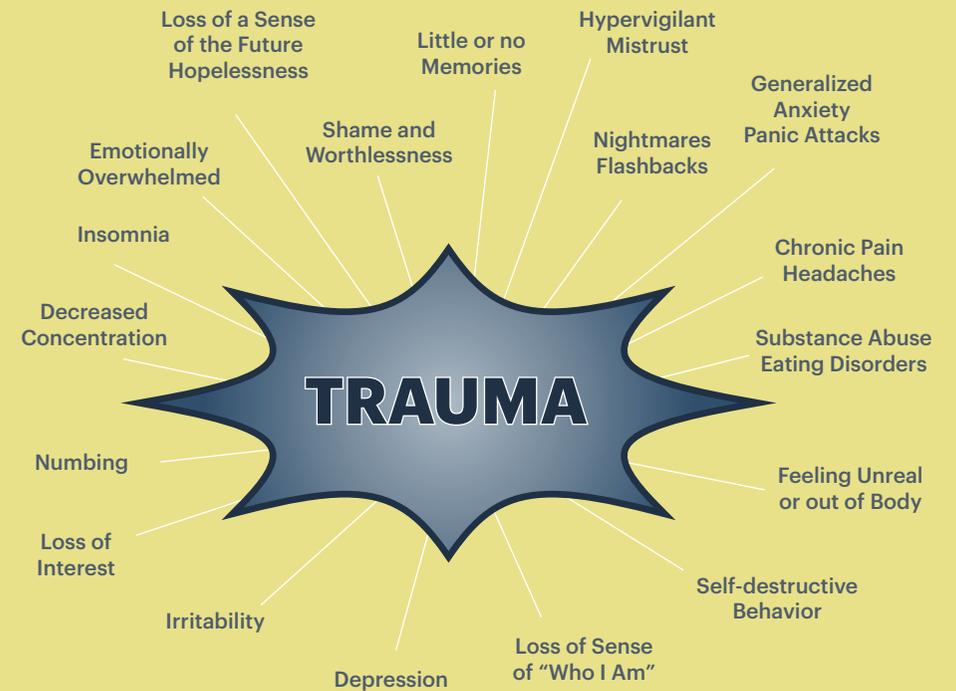
Le traumatisme affecte les personnes de différentes façons. Par conséquent, bien que nous ayons remarqué certains symptômes de traumatisme, ils peuvent être différents d'une personne à l'autre. En outre, les personnes ayant vécu un événement n'en ressortent pas toutes traumatisées (deux personnes peuvent avoir vécu le même événement, et l'une en ressortira traumatisée alors que l'autre non). *Un événement n'est pas traumatisant en et par lui-même : c'est plutôt, la signification que nous lui attribuons qui le rend traumatisant.* Si l'événement vous donne des sentiments de désespoir, de perte de contrôle, ou de danger de mort ou autre, ou si ces sentiments se manifestent chez un proche, alors l'événement peut avoir été vécu comme traumatisant. Le traumatisme détruit tout ce que nous croyions savoir sur le monde et nos interactions avec lui, comme :

- La croyance que vous êtes en sécurité dans le monde et que rien de mal ne pourra vous arriver
- Une vue de soi positive



- La croyance que le monde est un endroit ordonné et qui a un sens, et que les événements surviennent pour une raison
- La croyance que la souffrance prendra fin
- La croyance que les autres personnes ne présentent pas de danger, sont des gens bien, et ne nous veulent aucun mal

Certains des impacts du traumatisme comprennent :



"Trauma survivors have symptoms instead of memories."

Harvey, 1990

### 3.1.1 STRESS POST-TRAUMATIQUE

La plupart des personnes qui vivent des événements traumatisants ont temporairement du mal à se réadapter, mais avec du temps et une bonne auto-prise en charge, leur état s'améliorera. Cependant, si une personne n'arrive pas à se remettre d'un événement traumatisant qu'elle a vécu ou vu, et que les symptômes s'aggravent et perturbent son fonctionnement au quotidien, elle pourrait souffrir de stress post-traumatique.

Le stress post-traumatique se caractérise par des niveaux élevés de stress et d'anxiété dont souffrent des personnes qui ont été exposées à un événement traumatisant ou stressant (Sadock et al., 2015). Le stress post-traumatique implique qu'une personne a vécu directement un événement traumatisant, a vu directement un événement traumatisant, a entendu parler d'un événement traumatisant qu'un proche a vécu, ou est fréquemment exposée aux détails d'un événements traumatisants. Par conséquent, pendant plus d'un mois après l'événement, la personne aura un ensemble précis de réactions liées à l'événement et divisées en quatre catégories : symptômes intrusifs, évitement, altérations négatives dans les cognitions et l'humeur, et altérations dans la stimulation et la réactivité. Cet état peut durer des mois, voire des années, avec des déclencheurs qui peuvent ramener des souvenirs du traumatisme accompagnés de réactions émotionnelles ou physiques intenses. Les symptômes comprennent les attaques de panique, les flashbacks, les cauchemars, une angoisse intense et une dépression, entre autres. D'autres réactions typiques peuvent comprendre la peur et le désespoir (changements négatifs dans la cognition/pensée et l'humeur). Les personnes pourraient revivre continuellement l'événement comme s'il se produisait de nouveau dans le présent par le biais de leurs rêves ou flashbacks (symptômes d'intrusion) ; elles pourraient également éviter les rappels de l'événement (évitement continu des stimuli associés à l'événement traumatisant). Elles pourraient aussi ressentir des altérations dans la stimulation et la réactivité comme l'hypervigilance, les sursauts, la colère et l'irritabilité, un manque de concentration, un sommeil excessif ou insuffisant, et un comportement risqué ou destructeur.

Symptômes intrusifs	Évitement	Changements négatifs dans les pensées et l'humeur	Changements dans la stimulation et la réactivité
Souvenirs angoissants involontaires récurrents	Évitement de souvenirs, pensées ou ressentis associés à l'événement	Incapacité de se rappeler des moments de l'événement	Comportement irritable et accès de colère
Rêves angoissants récurrents	Évitement de rappels externes (par exemple d'endroits, de personnes, d'activités, de couleurs ou d'objets) de l'événement	Opinions négatives constantes ou exagérées sur soi (par exemple, « Je suis une mauvaise personne »).	Comportement risqué ou auto-destructeur
Réactions dissociatives (par exemple, les flashbacks)		Croyances incorrectes sur l'événement qui entraîne un sentiment de responsabilité	Hypervigilance (état d'alerte élevé pour détecter les dangers/ menaces dans son environnement)
Désespoir psychologique lors d'une exposition à un rappel de l'événement		État émotionnel négatif constant (par exemple, peur, colère, culpabilité ou honte)	Sursauts
Réactions physiques lors d'exposition à des rappels internes ou externes de l'événement		Intérêt ou participation moindre à des activités importantes	Difficultés de concentration
		Sentiment de détachement d'autrui	Problèmes du sommeil comme des difficultés à s'endormir ou à dormir
		Incapacité de ressentir des émotions positives (par exemple, le bonheur ou l'amour)	

Tous les problèmes mentionnés ci-dessus rendent la vie d'une personne vraiment difficile car elle se sentira incapable de faire les choses qu'elle faisait auparavant, comme avoir une vie professionnelle et une vie sociale, ou bien la dynamique aura une incidence sur d'autres domaines importants de sa vie.

X croyait que le monde était un endroit relativement agréable et positif, où tous les membres de sa communauté se souciaient les uns des autres. Il travaillait sur un marché de proximité et aimait beaucoup vendre les produits qu'il avait fabriqués lui-même et discuter avec ses clients. Puis X a entendu des rumeurs selon lesquelles de la tension et un conflit avaient fait leur apparition dans une zone avoisinante en raison de disputes territoriales. X n'y a pas prêté une grande attention parce qu'il pensait que les gens de son pays n'en viendraient jamais à se battre et à se faire mal entre eux. Puis, un jour au marché, X a entendu des cris et vu des gens courir. Ceux qui avaient attaqué la zone avoisinante voulaient également s'emparer de leur territoire. X a entendu des coups de feu et s'est mis à courir jusqu'à chez lui pour s'assurer que sa famille allait bien et pour les emmener dans un endroit sûr. Lorsqu'il est arrivé, il a rencontré un rebelle à l'extérieur de sa maison en flamme, avec sa famille à l'intérieur. Le rebelle lui a crié dessus et a commencé à le battre. X dit que c'est tout dont il se souvient. Il s'est réveillé quelques jours plus tard dans une ville voisine. Six mois plus tard, X continue de se réveiller la nuit avec les cris de sa famille dans ses oreilles ; son cœur commence à battre fort et il a du mal à respirer. Se rendormir peut lui prendre des heures. Il ne sort plus de chez lui et a des difficultés à aller même faire ses courses parce qu'il a toujours peur et ne sait pas en qui il peut avoir confiance. La famille qui l'a accueilli trouve son comportement difficile à supporter car il se met en colère pour la moindre chose. À cause de cela, X ne peut pas travailler ni se rendre chez le médecin pour le suivi de son traitement. Il est possible que X souffre de stress post-traumatique.

Le traitement comprend différentes sortes de psychothérapies ainsi que des médicaments psychiatriques pour gérer les symptômes. Le traitement du stress post-traumatique se situe donc en dehors du domaine du soutien psychosocial, et si vous rencontrez quelqu'un présentant ces symptômes, votre rôle est de l'orienter vers des soins psychiatriques ou psychologiques.

### 3.1.2 STRESS POST-TRAUMATIQUE/TRAUMATISME COMPLEXE ; STRESS TRAUMATIQUE ET TRAUMATISME COLLECTIF CONTINU

Le stress post-traumatique complexe est provoqué par des événements traumatisants chroniques et répétés, plus communément pendant l'enfance et souvent dans des circonstances de captivité comme par exemple, la maltraitance des enfants, la violence familiale, le traitement dans les camps de prisonniers de guerre. Ses symptômes comprennent des ressentis de terreur, de désespoir et d'inutilité, ainsi qu'une image de soi et une identité endommagée.

Alors que le stress post-traumatique implique que la personne se sent menacée et craintive même en l'absence de danger, le stress traumatique continu implique que la personne vit dans des conditions où un danger réel et persistant existe et menace sa sécurité. La nature persistante du stress traumatique continu entrave la possibilité de gérer le traumatisme passé. En outre, le stress traumatique continu s'appuie sur l'impact du traumatisme passé et diminue la résilience. Les personnes qui sont exposées à des dangers fréquemment et/ou pendant longtemps peuvent développer des troubles de stress traumatique continu. Leurs symptômes peuvent comprendre les attaques de panique, les troubles dissociatifs, un mal-être général ou une déficience immunitaire, un comportement impulsif, l'insomnie, et les comportements auto-destructeurs comme l'abus de drogues. Le traitement des troubles de stress traumatique continu implique une combinaison de traitement médical, de séances de conseil, d'éducation et de développement de compétences, le tout étant conçu pour aider les patients à développer de nouveaux moyens de gestion de leurs réponses au stress.

Le traumatisme collectif se réfère à un événement traumatisant qui a été partagé par un groupe de personnes. Il peut impliquer un petit groupe, comme une famille ou une organisation, ou l'ensemble d'une société. Les événements traumatisants qui affectent les groupes peuvent comprendre les accidents d'avion, les catastrophes naturelles, les fusillades de masse, les famines, les guerres et les pandémies (comme celle de COVID-19).

Il n'est pas nécessaire que les personnes aient vécu directement l'événement pour en être affectées. Regarder l'événement se dérouler aux actualités peut être traumatisant, par exemple. Partager la douleur causée par le traumatisme collectif peut parfois créer une solidarité et favoriser la guérison. Les personnes peuvent, par exemple, se défendre contre une menace commune et trouver un sens dans l'expérience qu'elles traversent ensemble. Par contre, quand l'ensemble d'une société est traumatisé, la guérison est souvent considérablement plus difficile. La douleur peut être omniprésente, les réponses inutiles deviennent la norme, et des communautés entières peinent à aller de l'avant. Par exemple, une société entière pourrait commencer à stocker des denrées

alimentaires après une famine, même si aucune nouvelle pénurie n'est prévue. De façon générale, un traumatisme collectif entraîne des changements conséquents dans les façons dont les personnes d'une culture se comportent, se sentent, collaborent, élèvent leurs enfants, entre autres.

### 3.1.3 DÉPRESSION

Le diagnostic de trouble dépressif majeur exige que la personne présente au moins cinq des symptômes suivants pendant au moins deux semaines (Sadock et al., 2015) : une humeur déprimée ou irritable, une perte d'intérêt dans le plaisir, une impossibilité à atteindre un poids spécifique, une insomnie ou une hypersomnie journalière, une agitation ou un retard psychomoteur, une fatigue excessive ou une perte d'énergie journalière. Des sentiments d'inutilité ou de culpabilité non justifiée, une capacité moindre à penser et à se concentrer, et des pensées morbides récurrentes (Sadock et al., 2015, p.1228).

### 3.1.4 TROUBLES DISSOCIATIFS

En psychiatrie, la dissociation est définie comme un « mécanisme de défense inconscient » qui sépare les groupes de processus mentaux et comportementaux du reste de l'activité psychique de la personne (Sadock et al., 2015, p.451). Les troubles dissociatifs impliquent ce mécanisme de défense qui résulte en une perturbation d'une ou plusieurs fonctions mentales comme la mémoire, l'identité, la perception, la conscience et le comportement moteur (Sadock et al., 2015, p.451). Les troubles dissociatifs ont le pouvoir de perturber tous les domaines du fonctionnement psychologique (American Psychiatric Association, 2013). La perturbation peut se produire soudainement ou graduellement, et être transiente ou chronique (Sadock et al., 2015). Le traumatisme psychologique est considéré comme la cause des signes et symptômes des troubles dissociatifs (Sadock et al., 2015).

En thérapie, ou lorsque vous parlez avec une personne qui est en train de le vivre, le traumatisme se présente souvent en faisant apparaître la personne comme étant distraite. Elle ne vous regarde pas et semble perdue dans son monde à elle. Pour d'autres exemples, consultez [http://www.turner-white.com/pdf/brm\\_Psy\\_V7P2.pdf](http://www.turner-white.com/pdf/brm_Psy_V7P2.pdf).

#### 3.1.4.1 AMNÉSIE DISSOCIATIVE

L'amnésie dissociative est caractérisée principalement par l'incapacité d'une personne à se rappeler d'informations personnelles importantes, en particulier d'informations

traumatisantes ou stressantes « qui sont trop volumineuses pour être oubliées de façon humainement normale » (Sadock et al., 2015, p.451). Par exemple, souvent lorsque nous demandons aux personnes des détails sur l'événement traumatisant ou sur ce dont elles se souviennent, elles ne répondent rien. Ou, lors de périodes particulièrement stressantes, elles auront un « black-out » et diront qu'elles ne se souviennent pas de ce qui s'est passé.

#### EXEMPLE DE CAS

Aune femme de 35 ans est venue solliciter de l'aide et a expliqué que, depuis le mois dernier, elle n'arrive pas à dormir et se sent toujours fatiguée. Elle se dit incapable d'effectuer les tâches journalières, comme se lever pour préparer ses enfants pour aller à l'école comme elle en avait l'habitude. Elle est également facilement irritable et sujette à des accès de colère ou de tristesse à la moindre chose, et se trouve en train de crier sans cesse sur ses enfants. Même lorsqu'elle parle au conseiller, elle a du mal à se concentrer et il doit répéter les mêmes questions plusieurs fois. Elle explique que tout a commencé après que son mari l'a quittée, et qu'elle se sent totalement désemparée face à son avenir et à celui de ses enfants.

#### 3.1.4.2 TROUBLE DE LA DÉPERSONNALISATION/DÉRÉALISATION

La dépersonnalisation est caractérisée par le « sentiment persistant ou récurrent de détachement ou d'éloignement de soi » qui pousse la personne à expliquer qu'elle se sent comme « un automate ou une spectatrice d'elle-même dans un film » (Sadock et al., 2015, p.454). La déréalisation est associée à des sentiments d'irréalité ou de détachement de son environnement (Sadock et al., 2015). La personne pourrait expliquer qu'elle se sent en train de rêver ou d'être morte car « sa perception du monde extérieur [manque de] lucidité et de nuances émotionnelles » (Sadock et al., 2015, p.454).

#### 3.1.4.3 FUGUE DISSOCIATIVE

La fugue dissociative est caractérisée par un « voyage imprévu soudain loin du foyer ou du lieu habituel des activités journalières de la personne, accompagné de son incapacité à se rappeler une partie ou l'ensemble de [son] passé » (Sadock et al., 2015, p.457). Elle a également une idée floue de sa propre identité et pourrait même adopter une nouvelle identité (Sadock et al., 2015).

### 3.1.4.4 TROUBLE DE L'IDENTITÉ DISSOCIATIVE

Le trouble de l'identité dissociative était précédemment connu sous le nom de « trouble de la personnalité multiple » (Sadock et al., 2015). Il se distingue par l'existence de « deux ou plusieurs identités ou états de personnalité distincts » qui sont parfois appelés alters, états autonomes, identités ou rôles alternants (Sadock et al., 2015, p.458). Les identités ou états de personnalité distincts se caractérisent entre eux car chacun est considéré comme ayant ses propres « habitudes de perception, de relation, et de réflexion par rapport à l'environnement et au soi », c'est-à-dire comme ayant sa propre personnalité (Sadock et al., 2015, p.458). Ce n'est pas un trouble courant et il est associé au traumatisme chronique à un âge jeune. Cependant, de nombreuses personnes peuvent se dissocier lorsqu'elles sont interrogées sur le traumatisme qu'elles ont vécu.

Si vous essayez d'aider une personne et qu'elle se dissocie temporairement (elle semble ne pas écouter ou son regard est lointain comme si elle pensait à autre chose) ou qu'elle devient extrêmement émotive, vous pouvez utiliser une technique d'ancrage pour la ramener au présent car souvent elle pourrait revivre l'événement traumatisant comme s'il se produisait à nouveau, ce qui peut être très angoissant.

## Containment and Grounding

When a person finds themselves overwhelmed with emotions or unable to stop thinking about or imagining something that happened. The 'grounding' technique can be used to feel less overwhelmed.

Grounding works by bringing the person's attention away from their inner thoughts and back to the present (and the external world.)

### ANXIETY GROUNDING TECHNIQUE

Focus on your breathing, then identify



## 3.2. Perte, douleur, et deuil

### Type de perte

Les personnes peuvent faire l'expérience de nombreuses formes de perte au cours de leur vie. La perte peut être physique, comme la perte d'un être cher par sa mort ou sa disparition, ou la perte de possessions ou de terre, ou bien une perte symbolique, qui est décrite comme une perte psychologique intangible comme une perte d'identité, une perte de sens de soi. La perte d'un proche peut être une des formes de perte les plus douloureuses et entraîne de nombreux processus psychologiques différents. La perte peut affecter le bien-être physique, social ou psychologie d'une personne. Le contexte dans lequel la perte se produit est également un facteur déterminant de première importance quant aux impacts sur la santé mentale.

### Description de douleur et deuil

- **Perte ambiguë** : Il s'agit du processus dans lequel la perte n'est pas claire. Aucune preuve tangible de la perte n'existe. Du fait que la perte n'est pas claire, la personne est incapable de gérer la perte et d'avancer dans le processus de la douleur. Les personnes se cramponnent souvent à l'espoir que la perte n'est pas réelle et qu'il existe une chance que la personne disparue soit vivante. Cela est particulièrement courant dans les cas de disparitions forcées, d'exécutions extra-judiciaires, ou de séparations familiales lorsque les personnes doivent fuir un pays. Par exemple, le mari de Y a été emmené de force de chez lui par des agents du gouvernement. Il a été dit qu'il avait été placé dans une prison peu éloignée, mais personne n'a pu le confirmer. Puis il a été dit que quelques prisonniers avaient réussi à s'échapper et qu'il pouvait être parmi eux, mais il a également été dit que de nombreux prisonniers n'avaient jamais quitté la prison. Pendant de nombreuses années Y ne savait pas ce qui était arrivé à son mari. Elle ne pouvait pas passer au stade de la douleur car elle ne savait pas s'il était vivant ou mort, et elle continuait d'avoir l'espoir qu'un jour il reviendrait chez lui.
- **Douleur** : La douleur est un processus et une réaction à la perte. C'est une réaction normale à la perte, et au travers du processus, la personne désinvestit son énergie qui était attachée à l'objet. À la fin du processus, elle pourra accepter la perte. Bien que la perte reste un événement considérable dans la vie d'une personne, cette dernière ne sera pas gouvernée par la perte. Ressentir la douleur d'une perte est un processus normal, mais lorsque le processus est prolongé ou retardé et affecte le niveau de fonctionnement de la personne, la douleur peut se compliquer. Z a traversé une période difficile après la perte de son mari. Tout le monde lui a dit que

tout irait bien et qu'au fil du temps elle se sentirait mieux. Mais deux mois plus tard, Z découvre que parfois elle oublie de manger pendant plusieurs jours, qu'elle n'arrive pas à se lever, et qu'elle peut dormir toute la journée. Elle a perdu son travail car elle n'y est pas arrivée à l'heure pendant toute une semaine, et ses enfants sont allés vivre avec de la famille car elle avait du mal à s'occuper d'eux. Z pourrait vivre un épisode dépressif.

- **Deuil :** Le deuil est la période après la mort au cours de laquelle la personne s'adapte.

### Réactions courantes à une perte soudaine

- Recherche de sens par rapport à la raison de ce qui est arrivé
- Changements dans le sommeil, appétit et énergie
- Accès envahissants de tristesse

Ce sont des réponses normales, et c'est seulement quand elles sont prolongées ou retardées et affectent le niveau de fonctionnement de la personne qu'elles peuvent devenir une source d'inquiétude.

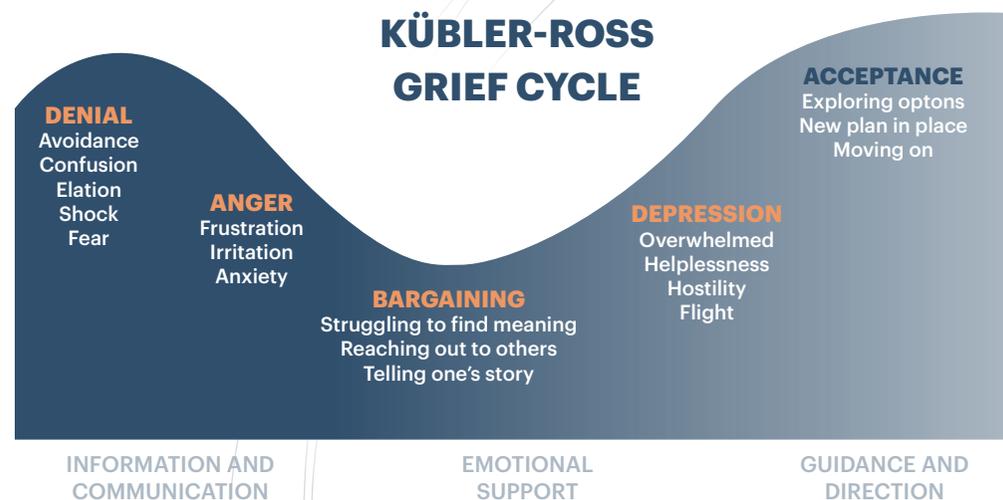
### Processus du deuil

Kübler-Ross and Kessler (2005) décrivent cinq étapes de la douleur auxquels la plupart des personnes seront confrontées après une perte possible ou réelle.

1. **Déni :** Le refus d'admettre la réalité de la situation et de la perte, et souvent une sensation d'engourdissement.
2. **Colère :** Une fois la réalité acceptée, de nombreuses personnes se mettent en colère (contre différentes personnes ou situations) et essaient de trouver des réponses. « Pourquoi moi ? » ou « Ce n'est pas juste ». Ces questions fournissent à la personne une défense contre ce qui s'est passé.
3. **Marchandage :** Plaider ou négocier pour que les choses ou la situation soient différentes.

4. **Dépression :** Ceci est l'étape normale à laquelle la personne est envahie par la tristesse de la réalité de la situation.
5. **Acceptation :** La personne accepte la perte.

Ce processus n'est pas linéaire ; les personnes ont généralement tendance à aller en avant et en arrière, ou à commencer à des étapes différentes.



### Lignes directrices de soutien psychosocial pour le travail auprès de personnes et de familles confrontées à des disparitions forcées

De nombreuses familles ayant perdu un des leurs en raison d'une disparition forcée ressentent souvent une perte ambiguë ou une douleur compliquée. Par conséquent, lorsque nous travaillons avec elles, nous devons rester conscients de ces réponses psychologiques. Différents facteurs déterminent les réponses possibles à une personne ressentant une perte ambiguë ou une douleur compliquée. Son contexte, ses caractéristiques personnelles, le type et le niveau d'engagement/de rapport avec la personne, et la nature de ses besoins psychosociaux jouent tous un rôle dans la détermination de la meilleure façon d'aider.

## Conseil et soutien psychosocial

Du fait que la personne ou la famille n'arrive pas à faire son deuil, le processus de conseil et de soutien psychosocial se concentre souvent à apporter un soutien à cette étape. Dans les cas où la mort d'un proche a été confirmée, nous pouvons aider la personne ou la famille à considérer différentes pratiques susceptibles de faciliter leur deuil. Comme nous le savons, le processus d'enterrement est celui qui aide le plus les personnes et les familles, mais quand il n'y a pas de dépouille, cette situation est difficile. Il faut donc aider la personne à penser à quelque chose, comme une boîte de souvenirs ou une prière familiale. Nous pouvons aider au concept et à l'exécution en fonction de sa culture et sa religion.

## Processus de médecine légale

Il est impératif de ne pas oublier que nombre de ces personnes ou familles ont souvent attendu très longtemps pour savoir ce qui était arrivé à leur proche, et notre objectif principal est de ne pas attiser leurs espoirs de façon prémature car cela entraînerait un nouveau traumatisme. Il est important de faire preuve d'honnêteté et de transparence, et de gérer les attentes. Souvent la plus grosse erreur que nous commettons est de vouloir soulager la douleur en donnant de faux espoirs. Donc soyez clair sur le déroulement du processus. Faites preuve d'honnêteté par rapport à la possibilité que la dépouille de leur proche soit retrouvée et/ou que justice sera rendue. Dans un cas de processus de médecine légale, il est préférable de rencontrer un membre de la famille en premier lieu. Vous pourrez ainsi lui expliquer le processus et également rassembler toutes les informations nécessaires sur la personne disparue et la structure familiale. Dans la plupart des cas, nous ne connaissons pas la dynamique familiale, et si nous faisons venir toute la famille, des conflits peuvent surgir. Ceci est plus courant avec les grandes familles et les mariages polygames.

Souvent, dans des contextes post-conflit, les familles et les communautés demandent des informations et la vérité sur ceux qui ont disparu. Dans certains cas, elles sont révélées par le biais du processus de communication de la vérité, de documentation ou d'enquêtes de médecine légale. Dans les cas d'événements et de pertes à grande échelle, la commémoration peut être un moyen important d'aider les gens à se rappeler de ceux qu'ils ont perdu et à faire leur deuil, et ce, plus particulièrement quand ils n'ont pas réussi à retrouver la dépouille. Même au niveau individuel, les conseillers peuvent aider leurs clients tout au long du processus en créant des boîtes de souvenirs liées à la personne disparue. Ces boîtes peuvent contenir différents articles, comme des photos, des bijoux, des cartes d'anniversaire et des vêtements, qui rappelleront la personne disparue à ses proches. La commémoration et le deuil sont des composants clés de

la guérison d'un traumatisme, et ils sont également essentiels après la perte souvent ambiguë et traumatisante d'un proche.

## 3.2 Lectures recommandées

- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence*. New York: Basic Books
- Epstein, M. (2013). *The trauma of everyday life*. Penguin.
- Petersen-Coleman, M. N., & Swaroop, S. R. (2011). Complex trauma: A critical analysis of the Rwandan fight for liberation. *The Journal of Pan African Studies*, 4(3).
- Kanninen, K., Punamäki, R. L., Qouta, S. (2003). Personality and trauma: Adult attachment and posttraumatic distress among former political prisoners. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 9(2), 97-126.
- Berger, S. S. (2014). Whose trauma is it anyway? Furthering our understanding of its intergenerational transmission. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 13, 169-181.

### 3.3 Activités et feuillets

#### 3.3.1 PRÉ-TEST/POST-TEST POUR LA FORMATION SUR L'IMPACT DU TRAUMATISME (AXÉE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE CAPACITÉS)

Fournir un feuillet vierge aux participants au début et à la fin de la formation. Après le post-test, vous pouvez vérifier les réponses correctes. Les questions avec les réponses correctes figurent ci-dessous.

Cochez « Oui » ou « Non » en réponse aux énoncés suivants :	Oui	Non
Le traumatisme affecte tout le monde de la même façon.		X
Le traumatisme affecte seulement la personne ayant vécu la crise.		X
Le traumatisme affecte le corps et l'esprit d'une personne.	X	
Le traumatisme est la même chose que la douleur.		X
La réponse à un événement traumatisant comprend une peur, un désarroi et une horreur intenses.	X	
Toutes les personnes exposées à un événement traumatisant en ressortent traumatisées et développent le stress post-traumatique.		X
Les cauchemars, les douleurs corporelles, ainsi que les sentiments de désarroi et d'impuissance sont tous des symptômes du traumatisme.	X	

#### 3.3.2 TRAUMATISME INTER/TRANSGÉNÉRATIONNEL

Le concept du traumatisme intergénérationnel ou transgénérationnel stipule qu'un traumatisme, et plus particulièrement les effets d'un traumatisme irrésolu, peuvent être transmis d'une génération à la suivante par la génétique ainsi que par la façon dont un enfant est élevé au sein d'une famille. Ces situations peuvent inclure des enfants présentant des signes d'évitement ou de méfiance après avoir observé le comportement de leurs parents (en cas, par exemple, de symptômes de stress post-traumatique), lequel proviendra de leurs propres parents ou d'expériences collectives de violences (en cas, par exemple, de guerre, de conflit, de torture).

Travailler avec ce type de traumatisme dans un cadre familial pourrait nécessiter de travailler sur le traumatisme irrésolu des parents et, en fonction de l'âge de l'enfant, de réfléchir sur comment son comportement pourrait être lié au comportement ou aux expériences de ses parents. De temps en temps. Les expériences traumatisantes ne sont pas reconnues ou exprimées au sein de la famille, mais les enfants ressentent néanmoins une tension qu'ils ne comprennent pas. Cela leur cause souvent du désarroi et devient un véhicule de transmission du traumatisme. Ce désarroi est d'autant plus intense que les enfants ne peuvent pas nommer la cause de leur ressenti. Dans de nombreux cas, les enfants internalisent et se sentent coupables pour ces ressentis ou tensions non identifiées.

Chez les adultes, l'objectif de la gestion du traumatisme intergénérationnel est d'aider la personne à :

- Identifier et reconnaître qu'elle a véritablement vécu cette sorte de traumatisme.
- Réfléchir sur l'impact que ce traumatisme a eu sur elle et ses relations interpersonnelles.
- Identifier les sortes de liens qu'elle a formé à la suite de ce traumatisme.
- Améliorer ses liens à l'enfance.
- Redéfinir son rôle en tant que parent.

Tous les objectifs ci-dessus nécessitent le soutien à long terme d'un psychologue. Le rôle du soutien psychosocial est de fournir une psycho-éducation sur le traumatisme intergénérationnel et ses impacts.

### 3.3.2. PRÉ-TEST/POST-TEST POUR LA FORMATION SUR LE TRAUMATISME INTER/TRANSGÉNÉRATIONNEL

Fournir un feuillet vierge aux participants au début et à la fin de la formation. Après le post-test, vous pouvez vérifier les réponses correctes. Les questions avec les réponses correctes figurent ci-dessous.

Cochez « Oui » ou « Non » en réponse aux énoncés suivants :	Oui	Non
1. Le traumatisme familial et le traumatisme collectif sont la même chose.		X
2. Le traumatisme familial peut venir d'un événement vécu par un membre de la famille qui par la suite affectera toute la famille.	X	
3. Le traumatisme a un impact direct sur le bien-être psychologique des parents et peut se manifester d'un certain nombre de façons complexes.	X	
4. Le traumatisme transgénérationnel affecte seulement une personne.		X
5. Le traumatisme collectif transgénérationnel peut causer colère et dépression chez les jeunes et les adultes.	X	
<b>SCORE TOTAL :</b>		

### 3.3.3 ACTIVITÉ : ACTIVITÉ/BRISÉ-GLACE SUR LE TRAUMATISME

Cette activité peut être utilisée avec une personne, dans le cadre d'une séance de groupe, ou pour briser la glace lors d'une formation de développement de capacités.

Expliquez aux participants/clients que nous vivons tous au Sri Lanka, un pays en proie à des violences et traumatismes. Demandez aux participants de penser à un traumatisme dont ils ont fait l'expérience en tant que victime ou témoin. Demandez-leur de rédiger un court paragraphe sur ce traumatisme.

Réfléchissez sur l'expérience de l'exercice avec les participants/clients. Quel effet ce compte-rendu sur une expérience traumatisante a-t-il eu sur vous ? Quelqu'un veut-il nous en faire part ? Facilitez une discussion en encourageant la réflexion sur le traumatisme et les émotions qui y sont liées.

Ceci est un moyen très simple mais très efficace de permettre aux personnes de commencer à comprendre ce qu'implique l'expérience d'un événement traumatisant. Il est important de mettre de côté suffisamment de temps pour discuter avec les personnes de leurs réactions à l'exercice. Il est également important d'envisager de donner aux personnes l'option de ne pas participer si elles pensent que cette activité pourrait les bouleverser ou si elles ne veulent pas partager dans le cadre du groupe. Faites-leur savoir à l'avance qu'elles ne sont pas obligées de partager des informations qu'elles ne souhaitent pas partager. Puis terminez avec un exercice positif comme une méditation guidée jusqu'à leur lieu sûr imaginaire ou un exercice de réflexion sur ce qui les rend heureuses :

### EXERCICE D'IMAGERIE GUIDÉ

L'objectif de cet exercice est de vous relaxer l'esprit et de vous guider alors que vous imaginez votre propre lieu sûr et réconfortant. Ce lieu sera un endroit imaginaire que vous pouvez visualiser pour vous aider à calmer votre esprit quand vous vous sentez dépassé par vos pensées et vos émotions.

- Trouvez une position confortable.
- Puis, pendant quelques instants, essayez de calmer votre esprit en vous concentrant sur votre respiration. Laissez votre respiration vous recentrer et vous relaxer. Inspirez... et expirez.
- Inspirez... Expirez...
- Inspirez... Expirez...
- Continuez à respirer lentement et paisiblement à mesure que vous laissez la tension quitter votre corps.
- Relâchez les zones de tension, sentez vos muscles se relaxer, et commencez à vous sentir plus apaisé avec chaque respiration.
- Continuez de laisser la respiration vous relaxer...
- Inspirez... 2... 3... 4... Retenez... 2... 3... Expirez... 2... 3... 4... 5...
- Encore une fois... 2... 3... 4... Retenez... 2... 3... Expirez... 2... 3... 4... 5...
- Continuez de respirer lentement, légèrement, sereinement....
- Laissez le rythme de votre respiration se ralentir graduellement à mesure que votre corps se relaxe.
- Maintenant vous pouvez commencer à créer une image dans votre esprit d'un lieu de

relaxation totale. Imaginez à quoi ressemblerait ce lieu pour qu'il vous apporte calme et relaxation.

- Commencez par la configuration physique du lieu que vous êtes en train d'imaginer... Où se trouve ce lieu paisible ? Vous pouvez imaginer un endroit en plein air... ou intérieur.... Il peut être petit ou grand... Créez une image de ce lieu. (pause)
- Maintenant imaginez des détails supplémentaires de ce lieu paisible. Êtes-vous seul ? D'autres personnes sont-elles présentes ? Des animaux ? Des oiseaux ? Déterminez si vous êtes seul ou avez de la compagnie. (pause)
- Imaginez davantage de détails de votre environnement. Imaginez les sons qui vous entourent dans ce lieu paisible.
- Puis imaginez les goûts et les odeurs que votre lieu procure.
- Imaginez les sensations au toucher... Quelle en est la température, haute ou basse ? Une brise souffle-t-elle ? Sur quelle sorte de surface êtes-vous assis ou debout ?
- (suite)
- Concentrez-vous maintenant sur ce que vous voyez, les couleurs, les formes, les cailloux, les plantes, l'eau... Tout ce qui rend votre lieu agréable.
- Imaginez que vous y êtes. Que feriez-vous dans ce lieu paisible ? Peut-être voulez-vous seulement vous asseoir, profitez du cadre, vous relaxer. Peut-être vous y promenez-vous...
- Imaginez-vous dans ce lieu paisible, imaginez une impression de calme... de sérénité... Un lieu où les soucis, les responsabilités et les inquiétudes n'existent pas.... Un lieu où vous pouvez tout simplement vous régénérer, vous relaxer et profiter du fait d'exister. (pause)
- Profitez de ce lieu paisible pendant quelques instants encore... Mémorisez la scène, les sons et les sensations autour de vous... Créez une image de ce lieu dans votre esprit... Cette image que vous imaginez, vous pouvez y retourner chaque fois que vous avez besoin d'un moment de répit... Chaque fois que vous avez besoin de reprendre vos forces...
- Ramenez votre attention au présent. Regardez ce qui vous entoure à mesure que votre corps et votre esprit retournent à leurs niveaux habituels d'éveil et de vigilance.
- Gardez cette impression de calme de votre lieu paisible alors que vous revenez au présent.

Adaptation de <http://www.innerhealthstudio.com/peaceful-place.html>

## EXERCICE DE RÉFLEXION

### Instructions:

- Demandez aux participants d'écrire le nom d'une personne très proche de laquelle ils se sentent soutenus.
- Demandez aux participants d'écrire le nom de leur activité préférée, celle qui leur apporte de la joie.
- Demandez aux participants d'écrire le nom de leur endroit préféré, où il se sentent le mieux.

### 3.3.4 ACTIVITÉ : TRAUMATISME DANS SA COMMUNAUTÉ

Demandez aux participants de se diviser par groupes de cinq et de discuter des sujets suivants :

1. Quel traumatisme avez-vous remarqué dans votre communauté ?
2. De quelle façon définissez-vous le traumatisme dans votre culture/religion/ communauté/famille/vision du monde ?
3. Parmi les narratives qui vous entourent, lesquelles sont des moyens acceptables

Facilitez une discussion à partir des réponses à cette question, ou demandez à chaque groupe de répondre à une question.

### 3.3.5 IMPACT DE L'ÉTUDE DE CAS ET DES QUESTIONS SUR LE TRAUMATISME

Pendant la formation, donnez l'étude de cas suivante au groupe. Il peut ensuite se diviser en sous-groupes pour discuter des questions, puis fournir des commentaires en tant que groupe de nouveau.

Tommy est un employé de 37 ans avec une épouse et trois enfants. Un soir, alors qu'il rentrait chez lui à pied, il a été victime d'une agression et d'un vol. Des malfaiteurs l'ont attaqué et lui ont volé son téléphone cellulaire et son portefeuille. Ils l'ont battu presque jusqu'à la mort, et il a eu la chance qu'un passant a appelé une ambulance. Pendant l'attaque, Tommy a cru qu'il allait mourir avant de s'évanouir. Il s'est réveillé deux jours plus tard à l'hôpital. En raison de ses blessures, il est resté à l'hôpital pendant trois semaines, puis chez lui pendant un mois avant de retourner travailler.

Pendant son séjour à l'hôpital, il avait constamment des cauchemars liés à l'attaque, et avait donc du mal à dormir. Quand il était éveillé, des souvenirs de l'attaque envahissaient son esprit, même s'il essayait de les éviter. Quand ces cauchemars arrivaient, son cœur se mettait à battre très rapidement et il avait des difficultés à respirer.

De retour à la maison, toutes ces manifestations ont continué et sa famille n'arrivait pas à les supporter. L'épouse de Tommy ne comprenait pas pourquoi il ne voulait plus se rendre au temple ou faire des activités en dehors de chez eux. Quand Tommy est finalement retourné travailler, il évitait sa route habituelle pour aller au travail et en revenir. Au travail, il avait du mal à se concentrer et à accomplir ses tâches. Ses collègues essayaient de lui apporter du soutien, mais il se mettait en colère et leur criait dessus. Au bout d'un moment, Tommy a commencé à boire le soir pour pouvoir dormir. Et puis il a réalisé que l'alcool l'aidait à prévenir l'apparition de souvenirs de l'attaque, alors il a commencé à boire le matin avant d'aller travailler aussi.

Son patron l'a remarqué et l'a immédiatement licencié, sans essayer de comprendre pourquoi Tommy est passé de l'un de ses meilleurs travailleurs à une personne qui buvait au travail. Du fait que Tommy avait perdu son travail et ne pouvait plus subvenir aux besoins de sa famille, son épouse a pris les enfants et est allée vivre chez sa mère,

ce qui a rendu Tommy encore plus désespéré et déprimé.

La vie de Tommy a continué de cette façon pendant six mois avant qu'il ne réalise qu'il avait besoin d'aide et qu'il ne cherche un service de conseil. Une fois le travail du conseil terminé, Tommy a pu récupérer son travail et sa famille.

#### Questions

- Quelle sorte d'événement traumatisant s'est produit ?
- Est-ce que tout le monde vit un traumatisme de la même manière ?
- Quels facteurs protecteurs auraient pu être présents ?
- Quels facteurs de stress auraient pu être présents ?
- De quels symptômes d'hyper-stimulation souffre Tommy ?
- De quels symptômes intrusifs ou de répétition de l'expérience souffre Tommy ?
- De quels symptômes d'évitement souffre Tommy ?
- En plus de symptômes d'hyper-stimulation, de répétition de l'expérience et d'évitement, de quels autres symptômes souffre Tommy ?
- Quels sont les domaines de la vie de Tommy qui ont été affectés, et de quelle manière ?
- Pensez-vous que Tommy a été traité de manière juste par sa famille et son patron ? Pourquoi oui ? Pourquoi non ?
- De quelle manière identifiez-vous une personne traumatisée ?
- Que recommanderiez-vous à Tommy pour l'aider immédiatement après l'attaque ?

# CHAPITRE 4

## TRAVAILLER AVEC DES FAMILLES TRAUMATISÉES

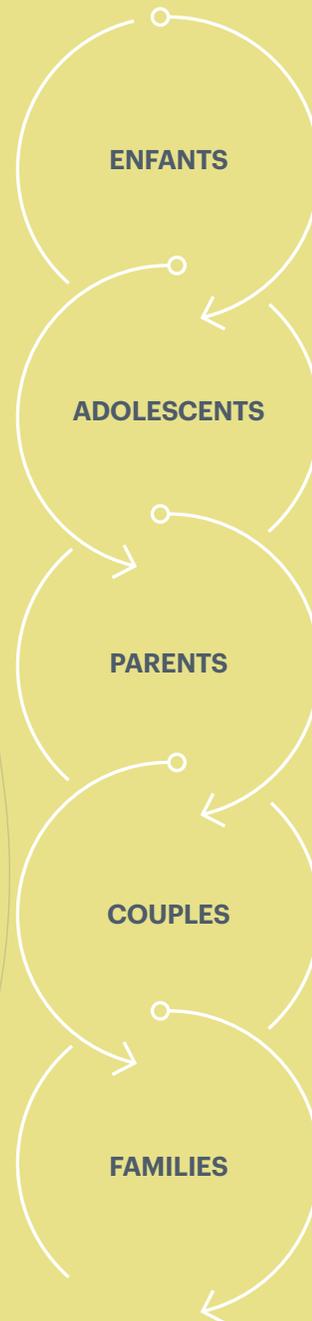
### 4.1 Cadre théorique

#### 1.1. TRAVAILLER AVEC DES ENFANTS

La section 4.1 de cette boîte à outils se concentre sur les thèmes qui sont probablement uniques au travail avec des enfants et leurs parents. Elle souligne également des points à ne pas oublier lors de travail avec des enfants.

#### 4.1.1. CONSIDÉRATIONS À PRENDRE EN COMPTE POUR LE TRAVAIL AVEC DES ENFANTS

- Les cliniciens/aidants devraient essayer de créer un environnement qui favorise une impression de sécurité et encourage la liberté de l'enfant à exprimer différentes émotions.
- Les sentiments que peuvent ressentir les enfants, et auxquels ils peuvent s'identifier, dès l'âge de trois ans comprennent la colère, la joie, la peur et la tristesse. Il est donc important que les cliniciens/aidants disposent de visages avec ces quatre expressions visibles sur, par exemple, des cartes mémoires, des images affichées au mur, entre autres, pour que les enfants se familiarisent avec elles et y fassent référence pendant la séance afin qu'ils sachent



qu'exprimer ces ressentis dans cet espace est une chose acceptée et normale.

- Les cliniciens/aidants devraient également toujours essayer de détecter des émotions liées au jeu ou émergeant du jeu, et de les utiliser de façons thérapeutiques et dans des buts thérapeutiques.
- Mettez-vous au niveau de l'enfant : asseyez-vous par terre si l'enfant est assis par terre. Laissez-vous diriger par l'enfant. Soyez expressif dans votre voix et utilisez votre corps.
- Communiquez avec les enfants dans leur monde (travaillez avec leurs imaginaires, utilisez des supports pour en faire l'exploration). Le clinicien/aidant jouera de nombreux rôles dans le jeu ; il pourrait être le « vilain » ou le « méchant ».
- Les enfants ne devraient pas considérer la thérapie comme du « travail ».
- Les enfants très coléreux pourraient avoir appris que la colère est dangereuse et que leur colère fait peur à eux-mêmes et aux autres. Ils pourraient ne pas avoir été capables de gérer leur colère (dans le ressenti et dans le comportement). Il est impératif que ces enfants aient l'opportunité d'exprimer leur colère et acquièrent des compétences de maîtrise et régulation émotionnelles dans le cadre de la thérapie. Ceci implique apprendre qu'ils peuvent ressentir de la colère et l'exprimer en toute sécurité, qu'ils ont de bonnes raisons d'être en colère, et qu'il n'est pas nécessaire de faire mal à autrui quand ils sont en colère. Ils peuvent contrôler leur colère.
- À l'instar des séances de conseil pour adultes, il est important que le clinicien/aidant crée un modèle de maîtrise et maintienne des limites solides pendant le jeu. Pour les enfants, il est souvent plus facile d'exprimer leurs émotions par le jeu que par la parole. Un exemple pourrait être un clinicien/aidant observant qu'un enfant est sur



Les participants à un atelier de la GIJTR à Conakry, en Guinée, apprenant à prendre soin d'eux-mêmes tout en aidant les survivants souffrant de traumatismes.

le point de se faire mal, ou de faire mal au clinicien/aidant ou à un jouet, quand il est en proie à une émotion comme la colère. Plutôt que de permettre à l'enfant de casser le jouet, dans un contexte de ressources limitées, un clinicien/aidant pourrait offrir la réflexion et la redirection suivantes : « Tu as l'air très en colère quand tu maltraites cette poupée. [Faites une pause pour voir la réaction de l'enfant.] Et si tu déchirais cette feuille de papier avec moi, ou on pourrait voir avec quelle force tu peux lancer cette balle contre le mur ? ». Le clinicien/aidant peut alors graduellement essayer d'explorer la colère.

- Demander pourquoi pendant un jeu ne sert à rien car la plupart des enfants ne peuvent pas répondre à cette question. Le clinicien/aidant peut essayer de recadrer le pourquoi dans une question impliquant le quoi, le comment ou le quand, comme : « Qu'est-ce qui t'as mis en colère ? » plutôt que « Pourquoi étais-tu en colère ? ». Un clinicien/aidant peut offrir une interprétation du comportement de l'enfant sur la base d'observations ou de thèmes se dégageant de la thérapie. Par exemple : « Tu m'as dit que tu as été maltraité à l'école hier. Peut-être es-tu toujours en colère à cause de ça ? ». Des interprétations de la sorte peuvent être acceptées ou rejetées, mais elles peuvent aider l'enfant par rapport à l'internalisation de cette voix curieuse et au développement de sa voix interne ou monologue intérieur.

#### 4.1.2. THÈMES POUR LE TRAVAIL AVEC DES ENFANTS

Un certain nombre de thèmes sont uniques au travail avec des enfants. Le recours à ces thèmes dépendra du contexte, de la culture, de l'âge, de la nationalité, du genre et de la dynamique familiale, comme l'ordre de naissance, les familles donc le chef est un enfant, les enfants ayant le rôle de parent, entre autres, de chaque enfant et famille.

- **Traumatisme intergénérationnel :** Le concept de traumatisme intergénérationnel implique que le traumatisme, et plus particulièrement les effets du traumatisme irrésolu, peuvent être passés d'une génération à l'autre. Lors du travail avec des familles, ces situations peuvent inclure des enfants présentant des signes d'évitement ou de méfiance après avoir observé le comportement de leurs parents (en cas, par exemple, de symptômes de stress post-traumatique), lequel proviendra de leurs propres parents ou d'expériences collectives de traumatisme de guerre, de torture, ou autres.

Travailler avec ce thème pourrait nécessiter de travailler sur le traumatisme irrésolu des parents et, en fonction de l'âge de l'enfant, de réfléchir sur comment son comportement pourrait être lié au comportement ou aux expériences de ses parents. De temps en temps. Les expériences traumatisantes ne sont pas reconnues ou

exprimées au sein de la famille, mais les enfants ressentent néanmoins une tension qu'ils ne comprennent pas. Cela leur cause souvent du désarroi et devient un véhicule de transmission du traumatisme. Ce désarroi est d'autant plus intense que les enfants ne peuvent pas nommer la cause de leur ressenti. Dans de nombreux cas, les enfants internalisent et se sentent coupables pour ces ressentis ou tensions non identifiées.

- **Effets du fonctionnement parental sur les enfants :** À l'instar du thème précédent, celui des effets du fonctionnement parental sur les enfants implique que le bien-être physique et mental des parents peut affecter différents domaines de la vie des enfants (émotionnel, psychologique, physique, social, cognitif, académique, entre autres). Les parents souffrant de problèmes de santé mentale pourraient éprouver plus de difficultés à tolérer des comportements d'enfants qui passent pour normaux, ainsi que de s'asseoir avec leurs enfants, les prendre dans les bras, ou répondre à leurs besoins psychologiques. De même, peut-être du fait que leurs besoins émotionnels ou psychologiques ne reçoivent pas une attention adéquate, les enfants pourraient mal se comporter dans le but d'attirer l'attention de leurs parents et d'être présents dans leur esprit. De plus, les aspects du soutien que les parents privilégient sont en général centrés sur les besoins physiques/de base plutôt que sur les besoins émotionnels de leurs enfants. Ceci peut venir de normes culturelles relatives au rôle des parents ou d'un vaste manque de ressources pour les familles, et résulter en une préoccupation en matière de besoins que se concentre sur la survie. Il a été noté que certains parents croient fermement que les enfants, et particulièrement les plus jeunes, ne sont pas conscients des difficultés et des tensions au sein d'une famille, et par conséquent n'ont pas besoin de soutien émotionnel. Pour des raisons pratiques, comme des parents qui ne parlent pas une langue courante, qui sont analphabètes ou qui souffrent de problèmes médicaux écrasants, les enfants doivent souvent assumer des responsabilités inattendues : gérer les finances familiales, gérer les besoins du foyer, répondre aux propriétaires en cas de retard de paiement du loyer, renouveler des documents ou des permis, entre autres.

Les responsabilités qu'un parent ou responsable peut assumer ou non peuvent contribuer aux responsabilités que les enfants se voient contraints d'assumer. Ceci est lié à la parentification des enfants, quand les enfants se prennent en charge et/ou agissent en tant que responsables de leurs frères et sœurs, voire de leurs parents. Ceci peut impliquer la responsabilité sous-estimée de fournir un soutien émotionnel ou psychologique aux parents ou aux frères et sœurs par le biais de tâches domestiques comme la cuisine, le ménage ou la garde d'enfants.

Ce thème représente une des raisons pour lesquelles il est important que les cliniciens/aidants travaillent avec différents membres d'une famille. Les parents

pourraient avoir besoin de recevoir un soutien psychosocial ou autre pour améliorer leurs niveaux de fonctionnement de façon générale, alors que la thérapie par le jeu et d'autres interventions représentent un espace dans lequel les enfants peuvent exprimer différents besoins ou facettes d'eux-mêmes, y compris les besoins ou facettes qui pourraient être les plus difficiles à exprimer ou à satisfaire dans leurs foyers.

- **Difficultés d'apprentissage :** Le bien-être psychologique des parents et des enfants, ainsi que les facteurs de stress avec lesquels ils vivent (comme la pauvreté, la faim ou un logement médiocre), peuvent porter préjudice à la capacité d'apprentissage et de réussite académique des enfants. Plus particulièrement, des observations cliniques ont fait des rapprochements solides entre la capacité d'épanouissement et la carence nutritionnelle chez les enfants. La carence nutritionnelle a été déterminée comme un facteur négatif et affectant le développement à long terme des enfants.



Un atelier de cartographie corporelle organisé en août 2017 et dirigé par le Consortium GIJTR pour 20 femmes ayant survécu à des violences au Sri Lanka.

Bien que les facteurs contribuant aux difficultés d'apprentissage soient multiformes, leurs approches en matière de traitement demandent souvent des interventions holistiques. Celles-ci pourraient comprendre le recours à la thérapie par le jeu et autres interventions psychosociales pour soutenir le bien-être psychosocial des enfants, ainsi que fournir aux parents une psychoéducation sur les difficultés d'apprentissage et un soutien psychosocial, et orienter les enfants vers d'autres professionnels (comme des thérapeutes, des stagiaires ou des étudiants dans les domaines de l'ergothérapie, de l'orthophonie, de l'audiologie ou de l'optométrie). Cependant, le Sri Lanka dispose de peu de travailleurs dans le domaine de la santé, et les services qu'ils fournissent sont difficiles d'accès pour de nombreuses personnes..

Tout en reconnaissant les difficultés d'apprentissage dont certains enfants souffrent, il est également important de souligner la résilience et la capacité d'épanouissement scolaire des enfants malgré les défis auxquels ils se trouvent confrontés dans d'autres domaines de leur vie. Ceci suggère que des salles de classe ou des écoles bien gérées peuvent représenter un mécanisme d'adaptation ou une zone de protection par rapport aux défis en question.

- **Séances de commentaires pour les parents :** Ces séances forment un thème ou une partie importante du travail avec les enfants. Reconnaisant le besoin de conserver la confiance des enfants, les cliniciens/aidants pourraient discuter avec les enfants des thèmes ou des points que ces derniers aimeraient peut-être soulever avec leurs parents. Ceci fournit également aux enfants une opportunité d'évaluer quelles informations sont partagées avec leurs parents et de quelle manière elles sont partagées.

Les séances de commentaires pour les parents devraient avoir lieu après trois ou quatre séances avec leur enfant. L'espace représente une opportunité pour les parents et les cliniciens/aidants de réfléchir sur les thèmes émergents du jeu de l'enfant. Ces discussions représentent également une forme de retenue ou de mentalisation par laquelle les parents peuvent garder leur enfant dans leur esprit, une activité pas toujours si facile que ça étant donné le niveau de fonctionnement ou les facteurs de stress dont les parents pourraient souffrir. Cet espace est également consacré à la psychoéducation, à l'apprentissage et à l'échange de connaissances au cours desquels les cliniciens/aidants et les parents peuvent essayer de mieux comprendre les difficultés de l'enfant et de développer une méthode de mise en œuvre de changements à la maison (comme, par exemple, des changements dans la communication, les techniques de parentage, la discipline).

#### 4.2 TRAVAILLER AVEC DES ADOLESCENTS

De nombreux thèmes liés au travail avec des enfants s'appliquent également au travail avec des adolescents. Ils comprennent le traumatisme intergénérationnel, la façon dont le bien-être physique et psychologique des parents affecte le bien-être psychologique des enfants, la maltraitance, les difficultés d'apprentissage, et les séances de commentaires pour les parents. La section ci-dessous représente une intégration des considérations thérapeutiques ainsi que des thèmes plus spécifiquement liés au travail avec des adolescents.

- **Développer la confiance et les rapports :** Bien que le développement de confiance et d'une relation thérapeutique avec les clients de tous âges soit essentielle, des

défis pourraient initialement surgir à ce sujet quand il s'agit de travailler avec des adolescents. Ceci peut découler du fait que les adolescents sont légèrement plus renfermés ou résistants à la thérapie par la parole au cours des premières phases. En vue de ceci, une combinaison d'outils ou de tâches plus pratiques ou plus expérimentaux et de thérapie par la parole pourrait être un moyen efficace de développer une communication plus ouverte avec les adolescents. Ces outils pourraient inclure ceux qui facilitent le partage d'informations des adolescents sur leur vie de tous les jours.

- **Identité et appartenance :** À l'instar d'Erikson et de sa théorie sur le développement psychosocial, les cliniciens/aidants ont remarqué combien les clients adolescents pouvaient mieux comprendre le concept de l'individuation, les questions d'identité, et le développement d'un sens de soi. Les thèmes plus larges de l'ajustement et de l'acculturation, ainsi que du bien-être des parents, jouent un rôle essentiel dans cette optique.

Pour ce qui est de l'ajustement et de l'acculturation, une tension peut exister entre les parents qui ont été élevés et ont grandi à une époque et dans un contexte différent et leurs enfants qui grandissent dans un environnement où ils sont exposés à des traditions, cultures et façons d'être différentes en raison de la mondialisation. Les parents pourraient ressentir le besoin d'élever leurs enfants de la même manière qu'ils ont été élevés, d'une façon plus traditionnelle qui pourrait correspondre ou non aux contextes modernes dans lesquels évoluent leurs enfants.

Les adolescents pourraient avoir des difficultés à développer un véritable sens de qui ils sont si le peu de bien-être psychologique de leurs parents complique leur capacité à exprimer des parties d'eux-mêmes ou empêche leurs parents de répondre à certains de leurs besoins psychologiques. Dans de tels cas, le clinicien/aidant peut fournir un espace dans lequel les adolescents peuvent exprimer et explorer ces parties d'eux-mêmes, ce qui pourrait encourager l'exploration de leur identité, tel que suggéré par Erikson, pour une intégration plus poussée d'eux-mêmes, et une atténuation des tensions sous-jacentes potentielles.

- **Dépression :** Une probabilité accrue de souffrir de dépression durant l'adolescence est peut-être plus facile à comprendre lorsque l'on tient compte des changements hormonaux, physiques, cognitifs et sociaux typiques de la vie des adolescents. Chez les adolescents dans des familles affectées par des violences et des abus de droits de l'homme, ces difficultés normales sont intensifiées par les thèmes précédemment mentionnés du traumatisme intergénérationnel, du bien-être parental, et des facteurs de stress existants. La dépression se présente sous des formes multiples au sein de ce groupe. Elle peut se manifester différemment chez les enfants, avec

violence ou agression plutôt que mélancolie et léthargie. Il est important d'en être conscient et de chercher à détecter la dépression dans des comportements qui pourraient être perçus comme violents, anti-sociaux, de conduite oppositionnelle, de trouble de déficit de l'attention/d'hyper-activité, entre autres. La tentation est grande d'avoir recours à un traitement uniquement médicamenteux et de négliger l'aspect nécessitant du conseil psychosocial et émotionnel. Une approche plus complémentaire du traitement des diagnostics psychiatriques s'impose.

Étant donné la nature potentiellement complexe de la dépression, les cliniciens/aidants pourraient travailler avec les adolescents pour les rendre plus sensibles à leur état émotionnel, aux facteurs pouvant y contribuer, et aux moyens de gérer les symptômes associés à la dépression.

- **Communication :** La communication au sein des familles affectées par des violences peut être plus fermée et prudente. Bien que ceci soit une préoccupation quand il s'agit d'enfants, c'est également une préoccupation pour les familles avec des enfants adolescents car une communication et des négociations plus ouvertes concernant les rôles et attentes est une nécessité développementale pour à la fois les enfants adolescents et leurs parents. Les cliniciens/aidants peuvent essayer de travailler avec les adolescents et leurs parents pour explorer différents moyens de communiquer et de résoudre les conflits. Ceux-ci pourraient comprendre des conversations sur les conflits entre adolescents et leurs parents, les cliniciens/aidants développant de bons modèles de compétences en communication au cours de ces conversations, des conversations plus explicites sur les compétences en communication et les pièges de la communication comme la critique, le mépris, l'obstruction, la pression, le débat, et le manque de responsabilisation.

### 4.3 TRAVAILLER AVEC LES PARENTS

La section suivante commence avec un thème qui est également lié aux considérations thérapeutiques lors du travail avec les parents. Puis elle discute de thèmes de premier plan lors du travail avec les parents.

- **Empathie et développement de rapports :** Il est important de reconnaître que les parents font souvent de leur mieux pour subvenir aux besoins de leur famille dans des circonstances difficiles. Cela doit être pris en compte lors de l'évaluation des actions de certains parents. Par exemple, un parent laissant ses jeunes enfants seuls à la maison pourrait être considéré comme négligent, mais les réalités de la pauvreté, du besoin de trouver un emploi, du manque de soutien familial ou social, des quartiers dangereux, ou de l'impossibilité d'accéder à une subvention de garde

d'enfants fait du choix de laisser les enfants à la maison la seule option ou l'option la plus rationnelle dans une situation donnée.

Reconnaître et réfléchir sur les demandes physiques et psychologiques du rôle de parent peut leur donner un sens de validation qui est important vu les défis auxquels ils se trouvent confrontés, ainsi que les sentiments d'incompétence et de culpabilité qu'ils ressentent. Cette empathie aide également les parents à voir le clinicien/aidant comme un co-parent ou un allié en parentage plutôt que comme professionnel du genre travailleur social, par exemple. Certains parents mentionnent souvent qu'ils craignent que leurs enfants ne leur soient retirés du fait de leur incapacité occasionnelle à leur fournir de la nourriture ou un logement adéquat.

- **Négocier la sécurité par le biais du cadre thérapeutique et de l'établissement de limites :** Il est possible que, dans certains cas, le contenu ou les thèmes émergeant au cours des séances ne soient pas appropriés pour les enfants, et que ceux-ci ne devraient donc pas participer aux séances ou devraient attendre leur responsable en dehors de la salle dans laquelle se déroule la séance. Cependant, leur présence est souvent inévitable étant donné le manque de services de garde d'enfants pendant ces périodes. Dans des cas de la sorte, les cliniciens/aidants peuvent travailler avec les responsables pour trouver des alternatives comme aborder le contenu une fois qu'une garde d'enfants est trouvée, demander à un membre du personnel de s'occuper de l'enfant pendant la séance, ou, si l'enfant est un peu plus âgé et que les parents n'y voient pas d'inconvénient, laisser l'enfant dans la salle d'attente pendant que le contenu de nature sensible est discuté.
- **Identité et appartenance :** La tradition, la nationalité, la religion et la culture étant des aspects importants d'identité pour les parents, ils pourraient essayer de les transférer à leurs enfants ou espérer que leurs enfants s'identifieront également à eux. Un conflit parent-enfant pourrait surgir si ce n'est pas le cas. Avoir des conversations avec les parents à ce sujet peut les aider à explorer leur propre ambivalence ou les tensions émotionnelles qu'ils pourraient ressentir par rapport à l'identité et l'appartenance. C'est pourquoi l'identité partagée de leurs enfants est particulièrement importante à leurs yeux, de même que la capacité d'exprimer cette importance à leurs enfants. Par ailleurs, des éléments de psychoéducation peuvent également être utilisés pour aider les parents à voir l'identité comme un processus formatif et à se rendre compte que les aspects du soi (identificateurs) que les enfants trouvent importants peuvent changer au fil du temps (tout comme pour les adultes).
- **Traumatisme précédent et intergénérationnel :** En plus de leurs propres expériences traumatisantes, les parents pourraient également porter les traumatismes de leurs parents, communautés ou pays. Comme c'est le cas pour la

plupart des gens, les parents ne réalisent souvent pas à quel point ces traumatismes peuvent affecter leur bien-être mental ainsi que leurs relations avec leurs partenaires et enfants. Une partie du travail avec les parents pourrait consister à les soutenir alors qu'ils découvrent ou considèrent les facteurs qui auraient pu contribuer à certains de leurs comportements ou actions qui pourraient affecter négativement leurs enfants ou la dynamique familiale plus étendue.

- **Mentalisation :** Ce thème se réfère à la capacité d'un parent de reconnaître, considérer, essayer de comprendre, et potentiellement résoudre les sentiments et expériences de son enfant. Comme cela a été noté, les traumatismes précédents et les facteurs de stress existants peuvent réduire la capacité des parents de mentaliser ou de tolérer les états plus psychologiquement exigeants de leurs enfants. Ces difficultés peuvent contribuer à la non-satisfaction des besoins psychologiques des enfants, ce qui par la suite contribuera à des difficultés comme le non-épanouissement (chez les nourrissons), la dépression, l'anxiété, et les troubles comportementaux.

Travailler avec les parents sur ce thème nécessite souvent la fourniture d'un espace dans lequel ils peuvent déballer leur propre fardeau mental et créer un espace plus grand qui contiendra et retiendra le bien-être psychologique de leurs enfants. Les cliniciens/aidants peuvent également utiliser les séances de commentaires pour les parents comme espace destiné à refléter ou modeler cette mentalisation, et dans lequel des questions (empathiques) sont posées aux parents pour faciliter leur réflexion sur les facteurs qui pourraient sous-tendre les difficultés de leurs enfants.

Comme cela a été noté précédemment, il est essentiel d'approcher ces conversations avec empathie, en reconnaissant les difficultés des parents, et que les parents peuvent ressentir un immense sentiment d'incompétence et de culpabilité quand ils ne sont pas capables de répondre aux besoins physiques et psychologiques de leurs enfants.

- **Communication :** Les enfants, tout comme les adultes, s'appuient sur leurs interprétations d'expériences précédentes ainsi que d'autres sources d'informations (comme les parents, les frères et sœurs, les pairs, les enseignants, les médias) pour comprendre ou interpréter leurs nouvelles expériences. De nombreux thèmes apparaissent lors du travail avec des familles qui ont besoin d'une communication plus ouverte pour que les enfants puissent interpréter ces expériences de façon plus saine et plus constructive.

Par exemple, les cliniciens/aidants ont découvert qu'il pouvait être utile de travailler avec des parents qui ont des difficultés avec leur santé mentale afin de trouver des moyens leur permettant de parler à leurs enfants, en fonction de leurs âges, à propos de leur santé mentale, de quelle façon elle les affecte, et de quelle façon

ils pourraient essayer de gérer ces inquiétudes. De même, les parents peuvent être conseillés lorsqu'ils parlent à leurs enfants de leurs traumatismes précédents et de comment certaines situations ou certains facteurs peuvent déclencher des symptômes comme le revécu d'une expérience, l'hypervigilance et l'évitement.

Ceci pourrait aider les enfants à comprendre qu'ils ne sont pas à l'origine du comportement de leurs parents, et qu'ils n'en sont pas responsables. Savoir que leurs parents reçoivent du soutien pourraient également peut-être soulager leur sens de responsabilité envers le bonheur et le bien-être de leurs parents.

- **Psychoéducation :** Avoir des conversations avec les parents sur les défis auxquels ils ou leurs enfants se trouvent confrontés peut également les aider à comprendre quels seraient le comportement approprié par rapport au développement de leurs enfants ainsi que les meilleures manières de gérer ou de soutenir leurs enfants. Différents sujets émergent lors du travail avec les parents et les enfants qui pourraient nécessiter un apport en psychoéducation et pour lesquels les cliniciens/aidants devront peut-être se tourner vers leurs collègues ou d'autres professionnels pour obtenir des informations supplémentaires.
- **Soutenir les parents qui ont des enfants souffrant de maladies physiques ou de troubles psychologiques chroniques :** Le travail individuel ou en groupe peut être bénéfique aux parents dont les enfants souffrent de troubles physiques ou psychologiques comme la paralysie cérébrale, les troubles cardiaques ou l'autisme. Le travail avec les parents souvent implique fournir un espace pour permettre aux parents de partager leurs réflexions et ressentis par rapport à l'état de santé de leurs enfants, et potentiellement normaliser les réflexions et ressentis qui pourraient avoir été considérés comme socialement inacceptables. Par exemple, le sens de perte ou de douleur associé au fait d'avoir un enfant qui souffre d'une pathologie physique ou psychologique. Ce sens de perte peut être encore plus compliqué par certains aspects d'une culture où avoir des enfants signifie que quelqu'un portera votre nom et s'occupera de vous quand vous serez vieux. Le sens de culpabilité est également décuplé car les besoins spéciaux ou les problèmes de santé de l'enfant sont souvent attribués à un mauvais sort ou à quelque chose que les parents ont fait, ou pas. Juste au moment où le soutien social est essentiel, les parents se heurtent souvent à un ostracisme social pour ces raisons.

Ce travail exige souvent des cliniciens/aidants qu'ils consultent d'autres professionnels et lisent d'autres ouvrages pour répondre à certaines des questions que les parents pourraient avoir.

#### 4.4 TRAVAILLER AVEC LES COUPLES

Dans le contexte de cette boîte à outils, le travail avec les couples comprend le travail avec les couples mariés ou cohabitant ensemble, avec ou sans enfants. Le travail avec les couples a souvent lieu quand les premières évaluations montrent un niveau élevé de conflits parentaux ou de couple, ou le besoin de renforcer le dyade conjugal (du couple) comme moyen de renforcer la famille plus étendue. Les thèmes suivants reviennent fréquemment lors du travail avec les couples.

- **Ajustements, rôles et responsabilités :** Les couples se trouvent souvent obligés de s'adapter aux facteurs de stress existants et autres changements contextuels. Ceci peut inclure le besoin d'ajuster les rôles et responsabilités au sein de la famille en raison de la santé physique ou mentale, ou de la situation d'emploi d'un partenaire. Les rôles sexo-spécifiques traditionnels représentent souvent une barrière aux ajustements dans les rôles et responsabilités quand, dans certains cas, une partenaire pourrait trouver de meilleures opportunités professionnelles car les offres d'emplois considérés appropriés pour son genre sont plus nombreuses, mais elle devra toujours assumer les responsabilités liées aux enfants et à la maison comme les courses, la cuisine et le ménage. Les conversations sur les difficultés de ce genre peuvent souligner la honte potentielle du partenaire de ne pas être capable de répondre aux attentes traditionnelles pour son sexe. Dans des situations de la sorte, un clinicien/aidant pourrait travailler avec le couple pour explorer des thèmes liés à l'identité, aux rôles sexo-spécifiques traditionnels, ainsi que les statuts et concepts de partenariat dans l'espoir, de réduire la stigmatisation et la honte, et d'améliorer la coopération et la collaboration.
- **Croyances religieuses :** Liées aux rôles sexo-spécifiques, les normes et attentes sociales sont souvent également influencées par les croyances religieuses. L'identité de chaque partenaire peut également être influencée par ces croyances dans une mesure et d'une façon différente. Un conflit peut surgir lorsque les partenaires ont des idées différentes sur l'importance de ces croyances dans leurs vies et leur relation. Ce thème est souvent interconnecté avec les thèmes de genre, culture, religion et autres. Les interventions de soutien psychosocial et en santé mentale peuvent inclure le développement d'une compréhension plus profonde de la façon dont ces croyances ont émergé, de la signification qu'elles détiennent, de la façon dont les différences en matière de croyances influencent leurs vies, et quelles seraient leur relation et leurs vies s'ils décidaient de mettre en œuvre certains changements.

- **Couple et partenariat :** Lors de travail avec des couples, les cliniciens/aidants pourraient ressentir le besoin d'explorer l'interprétation et la perception de chaque partenaire concernant les concepts du partenariat et du couple. Ces conversations peuvent aider à identifier des attitudes et des croyances susceptibles d'entraver la capacité d'un couple à s'adapter et à se soutenir pendant les périodes difficiles. Ces conversations pourraient se pencher sur les rôles et attentes traditionnels, ainsi que sur les rôles ou besoins uniques ou idiosyncratiques, que les partenaires offrent ou demandent l'un de l'autre étant donné les défis contextuels auxquels ils se trouvent confrontés.
- **Communication:** Comme cela a été mentionné précédemment, les habitudes culturelles et traditionnelles de communication, au travers desquelles des façons d'être patriarcales sont préservées, contribuent souvent à l'évitement ou à la difficulté à aborder des sujets susceptibles d'attiser un conflit ou des problèmes relationnels (comme des problèmes d'intimité). Un évitement ou des difficultés de communication de la sorte sont amplifiés dans les couples au sein duquel un partenaire ou les deux ont vécu des traumatismes, comme la torture physique ou sexuelle, qui pourraient contribuer à un sentiment de honte, de peur ou de rejet. Dans des cas semblables, les cliniciens/aidants essaieraient de fournir un espace d'ouverture qui pourrait aider les partenaires à établir des liens entre les traumatismes passés et les difficultés actuelles, ainsi que rendre le partage des traumatismes avec un partenaire constructif. En outre, les cliniciens/aidants fourniront des options et créeront des modèles d'habitudes de communication plus favorables et plus ouverts.
- **Traumatisme et intimité sexuels :** Étant donné les formes de torture physique ou sexuelle que les clients pourraient avoir vécu, ainsi que la prévalence de la violence basée sur le genre, les cliniciens /aidants ont remarqué les façons dont les couples pouvaient éprouver des difficultés en matière d'intimité sexuelle dans leurs relations. Dans certains cas, une personne a pu partager des détails de traumatismes sexuels passés avec son partenaire, mais dans d'autres cas, la honte ou la peur du rejet ou de l'abandonnement a pu contribuer au silence qui entoure ces traumatismes. Les traumatismes passés ne sont pas nécessairement la seule cause de difficultés dans les relations sexuelles. Les attentes par rapport au devoir du partenaire d'être sexuellement disponible, en particulier dans un contexte de mariage, représente un problème dans le monde entier. Ces attentes peuvent se développer par le biais de la culture, de la religion, des groupes sociaux de pairs, d'idées sur la masculinité, des médias, ou des moyens d'adaptation et de régulation émotionnelle d'une partenaire (pour laquelle la sexualité peut représenter un moyen de régulation émotionnelle).

Comme dans les cas d'autres thèmes, les cliniciens/aidants approchent souvent ce sujet à l'aide d'une combinaison de dévoilement du thème, de tentative de développer une compréhension plus profonde de la signification du sujet, et de psychoéducation, au travers de laquelle les attentes par rapport à ce qui est normal peuvent être discutées ou comparées avec de la documentation sur la sexualité, ou sur le rôle de la sexualité dans les relations, ou sur les liens pouvant être établis entre des traumatismes passés et des difficultés sexuelles. À l'instar de tout travail avec différents membres de la famille, la psychoéducation représente un thème et un outil importants pour le travail avec les couples. Une gamme étendue de sujets peuvent inclure des aspects de la psychoéducation, de conversations sur les rôles et attentes sexo-spécifiques à des conversations sur les traumatismes passés et pratiques parentales.

- **Séparation résultant de conflit violent :** Souvent, dans les contextes de conflits, les hommes quittent leurs foyers pour faire leur service militaire ou aller se battre sur le front. De retour, ils ont souvent du mal à se réajuster à leur famille. En outre, en raison de ce qu'ils ont vu, nombre d'entre eux ont développé du stress post-traumatique. Cela rend la recherche d'emploi difficile, et l'épouse est donc souvent obligée d'assumer cette responsabilité, chose qui ne fait pas partie des rôles traditionnels ou qui ne faisait de ses attentes quand elle s'est mariée. La façon dont elle a été élevée l'a peut-être aussi préparée à assumer le rôle d'épouse, de mère et de responsable d'autres membres de la famille plutôt que celui de chef de famille. Les croyances religieuses avec lesquelles elle a grandi lui avaient peut-être indiqué que ces rôles étaient dans l'ordre des choses. Par conséquent, le fait qu'elle doive assumer des rôles supplémentaires crée de la tension entre les époux. Son mari dit qu'il ne peut pas lui expliquer ce qu'il a vu et qu'elle ne comprend pas ce qu'il ressent. Pour cette raison, il quitte la maison pour de longues périodes pour éviter les disputes ou dort sur le canapé.

#### 4.5 TRAVAILLER AVEC LA FAMILLE ENTIÈRE

Travailler avec l'ensemble de la famille peut être bénéfique, mais des facteurs comme la présentation des inquiétudes, le niveau de fonctionnement de ses membres, les niveaux de conflits parentaux, les traumatismes passés et les soucis socio-économiques peuvent rendre ce type d'intervention plus difficile. En plus des thèmes discutés quant aux différents membres de la famille, les considérations et thèmes suivants sont également importants lors du travail avec la famille entière.

- **Le patient identifié :** À l'aide d'une compréhension systémique, les comportements ou défis problématiques au sein de la famille devraient être considérés comme étant systématiques plutôt qu'individuels. Par conséquent, les symptômes ou préoccupations identifiés et attribués à un membre de la famille devraient être considérés comme représentant des symptômes de difficultés plus générales au sein de la famille.
- Travailler avec plus de membres de la famille sur des défis ou difficultés pourraient impliquer le développement d'une meilleure compréhension de la façon dont chaque membre considère ou comprend les défis auxquels le patient identifié ou la famille se trouve confronté. Ces compréhensions localisent souvent le problème dans la personne, et le rôle du clinicien serait de travailler avec la famille pour définir des compréhensions plus systématiques de ses défis, et comment les problèmes peuvent se trouver entre les membres ou dans leurs habitudes d'interaction.
- **Le héros identifié :** Les cliniciens/aidants ont également remarqué comment un membre de la famille peut être identifié comme le héros ou le sauveur de la famille. Il peut être un père qui a sauvé sa famille après avoir trouvé un bon emploi qui leur a permis de sortir de la pauvreté, ou un enfant qui a de bons résultats scolaires et qui pourra sortir la famille de sa situation actuelle grâce à ses prouesses académiques.
- Bien qu'un espoir de la sorte puisse représenter un moyen essentiel d'adaptation pour certains membres de la famille, il faut également que la famille reconnaisse et discute de cet espoir et de la pression qui l'accompagne, et de ce qui pourrait arriver si le membre de la famille en question (le héros) ne réussit pas. Pour certains membres de la famille, toute leur identité pourrait dépendre de leur statut de héros, ce qui pourrait avoir des effets variés sur leur santé et bien-être mentaux.

- **Observations sur la famille :** L'observation des interactions des familles avant, pendant et après les séances représente une source importante d'informations pour les cliniciens/aidants. Les observations du clinicien, co-thérapeute ou autre clinicien/aidant (par un miroir sans tain ou une place à la séance de conseil) peut aider le travail avec les membres de la famille en réfléchissant sur les habitudes d'interactions, et les règles ou limites implicites liées à la présentation des préoccupations ou d'autres domaines du fonctionnement de la famille.
- **Outils thérapeutiques :** Il est crucial de trouver ou de créer des activités, exercices ou outils qui fournissent aux familles des moyens plus visuels, pratiques, concrets ou tangibles d'explorer les différents sujets. Des outils comme le fleuve de vie ont été mentionnés dans cette boîte à outils.

# CHAPITRE 5

## TORTURE ET RÉHABILITATION



Atelier sur les histoires de femmes organisé par les Archive Herstories, membre des Sites de conscience au Sri Lanka.

DÉFINITION DE LA TORTURE

IMPACTS DE LA TORTURE

RÉHABILITATION HOLISTIQUE

TRAVAIL AVEC LES SURVIVANTS DE TORTURE

### 5.1 Cadre théorique

#### 5.1.1 CONTEXTE

La Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains, dégradants (UNCAT, 1984) définit la torture comme :

« ...acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. »

- cause une douleur et/ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales ;
- sont intentionnellement infligées ;
- sont infligées à une fin ou dans un but ;
- sont commises par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son accord exprès ou tacite.

### Qui sont des tortionnaires possibles ?

- La police
- L'armée
- Les forces paramilitaires
- Le personnel du service des renseignements/des forces spéciales
- Les responsables de prisons
- Les escadrons de la mort
- Les professionnels de la santé (y compris les psychologues)
- Les co-détenus
- Les forces rebelles

### Qui sont les torturés ?

Quiconque privé de sa liberté est vulnérable à la torture :

- Les prisonniers de guerre/otages
- Les victimes de disparition forcée ou de détention illégale
- Les personnes torturées chez elles ou dans les lieux publics (comme les rassemblements politiques ou dans la rue)
- Les femmes, les hommes et les enfants sont tous vulnérables à la torture
- Les personnes détenues involontairement dans des endroits comme :
  - » Les centres sécurisés pour enfants
  - » Les cellules et prisons administrées par la police
  - » Les hôpitaux psychiatriques confinés
  - » Les centres de réhabilitation pour toxicomanes
  - » Les centres de détention pour immigrants

### 5.1.2 EFFETS DE LA TORTURE

La torture affecte les survivants individuels, leurs familles et des sociétés entières. Les travaux et les recherches approfondis auprès de victimes de torture, ainsi que les travaux dans des sociétés et communautés réprimées dont des membres ont été torturés, identifient tous des symptômes physiques et psychologiques communs et uniques. La torture affecte simultanément la tête et le corps, et ses effets s'étendent au-delà de la victime pour englober les familles et les communautés.



Participant à l'atelier de cartographie corporelle de la GIJTR 2017 en Guinée.

### 5.1.2.1 SYMPTÔMES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES COURANTS DONT SOUFFRENT LES SURVIVANTS DE TORTURE (CVT, 2005).

Stress post-traumatique	Dépression	Symptômes physiques
<p><b>Revécu du traumatisme</b> Cauchemars Envahissement de pensées et de souvenirs de la torture Agir ou se sentir comme si la torture se produisait à nouveau (flashbacks)</p> <p><b>Évitement du traumatisme</b> Essayer d'oublier la torture, essayer de ne pas y penser Rester à l'écart de tout ce qui rappelle la torture Impossibilité de se rappeler de choses importantes qui se sont passées pendant la torture</p> <p><b>Engourdissement</b> Sentiment de ne pas se soucier de la vie Sentiment que personne ne vous comprend ou se soucie de vous, comme si vous étiez seul et isolé par rapport à autrui Sentiment d'engourdissement, sentiment de vide intérieur Sentiment d'absence de futur ou de mort prématurée</p> <p><b>Stimulation forte</b> Difficultés à s'endormir et à dormir Sentiment fréquent de colère Difficultés de concentration Impossibilité de se relaxer, peur fréquente que quelque chose de mal va arriver</p>	<p>Sentiments de tristesse ou de colère Difficultés à réfléchir ou à prendre des décisions Difficultés de concentration Sentiments d'inutilité ou de désarroi Sentiment de culpabilité excessive Sentiment d'indifférence envers la vie, absence d'intérêt envers les choses Avoir très faim ou pas faim du tout, gagner ou perdre beaucoup de poids sans essayer Dormir trop ou pas assez Fatigue fréquente, absence d'énergie Penser à la mort souvent, penser à se tuer (pensées suicidaires)</p>	<p>Maux de tête Étourdissements, évanouissement, faiblesse Douleurs thoraciques Battement rapide du cœur Maux d'estomac Tremblements Froid aux mains/pieds Sensations de chaleur ou de brûlure Engourdissement ou picotement Sueurs Douleurs, faiblesse, abattement diffus ou généralisés Autres douleurs corporelles</p>

Le stress post-traumatique et la dépression sont parmi les effets les plus courants de la torture.

#### D'autres symptômes psychologiques comprennent :

- Anxiété
- Peurs et phobies inhabituelles
- Sentiment de culpabilité
- Sentiment de honte
- Sentiment d'agressivité envers autrui
- Incapacité de se rapprocher d'autrui résultant en la détérioration des relations interpersonnelles
- Incapacité de s'engager dans des relations intimes
- Problèmes d'abus de substances, y compris la toxicomanie et l'alcoolisme

Les symptômes physiques que présentent les survivants de torture peuvent résulter de dommages corporels réels infligés par les tortionnaires et/ou sont des expressions corporelles d'émotions. Les symptômes de dommages physiques comprennent les blessures à la tête, les traumatismes à la moelle épinière, la perte de vision, la perte d'ouïe, les fractures osseuses, les blessures musculaires, la dislocation des articulations, la faiblesse dans les membres, les dommages cutanés, les difficultés à uriner, les difficultés à aller à la selle, les dommages aux organes sexuels et reproductifs (utérus, vagin, sein, pénis, scrotum), les problèmes veineux, et la nécrose aux pieds.

### 5.1.2.2 EFFETS SOCIO-ÉCONOMIQUES

De nombreux survivants de torture se trouvent confrontés à une perte d'emploi soit parce que leurs symptômes physiques ou psychologiques rendent les emplois à long terme difficiles, soit parce qu'ils ont fui leurs communautés/pays et ont du mal à trouver du travail dans leur nouvelle situation. Les survivants qui restent dans leur pays peuvent être marginalisés par leur communauté, et ont par conséquent des problèmes à se réintégrer dans la société. Pour les survivants qui ont été marginalisés et sont démunis, les difficultés à accéder aux services de base aggravent leurs sentiments de désespoir et de désarroi.

### 5.1.2.3 PROBLÈMES JURIDIQUES

Veiller à ce que justice soit rendue constitue un problème de taille pour les survivants de torture, la justice semblant un concept élastique et incertain. Ils se heurtent souvent à des agences gouvernementales puissantes qui détruisent tous leurs espoirs. Pire, nombre d'entre eux ne connaissent pas leurs droits légaux et se retrouvent donc avec un sentiment général d'injustice et de colère. De plus, ils sont confrontés au défi de prouver la torture en fournissant des preuves suffisantes sur ce qui s'est passé. Ceci est un défi de taille car la plupart des survivants ne savent pas au moment de la torture qu'il s'agit d'un crime, et par conséquent s'adresse au système judiciaire longtemps après les faits, ce qui rend plus difficile la présentation des preuves requises par la cour pour entamer des poursuites.

### 5.1.2.4 EFFETS MÉDICAUX

Comme cela a été noté ci-dessus, la torture résulte souvent en dommages physiques qui laissent les survivants avec des problèmes médicaux chroniques nécessitant des soins à long terme. Pour les survivants de torture démunis, le coût des soins médicaux privés est excessif. En outre, la perspective d'accéder à des soins médicaux dans des établissements publics peut provoquer des craintes que le personnel ne fasse preuve de préjugés envers les victimes de torture, plus particulièrement envers les groupes comme les jeunes, les migrants/personnes d'une ethnie différente, les groupes religieux, ou les personnes ayant eu des problèmes avec la loi.

### 5.1.2.5 EFFETS SUR LES FAMILLES

Les effets de la torture infligée à une personne englobent tout le système familial. Les survivants avec une identité modifiée, une dignité perdue ou un sentiment de honte ont du mal à réassumer leur position et leur rôle passés dans le système familial. Lorsque les survivants perdent leur fonctionnement professionnel, les soucis financiers créent des tensions supplémentaires. La douleur, la colère ou le deuil qui n'ont pas été traités ressortent alors sous forme d'abus verbaux ou physiques. Les membres de la famille ne peuvent pas supporter d'entendre les récits de traumatismes et renforcent le silence, ce qui neutralise l'expérience du survivant. Sans soutien familial, les symptômes sont renforcés (SANToC, 2010). Il en ressort que les effets suivants peuvent faire leur apparition :

- Conflit marital ou intergénérationnel.
- Le fonctionnement parental est affecté, ce qui rend souvent les parents moins

émotionnellement proches et attentifs à leurs enfants.

- Les parents ont une faible tolérance envers les émotions négatives. Par exemple, un parent survivant ne peut pas supporter d'entendre crier un bébé car cela pourrait lui rappeler les cris des autres prisonniers.
- Le silence règne dans la famille par rapport à la torture et aux autres traumatismes, ce qui crée de la confusion, de l'incompréhension, de multiples versions de ce qui s'est passé, et des sentiments irrésolus de culpabilité, de honte, de colère, de déception et de tristesse.
- L'inversement des rôles parent-enfant se produit parce que les parents ressentent du désespoir dû aux symptômes liés au traumatisme et à la perte de leur rôle traditionnel dans une nouvelle culture. Les enfants assument des responsabilités d'adultes de manière prémature pour cause d'acquis de langage et d'acculturation plus rapides.
- Le développement d'identité des enfants s'en trouve affecté.
- Les enfants ressentent une perte de confiance fondamentale.
- Une pression pourrait s'exercer sur les enfants pour qu'ils réussissent et compensent les pertes familiales (CVT, 2005).

### 5.1.2.6 EFFETS SUR LES COMMUNAUTÉS

Au niveau communautaire, les effets collectifs de la torture comprennent un silence ou un déni par rapport à ce qui s'est passé qui envahissent la communauté et peuvent entraîner apathie et désarroi. La peur et la méfiance chroniques parmi les membres de la communauté peut résulter en une diminution des réseaux sociaux qui mènera à la fragmentation, l'isolement social et la polarisation.

### 5.1.2.7 EFFETS SUR LES ENFANTS

Souvent les enfants ne sont pas considérés comme des victimes directes mais indirectes de la torture. Des exceptions existent, bien évidemment, comme dans le cas des enfants soldats ou des survivantes de violences sexuelles qui sont souvent kidnappées pour devenir les femmes de membres de groupes rebelles. En fonction des changements au sein de la famille, les enfants peuvent parfois souffrir des problèmes suivants :

- Anxiété
- Symptômes psychosomatiques
- Problèmes de sommeil
- Problèmes scolaires
- Symptômes de dépression
- Problèmes familiaux
- Signes de régression
- Changements comportementaux (CVT, 2005)

Ces problèmes peuvent facilement être mal compris et non abordés chez les enfants, surtout chez les très jeunes, car il est généralement supposé qu'ils sont trop jeunes pour être affectés par ce qui s'est passé ou qui est en train de se passer.

### 5.1.3 RÉHABILITATION

« La réhabilitation implique la restauration du fonctionnement ou l'acquisition de nouvelles compétences nécessaires en raison des circonstances différentes de la victime après la torture ou la maltraitance. La réhabilitation cherche à permettre l'autonomisation et le fonctionnement maximaux possibles pour la personne (victime [individuelle ou collective]) en question, et peut impliquer des ajustements à l'environnement physique ou social de la personne [victime]. La réhabilitation des victimes devrait chercher à restaurer autant que possible leur indépendance, leurs aptitudes physiques, mentales, sociales, [culturelles, spirituelles] et professionnelles, et leurs pleines intégration et participation dans la société. » (UNCAT, GC, para. 11; African Commission, GC 4, para. 40).

### Pourquoi une réhabilitation spécialisée est-elle nécessaire pour les survivants de torture ?

Les effets de la torture dépassent souvent ceux du traumatisme chez la personne ; ils sont souvent plus profonds et se manifestent à de nombreux niveaux. Ils exigent donc une intervention par un spécialiste formé aux différents impacts de la torture et aux protocoles nécessaires de documentation de la torture, le cas échéant. Un exemple en est le protocole d'Istanbul.

#### Le Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture décrit les services holistiques offerts aux victimes de torture comme suit :

- Une **assistance psychologique** est offerte pour permettre aux victimes de torture de surmonter le traumatisme psychologique qu'elles ont vécu.
- Une **assistance médicale** traite les séquelles physiques de la torture. À la suite du diagnostic du médecin généraliste, un traitement est offert par des spécialistes médicaux en orthopédie, neurologie, physiothérapie, pédiatrique, santé sexuelle, urologie, ainsi que des traitements traditionnels et des médecines complémentaires.
- Une **assistance sociale** supplémente les formes d'assistance mentionnées ci-dessus en fournissant des services variés pour réduire le sentiment de marginalisation que de nombreuses victimes éprouvent.
- Une **assistance juridique** pour être offerte de plusieurs façons, y compris une prise en charge des frais d'avocats, de tribunaux, de traduction et de poursuites judiciaires.
- Une **assistance financière** permet aux victimes de subvenir à leurs besoins de base et de gagner accès à d'autres types d'assistance comme les soins de santé.

ou non (CVT, 2005)

## Prise en compte du contexte

Il est également essentiel de tenir compte du contexte passé et présent de la personne pour garantir que les services qui lui sont offerts sont holistiques, répondent à ses besoins uniques et tiennent compte des éléments suivants :

- Contexte et pratiques culturels de la personne et de sa famille
- Genre
- Contexte politique, socio-historique et communautaire de la personne
- Impacts et moyens économiques de la personne, ainsi qu'attitudes et croyances sociales de la personne, sa communauté et la société au sens large

L'objectif de la réhabilitation est de restaurer l'indépendance, les aptitudes physiques, mentales, sociales et professionnelles, et la pleine inclusion.

### 5.1.4 TRAVAILLER AVEC DES VICTIMES DE TORTURE

La première obligation éthique des prestataires de services et des professionnels est de veiller à ne pas porter préjudice à leurs clients. Ceci inclut ne pas retraumatiser les survivants en empirant les dommages psychologiques ou émotionnels dont ils souffrent déjà par la façon dont ils seront traités.

#### 5.1.4.1 PARLER DE LA TORTURE

La compréhension de ce qui représente la torture et de ses effets à long terme sur les survivants, leur famille et leur communauté est indispensable. Cependant, il n'est pas toujours nécessaire, ou même approprié, d'aborder le traumatisme directement. Toute mention de traumatisme lié à de la torture doit être préparée en fonction du contexte et des services fournis. Minimiser le potentiel de re-traumatisme peut être accompli par les démarches suivantes :

- Implication à court terme
- Implication continue non liée aux symptômes du traumatisme
- Implication qui évalue spécifiquement un aspect du traumatisme, qu'il soit exprimé

Le tableau ci-dessous en fournit quelques exemples.

Niveaux d'évaluation du traumatisme	Implication à court terme non liée au traumatisme (organisations humanitaires ou offrant une assistance socio-économique)	Implication continue non liée au traumatisme (enseignants, praticiens généralistes, et travailleurs sociaux)	Intervention d'évaluation liée au traumatisme (professionnels de la santé mentale, professionnels du droit, professionnels des services médico-légaux, agents d'immigrations, entre autres)
N'identifient pas le traumatisme	X	X	
Connaissent les ressources	X	X	
D'orientation appropriées	X	X	
Tiennent compte de la culture et des expériences traumatisantes	X	X	X
Évitent/réduisent le potentiel de réactivation du traumatisme	X	X	X
Répondent aux divulgations spontanées du traumatisme	X	X	X
Répondent aux expressions de désarroi (pleurs)	X	X	X
Reconnaissent la prévalence du traumatisme chez les survivants de torture		X	X
Éducation et validation psychologiques		X	X
Explorent l'expérience traumatisante pertinente		X	X

### 5.1.4.2 TRAVAILLER AVEC DES SURVIVANTS DE TORTURE : NIVEAUX PSYCHOSOCIAL, JURIDIQUE, MÉDICAL, HUMANITAIRE ET ÉCONOMIQUE

Trouver l'équilibre juste lors de travail avec des survivants de torture exige sensibilité, confiance et acceptation. Certains affirment que les prestataires de services doivent effectuer leur travail en fonction des survivants en leur permettant d'établir le rythme de leur témoignage. Ceci nécessite une évaluation sensible de la situation qui ne peut provenir que d'une solide compréhension de la torture et de ses effets. Le travail holistique et la coopération entre professionnels offrant des services spécifiques offriront au survivant un résultat plus positif et une meilleure transition ou intégration dans la société. Cette façon de travailler peut également améliorer le processus de guérison (SANToC, 2010).

## 5.2 Lectures recommandées

- Herman, Judith Lewis (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence*. New York: Basic Books.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A., van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5).
- Epstein, M. (2011). Expert witness report: Psychological treatment of trauma, specializing in working with refugees and asylum seekers including torture survivors.
- Brown, C. (2012). Rape as a weapon of war in the Democratic Republic of Congo. *Torture*, 22(1), 24-37.
- Johnson, H., Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28, 36-47.
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation*. New York: Routledge.
- Loewenstein, R., Brand, B. (2014). Treating complex trauma survivors.

- Miller, K.E., Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70, 7-16.
- Follette, V., Pistorello, J. (2007). *Finding life beyond trauma: Using acceptance and commitment therapy to heal from post-traumatic stress and trauma-related problems*. Oakland, CA: New Harbinger.

## 5.3 Activités et feuillets

### 5.3.1 PRÉ-TEST/POST-TEST POUR LA FORMATION SUR LA TORTURE ET LA RÉHABILITATION

Fournir un feuillet vierge aux participants au début et à la fin de la formation. Après le post-test, vous pouvez vérifier les réponses correctes. Une feuille vierge est fournie dans le livre du participant.

Cochez « Oui » ou « Non » en réponse aux énoncés suivants :	Oui	Non
1. La torture est un acte non intentionnel.	X	
2. La torture est seulement un acte physique.		X
3. La torture est infligée uniquement par la police.		X
4. Les victimes de torture ont droit à une réhabilitation holistique.	X	
5. La torture affecte seulement la victime.		X
6. La torture peut avoir des impacts sur la santé mentale.	X	
7. La torture peut être infligée aux hommes et aux femmes.	X	

### 5.3.2 ACTIVITÉ SUR LA REPRÉSENTATION DE LA TORTURE

Demandez aux participants de travailler seuls ou en pairs. Donnez-leur une minute pour réaliser un sketch sur une feuille de papier qui résume ce que le mot torture évoque pour eux. Précisez qu'ils *ne doivent pas* dessiner quelque chose décrivant une douleur réelle ou pouvant causer offense. Comptez à rebours jusqu'à trois et demandez-leur de montrer leurs dessins tous ensemble. Facilitez une discussion.

Expliquez que nous utilisons le mot torture dans la vie de tous les jours pour évoquer à toutes sortes d'expériences que nous trouvons désagréables (comme écouter ses parents chanter ou aller à l'école). Cependant, le mot revêt une signification très spécifique dans le domaine du droit international sur les droits de l'homme sur laquelle les gouvernements du monde sont tombés d'accord. En vertu de cette définition, la torture est tout « acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne par... toute autre personne agissant à titre officiel... » (Article 1, Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains, dégradants, 1984).

(Adapté de <http://www.teachtrauma.com/educational-tools/classroom-activities/>)

### 5.3.3 ACTIVITÉ SUR LES SORTES DE TORTURE

Demandez aux participants de penser à différentes sortes de torture. Ayez recours à la discussion et à la psychoéducation sur les différentes sortes de torture comme, par exemple, la **torture physique** (bastonnades, électrocution), la **torture psychologique** (privation de sommeil, de nourriture, menace envers un proche de la victime, exécution simulée), et la **torture sexuelle** (viol, mariage d'enfants pendant un conflit, agression sexuelle).

### 5.3.4 ACTIVITÉ SUR LES IMPACTS DE LA TORTURE

#### Études de cas :

K est un homme de 72 ans. Il est marié et a cinq enfants. K a un diplôme de troisième cycle en études sociales et fait partie d'un groupe d'activistes des droits de l'homme. Il est passionné par la défense de la justice, de la liberté et de la paix. Il est connu dans sa famille comme une personne qui se bat pour ce en quoi il croit et comme un activiste partisan du changement. K et d'autres membres de son groupe des droits de l'homme ont organisé une manifestation pour exhorter le gouvernement à prendre des mesures contre les actes cruels et inhumains. En raison de la situation politique dans le pays, la manifestation a entraîné l'arrestation de K et d'autres personnes. K a été torturé. Pendant la torture, il a été battu et électrocuté. Il a, par la suite, été hospitalisé à cause de ses blessures et a réussi à s'échapper de l'hôpital. K a eu un AVC causé par son expérience de torture. Il est désormais paralysé du côté gauche, et souffre de difficultés à marcher et à utiliser sa main gauche. Il a également du mal à parler, et ses paroles sont parfois inaudibles. Il a donc du mal à expliquer son expérience, ce qui fait que ses besoins sociaux et juridiques ne sont pas facilement pris en charge. Il est venu pour des services de conseil avec beaucoup de difficultés, bien qu'aidé de son épouse et d'une béquille. Pendant la séance de conseil, il a avoué se sentir déprimé, furieux et frustré par sa situation actuelle. Il sent qu'il n'est plus l'homme qu'il a été. Il se sent désemparé à cause de sa situation et de son handicap physique. Il ne bénéficie d'aucun apport financier ou moyen de gagner un revenu. Lui et sa famille vivent avec une personne bienveillante qui les héberge car elle a eu de la peine pour eux, surtout vu qu'ils sont âgés et qu'ils étaient à la rue. Il ressent une incertitude pesante par rapport ce que leur réserve l'avenir. Il s'écroule quand il raconte son expérience de torture. Il a échappé à son tortionnaire physiquement, mais des sentiments de désemparement (physique et mental), de peur et de désespoir ne le quittent pas. Son expérience, ainsi que la disparition de son amour propre et de sa paix intérieure qu'elle a causée, lui revient sans cesse avec des cauchemars, des craintes et des angoisses.

Pour ce qui est de l'étude de cas et des impacts de la torture, demandez aux participants de se diviser en quatre sous-groupes, et demandez à chaque sous-groupe de discuter d'une sorte d'impact de la torture.

- **Sous-groupe 1 : Impacts émotionnels**
- **Sous-groupe 2 : Impacts cognitifs**
- **Sous-groupe 3 : Impacts sur la personnalité et l'identité**
- **Sous-groupe 4 : Impacts physiques**

Chaque sous-groupe présentera les impacts auxquels ils ont pensé aux trois autres sous-groupes. Facilitez une discussion au sujet de ces impacts et ayez recours à la psychoéducation pour tous les impacts qui n'ont pas été discutés.

### 5.3.5 INTRODUCTION/BRISE-GLACE SUR LA RÉHABILITATION

Informez les participants que les personnes ayant vécu un traumatisme ou une torture complexe ont besoin d'un traitement ou d'une réhabilitation spécialisée. Demandez-leur de discuter du traitement spécialisé dont, selon eux, ces personnes ont besoin. Facilitez une discussion et ayez recours à la psychoéducation pour la réhabilitation holistique spécialisée.



Des participants à un atelier de la GIJR à Conakry, en Guinée, apprennent à prendre soin d'eux-mêmes tout en aidant les survivants de traumatismes.

# CHAPITRE 6

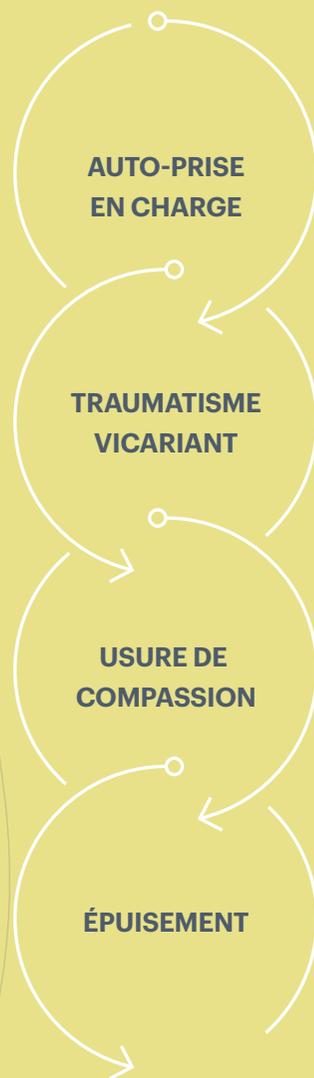
## AUTO-PRISE EN CHARGE

### 6.1 Cadre théorique

Être un aidant est très gratifiant, mais cela peut également être très éprouvant. Comme cela est le cas pour de nombreux professionnels offrant des services d'aide, l'exposition régulière à la douleur et au traumatisme d'autrui augmente le risque de stress et d'épuisement. Il est par conséquent indispensable de nous occuper de nous-mêmes, pour notre propre santé et bien-être à long terme, et aussi pour que nous puissions efficacement aider les personnes avec lesquelles nous travaillons.

L'auto-prise en charge est la capacité de renforcer notre santé de façon pro-active en développant de la résilience et en contrecarrant les maladies. L'objectif est la prévention. En tant qu'aidants, nous entendons souvent des récits extrêmement tragiques et émotionnellement éprouvants de nos clients/survivants de violence. Ceci peut nous entraîner à ressentir leur douleur. Le plus grand défi est de rester connecté à nos clients tout en maintenant un lien fort et profond à notre propre expérience. Nous devons être capables de nous comprendre nous-mêmes tout comme nous devons être capables de comprendre les personnes que nous essayons d'aider. Ceci signifie consacrer du temps à l'auto-réflexion, l'auto-renouvellement, et du temps personnel de qualité loin des problèmes professionnels.

Le chemin pour trouver cet équilibre commence par la reconnaissance et l'acceptation des signes avant-coureurs, et de ne pas en avoir honte. Personne n'est immunisé contre les effets du travail. Lorsque nous voyons nos réponses émotionnelles à notre travail comme normales et naturelles (plutôt que comme quelque chose que nous faisons mal), nous sommes plus enclins à chercher du soutien, parler de notre stress à d'autres personnes, et nous engager dans des pratiques d'auto-prise en charge pour contribuer à notre bien-



être global. Et lorsque nous allons bien, nous sommes plus à même de nous connecter avec nos clients, plus attentifs et plus créatifs dans notre travail, et moins susceptibles de commettre des erreurs et d'enfreindre des limites.

Lorsque les aidants sont isolés parce qu'ils travaillent dans des zones rurales ou seuls, le maintien de leur bien-être est un défi encore plus redoutable. En l'absence de collègues desquels ils peuvent apprendre, auprès desquels ils peuvent se défouler, ou sur lesquels ils peuvent s'appuyer, le stress a plus de chance de se développer. Il est donc impératif de trouver un système de soutien par le biais de réseaux formels ou informels d'autres professionnels pour des réunions de travail et de socialisation. La technologie peut également aider à combler cette lacune. Internet, le courrier électronique, Facebook et le téléphone sont tous des moyens utiles de créer des liens avec d'autres personnes.

#### Quels sont les signes avant-coureurs ?

Les traitements axés sur le traumatisme peuvent être émotionnellement éprouvants et difficiles pour les thérapeutes et les responsables de soins, entraînant le traumatisme vicariant, l'épuisement, le stress secondaire ou l'usure de compassion. Ces termes sont utilisés pour expliquer les différentes façons dont le travail nous affecte et les changements que nous pouvons remarquer en nous-mêmes.

**Traumatisme vicariant :** Ce terme est lié à l'expérience vicariante de la part de thérapeutes et de travailleurs de certains aspects et effets du traumatisme d'un client qu'ils ressentent comme s'il s'agissait d'un traumatisme qu'ils avaient eux-mêmes vécu. Ce phénomène est spécifiquement centré sur le traumatisme discuté avec un client, généralement dans le cadre de la relation de conseil/thérapie.

**Traumatisme secondaire :** Il est similaire au traumatisme vicariant dans la mesure où une personne peut présenter des signes de stress post-traumatique même si elle n'a pas vécu un événement traumatisant. La distinction vient du fait qu'il est développé quand une personne est témoin de l'expérience d'une autre personne. Il peut se produire dans un cadre professionnel ou autre, comme lorsqu'un membre de la famille a vécu un événement traumatisant.

**Usure de compassion :** C'est un terme très général qui décrit des personnes qui pourraient être en proie à des difficultés en raison de leur travail en tant que professionnel de service d'aide.

**Usure de compassion :** C'est un terme très général qui décrit des personnes qui pourraient être en proie à des difficultés en raison de leur travail en tant que professionnel de service d'aide.

**Épuisement :** Cet état est souvent considéré comme le plus extrême, quand la perspective ou santé d'une personne a changé pour le pire et ce, spécifiquement en raison d'une surcharge de travail (Rothschild & Rand, 2006).

## ÉPUISEMENT

Signes courants d'épuisement futur :

### Comportementaux :

- Mécanismes inconscients d'adaptation comme la distanciation par rapport aux autres, l'engourdissement des émotions, le détachement par rapport à des sentiments ou des personnes, l'abandonnement de clients, une situation de travail constant/surcharge de travail
- Évitement d'écouter les récits des expériences traumatisantes des clients
- Expérience de symptômes similaires à ceux des clients (imagerie intrusive, symptômes somatiques)
- Changements dans les relations personnelles et la capacité aux relations intimes
- Niveau de stress global élevé
- Surmenage et appropriation des expériences traumatisantes et des symptômes du client
- Difficultés à maintenir des limites professionnelles avec le client

### Émotionnels :

- Sentiments de dépassement, de vide, d'éreintement, de surcharge et d'épuisement
- Sentiments de colère, de rage ou de tristesse face à la victimisation du client

### Cognitifs :

- Préoccupations à propos des clients en dehors du travail
- Sur-identification avec le client
- Histoires imaginaires d'horreur et de sauvetage
- Perte d'espoir, pessimisme, cynisme, nihilisme
- Doutes sur sa propre compétence et valeur, faible satisfaction professionnelle

- Doutes sur les concepts de base comme la sécurité, la confiance, l'estime, l'intimité et le contrôle
- Sentiment accru de vulnérabilité et de menaces personnelles

### Gestion du stress

- La gestion du stress est un aspect important de l'auto-prise en charge. Cela comprend s'adapter et gérer les effets négatifs. Les techniques de soulagement du stress comprennent la respiration profonde, la méditation et l'exercice physique.

#### 6.1.1 COMMENT PRATIQUER L'AUTO-PRISE EN CHARGE :

1. **Identifiez les activités qui vous font vous sentir le mieux.** L'auto-prise en charge pour une personne pourrait signifier quelque chose de complètement différent pour une autre personne. Une personne pourrait avoir besoin de passer davantage de temps seul, par exemple, alors qu'une autre personne se ressource en passant davantage de temps avec ses amis. Redécouvrez vos passions et vos objectifs personnels en découvrant ce que vous aimez de vous.
2. **Inscrivez-le dans votre calendrier — à l'encre !** Regardez votre calendrier de plus près et assurez-vous de mettre du temps de côté pour votre auto-prise en charge.
3. **Pratiquez l'auto-prise en charge quand vous le pouvez.** Même si vous n'avez pas beaucoup de temps libre, vous pouvez quand même intégrer des petits moments de relaxation dans votre vie. N'attendez que votre emploi du temps s'allège pour y ajouter l'auto-prise en charge (vous n'auriez sans doute pas fini d'attendre !). Même prendre seulement cinq minutes pour fermer les yeux et respirer profondément, ou quelques minutes pour écouter de la musique, peut aider votre niveau de stress.
4. **Prenez soin de vous physiquement.** Cela veut dire que vous devez veiller à dormir suffisamment, consommer des aliments nutritionnels, et faire de l'exercice. Consommez davantage de légumes verts, fruits, fruits à coque, et fèves, et consommez modérément du café, de l'alcool, et des produits alimentaires à haute teneur en graisse ou sucre. L'exercice stimule la libération d'endorphines qui procurent un sentiment de bien-être. Même marcher pendant 10 minutes (en solo, avec des amis ou vos enfants) peut faire une différence non négligeable.
5. **Sachez dire non.** Votre santé et votre bien-être sont votre priorité. Donc si vous avez du mal à dire non, cultivez votre capacité à établir des limites.

6. **Pratiquez régulièrement l'introspection.** Posez-vous les questions critiques suivantes : Travaillez-vous trop ? Vous sentez-vous exténué ? Que devriez-vous supprimer de votre vie, et que voudriez-vous y ajouter ? Essayez de détecter les signes avant-coureurs figurant ci-dessus.
7. **Entourez-vous de personnes positives.** Assurez-vous que les personnes dans votre vie soient optimistes, prennent les choses du bon côté, et savent profiter de la vie.
8. **Considérez la qualité de l'auto-prise en charge.** Recherchez la qualité, surtout si la quantité n'est pas disponible. Concentrez-vous sur des activités relaxantes comme la prière, la respiration profonde, la musique, un journal intime ou la pleine conscience. Vous pourriez également prendre des vacances, participer à des séances de thérapie/conseil, ou bénéficier de groupes de soutien de pairs.
9. **N'oubliez pas que l'auto-prise en charge n'est pas négociable.** Pour avoir une vie saine et gratifiante, l'auto-prise en charge est une nécessité. Si vous suivez ce raisonnement, elle deviendra naturelle et facile à pratiquer.

Adapté des sources suivantes :

<http://psychcentral.com/lib/how-Clinicians/helpers/Helpers-practice-self-care-9-tips-for-readers/>  
<http://ct.counseling.org/2011/01/taking-care-of-yourself-as-a-counselor/>  
<http://www.helpguide.org/articles/stress/preventing-burnout.htm>

## Soutien social

Le soutien social est important parce que personne n'est une île, et que nous avons tous besoin d'autrui pour nous aider à gérer les périodes difficiles et mener une vie contrôlable et satisfaisante. Le soutien social :

- nous aide à gérer le stress
- nous accorde un soutien quand nous en avons vraiment besoin
- nous alimente en énergie quand nous faiblissons
- nous permet de réaliser que nous ne sommes pas seuls, et que d'autres personnes sont là pour nous écouter quand nous nous sentons dépassés
- nous apporte du soulagement et nous pousse à persévérer

Nous passons tous par des moments difficiles, et le soutien social nous permet de les gérer.

## Moyens de bénéficier du soutien social :

- Confiez-vous à un ami chez vous ou au travail. Parler de nos difficultés peut nous aider à gérer et à exprimer nos sentiments, et à nous sentir soulagé.
- Parler de quelque chose nous permet parfois d'y penser différemment et de le voir sous un autre angle.
- Essayez de gérer les périodes difficiles avant qu'elles ne deviennent encore plus difficiles. Ceci signifie que si vous avez des difficultés, informez-en d'autres personnes pour qu'elles veillent sur vous de plus près.
- Sollicitez toujours de l'aide si vous en avez besoin. Solliciter de l'aide demande du courage, et tout le monde a besoin d'aide à un moment ou à un autre.

## 6.2 Lectures recommandées

Rothschild, B. (2006). Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. WW Norton & Co.

## 6.3 Activités et feuillets

### 6.3.1 PRÉ-TEST/POST-TEST POUR LA FORMATION SUR L'AUTO-PRISE EN CHARGE

Fournir un feuillet vierge aux participants au début et à la fin de la formation. Après le post-test, vous pouvez vérifier les réponses correctes. Une feuille vierge est fournie dans le livre du participant.

Cochez « Oui » ou « Non » en réponse aux énoncés suivants :	Oui	Non
1. Le stress, l'épuisement, l'usure de compassion et le traumatisme vicariant sont tous la même chose.		X
2. Le stress peut vous affecter physiquement et émotionnellement.	X	
3. Il est plus important de s'occuper d'autrui que de soi-même.		X
4. Votre auto-prise en charge est la responsabilité de quelqu'un d'autre.		X
5. Il est essentiel de maintenir un style de vie équilibré.	X	
6. Les signes du traumatisme vicariant sont similaires à ceux du stress post-traumatisme.	X	
<b>SCORE TOTAL :</b>		

### 6.3.2 ACTIVITÉ SUR L'AUTO-PRISE EN CHARGE

Demandez aux participants de se diviser en pairs et de discuter des sujets suivants :

- D'après vous, à quels problèmes vous trouvez-vous confronté dans vos interactions avec votre groupe de clients ? Essayez d'être honnête et ouvert sur les choses qui pourraient vous être difficiles.
- De quelle façon ces problèmes affecteraient-ils votre capacité à effectuer votre travail ?
- Quelle en est serait l'incidence sur l'efficacité de votre travail ?

- Quelle en est serait l'incidence sur le client et vous-même ?
- De quelle façon vous prenez-vous en charge pour veiller à ce que vos prestations de services demeurent efficaces et valorisantes ?

Facilitez une discussion centrée sur les réponses à ces questions et sur ce que pensent les participants de la discussion sur ces questions.

### 6.3.3 FEUILLET OUTIL D'ÉVALUATION DE L'AUTO-PRISE EN CHARGE

À distribuer aux participants pour qu'ils le remplissent soit après l'atelier (s'ils en ont le temps) soit pendant leur temps libre.

#### FICHE DE TRAVAIL POUR L'ÉVALUATION DE L'AUTO-PRISE EN CHARGE

Cet outil d'évaluation fournit un aperçu des stratégies efficaces d'auto-prise en charge. Après avoir rempli l'évaluation dans son ensemble, choisissez un domaine sur lequel vous allez travailler activement pour l'améliorer.

À l'aide de l'échelle ci-dessous, évaluez les domaines suivants du point de vue de la fréquence :

**1=Je n'y ai jamais pensé 2=Jamais 3=Rarement 4=Parfois 5=Fréquemment**

#### Auto-prise en charge physique

- \_\_\_\_\_ Manger régulièrement (par exemple le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner)
- \_\_\_\_\_ Manger sainement
- \_\_\_\_\_ Faire de l'exercice
- \_\_\_\_\_ Faire des contrôles de santé réguliers à des fins de prévention
- \_\_\_\_\_ Obtenir des soins médicaux quand vous en avez besoin
- \_\_\_\_\_ Prendre du temps personnel quand vous en avez besoin
- \_\_\_\_\_ Vous faire masser
- \_\_\_\_\_ Danser, nager, marcher, courir, jouer dans une équipe, chanter ou avoir une autre activité physique ludique

- \_\_\_\_\_ Dormir suffisamment
- \_\_\_\_\_ Porter des vêtements qui vous plaisent
- \_\_\_\_\_ Prendre des vacances
- \_\_\_\_\_ Faire des excursions d'un jour ou prendre des mini-vacances
- \_\_\_\_\_ Passer du temps loin des téléphones
- \_\_\_\_\_ Autres :

### **Auto-prise en charge psychologique**

- \_\_\_\_\_ Consacrer du temps à l'auto-réflexion
- \_\_\_\_\_ Suivre votre propre psychothérapie
- \_\_\_\_\_ Écrire dans un journal intime
- \_\_\_\_\_ Lire des ouvrages non liés au travail
- \_\_\_\_\_ Vous lancer dans une activité pour laquelle vous n'avez aucune expertise ou responsabilité
- \_\_\_\_\_ Réduire le stress dans votre vie
- \_\_\_\_\_ Laisser d'autres personnes connaître des aspects différents de vous
- \_\_\_\_\_ Remarquer votre expérience intérieure (prêter attention à vos pensées, jugements, opinions, attitudes et sentiments)
- \_\_\_\_\_ Engager votre intelligence dans un nouveau domaine (apprendre ou essayer quelque chose de nouveau)
- \_\_\_\_\_ Apprendre à bénéficier du soutien et de l'attention d'autrui
- \_\_\_\_\_ Faire preuve de curiosité
- \_\_\_\_\_ Refuser de temps en temps des responsabilités supplémentaires
- \_\_\_\_\_ Autres :

### **Auto-prise en charge émotionnelle**

- \_\_\_\_\_ Passer du temps avec des personnes dont vous appréciez la compagnie
- \_\_\_\_\_ Rester en contact avec les personnes importantes dans votre vie
- \_\_\_\_\_ Faire votre propre éloge
- \_\_\_\_\_ Vous aimer vous-même
- \_\_\_\_\_ Relire vos livres préférés, revoir vos films préférés
- \_\_\_\_\_ Identifier des activités, objets, personnes, relations ou endroits que vous réconfortent et en profiter
- \_\_\_\_\_ Vous donner le droit de pleurer
- \_\_\_\_\_ Trouver des choses qui vous font rire
- \_\_\_\_\_ Jouer avec des enfants
- \_\_\_\_\_ Autres :

### **Auto-prise en charge spirituelle**

- \_\_\_\_\_ Consacrer du temps à la réflexion
- \_\_\_\_\_ Passer du temps dans la nature
- \_\_\_\_\_ Trouver une relation ou une communauté spirituelle
- \_\_\_\_\_ Être ouvert à l'inspiration
- \_\_\_\_\_ Entretenir votre optimisme et votre espoir
- \_\_\_\_\_ Avoir conscience des aspects non matériels de la vie
- \_\_\_\_\_ Essayer de temps en temps de ne pas être la personne responsable ou experte
- \_\_\_\_\_ Être ouvert au fait de ne pas savoir
- \_\_\_\_\_ Identifier ce qui vous importe et remarquer sa place dans votre vie
- \_\_\_\_\_ Méditer
- \_\_\_\_\_ Prier

- \_\_\_\_\_ Chanter
- \_\_\_\_\_ Passer du temps avec des enfants
- \_\_\_\_\_ Faire des expériences époustouflantes
- \_\_\_\_\_ Contribuer aux causes auxquelles vous croyez
- \_\_\_\_\_ Lire des ouvrages inspirants (conférences, musique, entre autres)
- \_\_\_\_\_ Autres :

#### **Auto-prise en charge professionnelle ou sur le lieu de travail**

- \_\_\_\_\_ Faire une pause pendant la journée de travail (par exemple pour déjeuner)
- \_\_\_\_\_ Prendre le temps de bavarder avec vos collègues
- \_\_\_\_\_ Organiser du temps calme pour mener à bien vos tâches
- \_\_\_\_\_ Identifier les projets ou tâches qui sont intéressants et gratifiants
- \_\_\_\_\_ Fixer des limites auprès de vos clients et collègues
- \_\_\_\_\_ Équilibrer votre charge de travail pour ne jamais vous sentir dépassé
- \_\_\_\_\_ Organiser votre espace de travail pour le rendre confortable et réconfortant
- \_\_\_\_\_ Obtenir une supervision ou un compte-rendu régulier
- \_\_\_\_\_ Négocier en fonction de vos besoins (avantages, augmentation de salaire)
- \_\_\_\_\_ Organiser un groupe de soutien de pairs
- \_\_\_\_\_ Développer un domaine d'intérêt professionnel non lié au traumatisme
- \_\_\_\_\_ Autres :

#### **Équilibre**

- \_\_\_\_\_ S'efforcer d'atteindre un équilibre au sein de la vie professionnelle et de la journée de travail
- \_\_\_\_\_ S'efforcer d'atteindre un équilibre entre travail, famille, relations, loisirs et repos

Source : Adapté de : *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. Saakvitne, Pearlman & Staff of TSI/CAAP (Norton, 1996).

#### **6.3.4 PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)**

Fournissez aux participants un feuillet sur l'échelle de la qualité de la vie professionnelle (**Professional Quality of Life Scale, ProQol**) pour qu'ils le remplissent.

#### **Échelle de la qualité de la vie professionnelle (ProQOL) Satisfaction par la compassion et usure de compassion (ProQOL) Version 5 (2009) (Hudnall Stamm, 2009)**

Lorsque vous [aidez] des personnes, vous avez un contact direct avec leurs vies. Comme vous l'avez constaté, votre compassion envers ceux que vous [aidez] peut vous affecter de façons positives et négatives. Vous trouverez ci-dessous quelques questions sur vos expériences positives et négatives en tant qu'aidant. Examinez chacune des questions suivantes sur vous et votre situation de travail actuelle. Sélectionnez le chiffre que reflète honnêtement la fréquence à laquelle vous avez eu ces expériences au cours des 30 derniers jours.

**1=Jamais 2=Rarement 3=Parfois 4=Souvent 5=Très souvent**

- \_\_\_\_\_ 1. Je suis content.
- \_\_\_\_\_ 2. Je suis préoccupé à propos de plus d'une personne que j'[aide].
- \_\_\_\_\_ 3. Je ressens de la satisfaction de pouvoir [aider] des personnes.
- \_\_\_\_\_ 4. Je me sens connecté aux autres.
- \_\_\_\_\_ 5. Les bruits inattendus me font sursauter.
- \_\_\_\_\_ 6. Je me sens revigoré après avoir travaillé avec les personnes que j'[aide].
- \_\_\_\_\_ 7. J'ai du mal à séparer ma vie personnelle de ma vie professionnelle d'[aidant].
- \_\_\_\_\_ 8. Je ne suis pas productif au travail parce que je ne dors pas à cause des expériences traumatisantes d'une personne que j'[aide].
- \_\_\_\_\_ 9. Je pense qu'il est possible que je sois affecté par le stress traumatique des personnes que j'[aide].
- \_\_\_\_\_ 10. Je me sens coincé par mon travail d'[aidant].
- \_\_\_\_\_ 11. À cause des prestations d'[aide] que je fournis, je me sens sur les nerfs à propos de différentes choses.
- \_\_\_\_\_ 12. J'aime mon travail d'[aidant].

- \_\_\_\_\_ 13. Je me sens déprimé en raison des expériences traumatisantes des personnes que j'[aide].
- \_\_\_\_\_ 14. Je me sens comme si je vivais le traumatisme d'une personne que j'[ai aidée].
- \_\_\_\_\_ 15. J'ai des croyances qui me soutiennent.
- \_\_\_\_\_ 16. Je suis content de la façon dont je suis capable de rester en phase des techniques et protocoles relatifs à l'[aide].
- \_\_\_\_\_ 17. Je suis la personne que j'ai toujours voulu être
- \_\_\_\_\_ 18. Mon travail m'apporte satisfaction.
- \_\_\_\_\_ 19. Je me sens exténué de part mon travail d'[aidant].
- \_\_\_\_\_ 20. J'ai des pensées et sentiments positifs envers les personnes que j'[aide] et les façons dont je pourrais les aider.
- \_\_\_\_\_ 21. Je me sens dépassé parce que ma charge de [travail] ne semble pas avoir de fin.
- \_\_\_\_\_ 22. Je crois que je fais une différence par mon travail.
- \_\_\_\_\_ 23. J'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent des expériences terrifiantes vécues par des personnes que j'[aide].
- \_\_\_\_\_ 24. Je suis fier de ce que je peux faire pour [aider].
- \_\_\_\_\_ 25. Comme résultat de mon [aide], j'ai des pensées intrusives effrayantes.
- \_\_\_\_\_ 26. Je me sens écrasé par le système.
- \_\_\_\_\_ 27. Je pense que je réussis bien en tant qu'[aidant].
- \_\_\_\_\_ 28. Je ne me rappelle pas des parties importantes de mon travail avec les victimes de traumatismes.
- \_\_\_\_\_ 29. Je suis une personne particulièrement bienveillante.
- \_\_\_\_\_ 30. Je suis content d'avoir choisi ce travail.

(B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5* [ProQOL]. [www.isu.edu/~bhstamm](http://www.isu.edu/~bhstamm) or [www.proqol.org](http://www.proqol.org).)

## VOS SCORES DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE PROFESSIONNELLE PROQOL :

En fonction de vos réponses, inscrivez vos scores personnels ci-dessous. Si vous avez des préoccupations, discutez-en avec un professionnel de la santé physique ou mentale.

### Satisfaction par la compassion \_\_\_\_\_

La satisfaction par la compassion est le plaisir que vous dérivez du bon accomplissement de vos tâches professionnelles. Par exemple, vous pourriez ressentir le plaisir d'aider d'autres personnes par votre travail. Vous pourriez ressentir de la positivité envers vos collègues ou votre capacité à contribuer à l'environnement de travail, voire au bien de la société au sens large. Des scores plus élevés sur cette échelle représentent une satisfaction plus élevée par rapport à votre capacité d'être un aidant efficace dans votre travail. Le score moyen est de 50 (écart type 10 ; fiabilité du coefficient alpha 0,88). Environ 25% des personnes ont obtenu un score supérieur à 57, et environ 25% des personnes ont obtenu un score inférieur à 43. Si vous vous situez dans la fourchette supérieure, vous dérivez probablement une satisfaction professionnelle considérable de votre position. Si vos scores se situent en dessous de 40, soit vous avez eu des problèmes avec votre travail soit il existe une autre raison, comme le fait que vous dérivez votre satisfaction d'activités autres que professionnelles.

### Épuisement \_\_\_\_\_

La plupart des personnes ont une idée intuitive de l'épuisement. Selon la perspective de recherche, l'épuisement est l'un des éléments de l'usure de compassion. Il est associé à des sentiments de désarmement et de difficultés à gérer le travail ou à bien le faire. En général, ces sentiments négatifs se développent graduellement. Ils peuvent refléter sur le fait que vous pensez que vos efforts ne font aucune différence, ou ils peuvent être associés à une charge de travail écrasante ou un environnement professionnel indifférent. Les scores plus élevés sur cette échelle signifient que vous courez un risque plus élevé d'épuisement. Le score moyen sur l'échelle de l'épuisement est de 50 (écart type 10 ; fiabilité du coefficient alpha 0,75). Environ 25% des personnes ont obtenu un score supérieur à 57, et environ 25% des personnes ont obtenu un score inférieur à 43. Si votre score est inférieur à 43, il reflète probablement des sentiments positifs par rapport à votre capacité de faire efficacement votre travail. Si votre score est supérieur à 57, vous voudrez peut-être essayer de déterminer ce qui vous fait penser que vous n'êtes pas efficace dans votre position. Votre score peut refléter votre humeur. Vous pourriez avoir eu une mauvaise journée ou avoir besoin de faire une pause. Si le score élevé persiste ou s'il reflète d'autres préoccupations, il pourrait devenir une source d'inquiétude.

## Stress traumatique secondaire \_\_\_\_\_

Le deuxième composant de l'usure de compassion est le stress traumatique secondaire qui se réfère à votre exposition professionnelle, ou secondaire, à des événements extrêmement et traumatiquement stressants. Le développement de problèmes en raison d'une exposition au traumatisme d'autrui est en général rare, mais se produit chez de nombreuses personnes qui s'occupent de personnes ayant vécu des événements extrêmement et traumatiquement stressants. Par exemple, vous pourriez entendre maintes fois des histoires sur des choses traumatisantes qui sont arrivées à d'autres personnes, un phénomène appelé communément le « traumatisme vicariant ». Si votre travail vous met directement en danger, comme dans les cas de travail sur le terrain dans des contextes de guerre ou de violences civiles, cette exposition n'est pas secondaire. Il s'agit d'une exposition primaire. Mais si vous êtes exposé à des événements traumatisants comme résultat de votre travail, comme en tant que thérapeute ou secouriste, votre exposition est alors secondaire. Les symptômes de stress traumatique secondaire font rapidement leur apparition et sont associés à un événement particulier. Ils peuvent inclure la sensation de peur, des difficultés à dormir, des apparitions d'images de l'événement perturbant dans votre esprit, ou l'évitement de choses vous rappelant l'événement. Le score moyen sur cette échelle est de 50 (écart type 10 ; fiabilité du coefficient alpha 0,81). Environ 25% des personnes ont obtenu un score inférieur à 43, et environ 25% des personnes ont obtenu un score supérieur à 57. Si votre score est supérieur à 57, vous voudrez peut-être essayer de penser à ce qui vous fait peur au travail, ou si vous avez une autre raison pour ce score élevé. Bien que les scores élevés ne signifient pas nécessairement que vous avez un problème, ils sont néanmoins une indication que vous devriez peut-être examiner comment vous vous sentez par rapport à votre travail et votre environnement professionnel. Vous voudrez peut-être en discuter avec votre responsable, un collègue ou un professionnel de la santé.

## QUEL EST MON SCORE, ET QUE SIGNIFIE-T-IL ?

Dans cette section, vous attribuerez un score à votre test afin de pouvoir en comprendre l'interprétation. Pour trouver votre score de chaque section, additionnez les questions figurant à gauche, puis trouvez votre score dans le tableau à droite.

### Échelle de satisfaction par la compassion

Copiez votre note de chacune de ces questions dans le tableau et additionnez-les. Vous pourrez alors trouver votre score dans le tableau à droite.

3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 12. \_\_\_\_\_ 16. \_\_\_\_\_ 18. \_\_\_\_\_

20. \_\_\_\_\_ 22. \_\_\_\_\_ 24. \_\_\_\_\_ 27. \_\_\_\_\_ 30. \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

La somme de mes questions sur la satisfaction par la compassion est de	Mon score est donc de	Et mon niveau de satisfaction par la compassion est
22 ou moins	43 ou moins	Faible
Entre 23 et 41	Autour de 50	Moyen
42 ou plus	57 ou plus	Élevé

## Échelle d'épuisement

Sur l'échelle d'épuisement, vous devrez faire quelque chose de plus. Les lignes étoilées sont à « scores inversés ». Si vous avez attribué un « 1 » à une ligne, inscrivez un « 5 » à côté. La raison pour laquelle nous vous demandons d'inverser les scores est que, scientifiquement, la mesure fonctionne mieux quand ces questions sont posées de façon positive, même si elles nous en disent plus sur leur forme négative. Par exemple, la question 1. « Je suis content » nous en dit plus sur les effets d'aider quand vous n'êtes pas content. Vous inversez donc le score.

**Vous avez attribué**                      **Changez-le en**

1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

\*1. \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_      \*4. \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_      8. \_\_\_\_\_      10. \_\_\_\_\_

\*15. \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ \*      17. \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_      19. \_\_\_\_\_      21. \_\_\_\_\_

26. \_\_\_\_\_      \*29. \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

La somme de mes questions sur l'épuisement est de	Mon score est donc de	Et mon niveau d'épuisement est
22 ou moins	43 ou moins	Faible
Entre 23 et 41	Autour de 50	Moyen
42 ou plus	57 ou plus	Élevé

## Échelle de stress traumatique secondaire élevé

Tout comme vous l'avez fait pour la satisfaction par la compassion, copiez votre note de chacune de ces questions dans le tableau et additionnez-les. Vous pourrez alors trouver votre score dans le tableau à droite.

2. \_\_\_\_\_      5. \_\_\_\_\_      7. \_\_\_\_\_      9. \_\_\_\_\_      11. \_\_\_\_\_

13. \_\_\_\_\_      14. \_\_\_\_\_      23. \_\_\_\_\_      25. \_\_\_\_\_      28. \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

La somme de mes questions sur le traumatisme secondaire est de	Mon score est donc de	Et mon niveau de stress traumatique secondaire est
22 ou moins	43 ou moins	Faible
Entre 23 et 41	Autour de 50	Moyen
42 ou plus	57 ou plus	Élevé

### 6.3.5 PLAN DE MAINTIEN DE L'AUTO-PRISE EN CHARGE

Un plan de maintien de l'auto-prise en charge se réfère aux activités que vous avez identifiées comme importantes à votre bien-être et que vous vous engagez à pratiquer régulièrement pour prendre soin de vous. Le plan d'auto-prise en charge qui convient à tous n'existe pas, mais certains principes généraux vous aideront à gérer votre auto-prise en charge :

- 1. Occupez-vous de votre santé physique.**
- 2. Gérez votre stress et réduisez-le le plus possible.**
- 3. Honorez vos besoins émotionnels et spirituels.**
- 4. Cultivez vos relations.**
- 5. Trouvez un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.**

Certaines étapes faciles peuvent nous guider dans ce processus :

1. Comment vous adaptez-vous en ce moment ? Identifiez les mesures que vous prenez actuellement pour gérer le stress dans votre vie et déterminez si elles sont efficaces.
2. Que souhaiteriez-vous faire ? Participez à cet outil d'évaluation de l'auto-prise en charge. Quelles idées avez-vous retenues de l'outil ? Que souhaiteriez-vous ajouter à votre routine ?
3. Définissez votre plan. Utilisez la fiche de travail sur le plan d'entretien de l'auto-prise en charge pour inscrire les mesures que vous pratiquez actuellement et une alternative de premier choix dans chaque domaine.
4. Identifiez les obstacles à la mise en œuvre. Une fois ces pratiques identifiées, il est utile d'identifier des barrières ou obstacles pourraient entraver leur mise en œuvre et/ou maintien.
5. Engagez-vous envers vous-même. Élaborer un plan est important ; il vous permet d'identifier vos objectifs et des stratégies pour les atteindre. Mais la réussite de sa mise en œuvre dépendra en fin de compte de votre niveau d'engagement sincère envers votre propre auto-prise en charge.
6. Partagez vos intentions. Une fois votre plan développé et votre engagement confirmé, partagez-le avec d'autres personnes.
7. Suivez votre plan. Une fois l'évaluation et la fiche de travail complétées, identifiez les éléments principaux de votre plan personnel de maintien de l'auto-prise en charge. L'étape finale est de mettre en œuvre votre plan et de faire le suivi de vos progrès.

(Adapté de : Lisa D. Butler, PhD, basé en partie sur des documents fournis par Sandra A. Lopez, LCSW, ACSW, University of Houston, Graduate School of Social Work)

### Ma fiche de travail sur mon plan de maintien de l'auto-prise en charge

Pensez à ce que vous faites ces jours-ci en matière d'auto-prise en charge et établissez une liste de ces activités au sein de chaque dimension d'auto-prise en charge sur cette fiche de travail (vous pouvez également ajouter de nouvelles dimensions qui représentent d'autres aspects de votre vie à la fin). Identifiez de nouvelles stratégies que vous commencerez à incorporer dans votre plan de maintien continu de l'auto-prise en charge. Prêtez une attention particulière aux domaines que vous n'avez pas abordés par le passé.

Sur la dernière page, identifiez les barrières qui pourraient entraver la continuité de l'auto-prise en charge, comment les gérer, et toute stratégie négative d'adaptation que vous souhaitez cibler pour ensuite la changer.

TÊTE	CORPS
Pratique existante :	Pratique existante :
Nouvelle pratique :	Nouvelle pratique :
ÉMOTIONS	ESPRIT
Pratique existante :	Pratique existante :
Nouvelle pratique :	Nouvelle pratique :

TRAVAIL	RELATIONS
Pratique existante :	Pratique existante :
Nouvelle pratique :	Nouvelle pratique :
ÉMOTIONS	ESPRIT
Pratique existante :	Pratique existante :
Nouvelle pratique :	Nouvelle pratique :

Barrières au maintien de mes stratégies d'auto-prise en charge :	Comment je gérerai ces barrières et me rappellerai de pratiquer l'auto-prise en charge :
Stratégies négatives d'adaptation que je souhaite utiliser moins ou pas du tout :	Ce que je ferai à la place :

### 6.3.6 ACTIVITÉ DE GESTION DU STRESS

Distribuez le feuillet aux participants, demandez-leur d'y inscrire leurs manières de gérer le stress par rapport à chacun des sujets, puis facilitez une discussion sur les manières d'atténuer ou de gérer le stress lié aux catégories suivantes :

- **Physique** – exercice, nutrition.
- **Mental** – en vous concentrant sur ce que vous croyez et en changeant d'attitude pour devenir positif, en lisant des ouvrages inspirants, en vous répétant des affirmations.
- **Émotionnel** – en libérant vos émotions (exprimez vos sentiments) : parlez avec quelqu'un, écrivez dans un journal intime, dansez, jardinez, chantez.
- **Social** – implique vos relations. Examinez combien de soutien vous permettez aux autres de vous offrir, les personnes qui vous sapent votre énergie et celles qui vous donnent de l'énergie et contribuent à votre vie de façon saine and positive. Confiance en soi – communiquez vos besoins.
- **Spirituel** – implique votre lien avec votre dieu, et comprend la prière, le chant religieux, la méditation, la marche et la contemplation dans la nature.

#### Feuillet pour l'activité sur la gestion du stress

Écrivez les moyens par lesquels vous gérez le stress par rapport à chaque catégorie.



### 6.3.7 EXERCICE DE RELAXATION

Le facilitateur devrait lire le script ci-dessous. Il devrait en fait commencer par demander aux membres du groupe de s'asseoir confortablement et d'écouter attentivement sa voix.

Le script ci-dessous a été tiré du manuel de formation en résilience familiale de 2015 du projet FOCUS.

*Demandez au groupe de fermer les yeux s'ils sont assez à l'aise pour le faire, et de prendre deux ou trois respirations profondes. La respiration doit se faire du diaphragme ou du ventre, et non pas des épaules. Imaginez avoir un ballon dans le ventre (mettez vos mains dessus si cela vous aide) qui se gonfle quand vous inspirez et se dégonfle quand vous expirez.*

*Maintenant relaxez-vous (trouvez les zones de tension dans votre corps et libérez-en la tension), laissez-vous aller et continuez d'inspirer et d'expirer lentement. 1, 2, 3.*

*Maintenant je veux que vous inspirez et laissez l'air remplir votre ventre. 1, 2, 3. Et maintenant expirez complètement. 1, 2, 3.*

*Pensez à un lieu où vous vous sentez à l'aise, calme et détendu. Cela pourrait être une plage, un pré, une forêt tropicale, une pièce chez vous, votre destination de voyage préférée. Pensez au lieu qui vous aide à vous sentir à l'aise, calme et détendu.*

*Continuez d'inspirer ... 1, 2, 3 ... et d'expirer ... 1, 2, 3.*

*Pensez au lieu où vous vous sentez à l'aise, calme et détendu.*

*Imaginez que vous y êtes maintenant. Juste vous, personne d'autre. C'est le lieu où vous pouvez vous sentir à l'aise, calme et détendu. Imaginez à quoi il ressemble. Est-il ensoleillé ? Quelles couleurs voyez-vous ? À mesure que vous vous imaginez dans ce lieu spécial, prêtez attention à ses plus infimes détails, ses odeurs, ses sons. Quels sont les objets qui vous entourent ? Voyez-vous de l'eau ? Des arbres ? De*

*l'herbe ? Ou du sable ? Voyez-vous le ciel ? Quelle est sa couleur ?*

*Maintenant, je veux que vous vous concentriez sur les sons. Entendez-vous du vent ? De l'eau ? Pensez-vous aux sons ? Entendez-vous des oiseaux ? Des arbres ? Quel son émet le sol quand vous marchez ?*

*Maintenant pensez aux odeurs. Quels sont les différents parfums qui entrent dans votre nez ? Inspirez profondément ... 1, 2, 3, 4, 5 ... et expirez ... 1, 2, 3, 4, 5. Concentrez-vous sur ces odeurs.*

*Puis concentrez-vous sur comment vous vous y sentez. Que ressent votre peau ? Comment se sentent vos pieds alors qu'ils vous promènent dans ce lieu spécial ? Avez-vous chaud ? Sentez-vous de la fraîcheur ? Comment se sentent vos yeux ? Vous sentez-vous calme, détendu et à l'aise ?*

*Prenez quelques instants et savourez comment vous vous sentez dans ce lieu spécial. Pensez aux vues, sons, odeurs, et sensations dans votre corps quand vous vous y trouvez.*

*Maintenant, reprenez conscience de votre respiration.*

*Concentrez-vous sur votre respiration.*

*Revenez mentalement dans la pièce.*

*Quand vous êtes prêt, ouvrez les yeux.*

Les membres du groupe peuvent discuter de leurs opinions sur le processus.

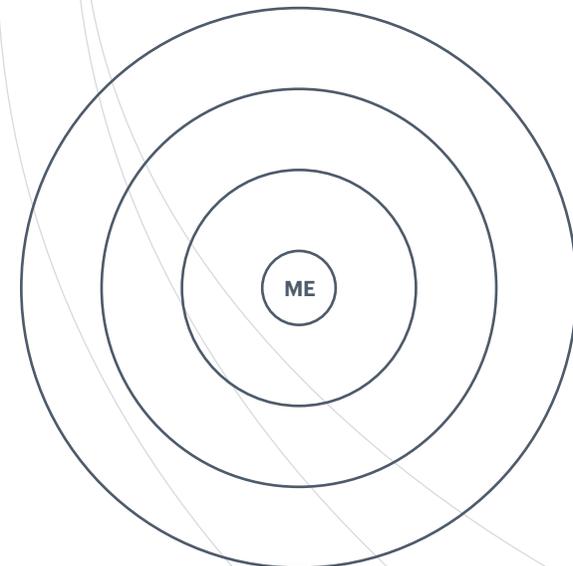
### 6.3.8 ACTIVITÉ SUR LE SYSTÈME DE SOUTIEN

Cet exercice peut être mené avec des personnes, des familles ou des groupes.

Distribuez le feuillet sur le cercle de relations figurant ci-dessous. Expliquez que le cercle central vous représente, et que les cercles concentriques représentent les relations dans votre vie et leur niveau d'intimité avec vous. Demandez aux membres de placer des petits cercles sur le dessin (contenant les initiales de membres de leur famille, d'amis, de connaissances et autres) représentant le niveau actuel d'intimité de ces personnes avec vous. Demandez aux membres du groupe de réfléchir sur ces relations, puis de refaire l'exercice au verso du feuillet. Cette fois, ils devraient placer ces relations aux endroits où ils voudraient qu'elles se trouvent. Puis demandez-leur d'identifier les relations qui ont effectué les plus grands déplacements. Demandez-leur de partager ce qu'ils ont acquis lors du déroulement de cet exercice de grille d'évaluation de relations. Discutez des démarches pouvant être entreprises pour améliorer les relations qu'ils souhaitent plus proches.

Les membres du groupe sont supposés identifier les relations importantes dans leurs vies qui constituent leur système de soutien. Ils sont encouragés à réfléchir sur les relations qu'ils souhaitent améliorer et qui sont bénéfiques à leur développement, et les relations qui ne sont pas constructives et ont une mauvaise influence sur eux, et qui par conséquent nécessitent moins d'énergie.

#### Feuillet sur le cercle de relations



### 6.3.9 SYSTÈME DE SOUTIEN SOCIAL

Demandez aux membres du groupe/participants de dessiner un arbre. Demandez-leur d'écrire les noms des membres de leur système de soutien sur les feuilles.

Facilitez une discussion sur l'expérience de cette activité. Pensez-vous avoir suffisamment de personnes dans votre système de soutien ? De quelle autre manière pourriez-vous créer un système de soutien ? (Famille, amis, partenaire, thérapie, groupes sociaux/sportifs, conférenciers, entre autres).



Un participant à l'atelier de cartographie corporelle de 2012 au Liberia.



Une exposition de cartes corporelles de la GIJTR en 2018 à Conakry, en Guinée.

# CHAPITRE 7

## INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

### 7.1 Références / Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e édition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anxiety and Depression Association of America. (n.d.). Post-traumatic stress disorder. Tiré de : <https://www.adaa.org>
- CVT. (2005). [https://www.healtorture.org/sites/healtorture.org/files/Healing\\_the\\_Hurt\\_combined.pdf](https://www.healtorture.org/sites/healtorture.org/files/Healing_the_Hurt_combined.pdf)
- Eyber, C., & Ager, A. (2002). Conselho: psychological healing in displaced communities in Angola. *The Lancet*, 360(9336), 871.
- Fairbairn, G. J. (2002). Ethics, empathy and storytelling in professional development. *Learning in Health and Social Care*, 1(1), 22-32.
- Hackney, H., & Cormier, L. (2012). The professional counselor: A Process guide to helping (Edisi ke-7).
- Harwood, B. & Haas, S. (2012). Your duty to crime victims: Know the right, do the right. Disponible sur : <http://www.mdle.net/pdf/crimeviclesplan2012.pdf>
- Hundall Stamm, B. (2009). Professional quality of life measure: Compassion, satisfaction, and fatigue version 5 (ProQOL). (ProQOL). /www.isu.edu/~bhstamm or [www.proqol.org](http://www.proqol.org)
- IASC. (2007). [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/9781424334445/en](https://www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en)
- IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. (2012). Who is Where, When, doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes (version d'essai sur le terrain). Geneva. [https://www.who.int/mental\\_health/publications/iasc\\_4ws.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/publications/iasc_4ws.pdf?ua=1)

RÉFÉRENCES

ANNEXES

- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon and Schuster.
- Rothschild, B., & Rand, M. (2006). Help for the helper: Self-care strategies for managing burnout and stress. New York & London: WW Norton & Company.
- Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M., & Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17-49.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioural sciences/clinical psychiatry (11e édition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. WW Norton & Co.
- SANTOC. (2010). <https://www.csvr.org.za/images/docs/tsu2.pdf>
- UNCAT, 1984. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx>
- UNCAT GC. [https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/cat/cat-c-gc-4\\_en.pdf](https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/cat/cat-c-gc-4_en.pdf)
- World Health Organization. (2013). *Psychological first aid: facilitator's manual for orienting field workers*. World Health Organization.
- <http://www.teachtrauma.com/educational-tools/classroom-activities/>

### 7.2 Annexes

#### 7.2.1 ANNEXE A : CONTEXTE

Le Sri Lanka est un État insulaire sud-asiatique situé dans l'océan indien ; il a une population d'environ 21 millions d'habitants. D'après le recensement de 2012, 74,9% de la population est cingalaise, 15,3% est tamoul, et 9,3% est maure sri lankaise. En outre, 70,1% se considèrent bouddhistes, 12,6% hindous, 9,7% musulmans, et 6,2% chrétiens. La majorité des Cingalais sont bouddhistes et la majorité des Tamouls sont hindous, bien que dans de nombreux cas l'identité religieuse transgresse les barrières ethniques (DCS 2021).

Depuis 50 ans, le Sri Lanka est en proie à un conflit armé, des violences ethno-nationalistes et des inégalités socio-économiques internes prolongés, en plus d'un tsunami dévastateur qui a eu des impacts dramatiques sur la santé mentale de la plus grande partie de la population.

## Guerre civile sri lankaise

Le conflit principal qui a façonné l'histoire moderne du Sri Lanka oppose les forces du gouvernement et le groupe rebelle prénommé les « Tigres de libération de l'Eelam Tamoul » (Liberation Tigers of Tamil Eelam, LTTE). En réaction au traitement préférentiel de l'époque coloniale envers les migrants tamouls indiens qui se sont implantés à Ceylan, les gouvernements successifs élus par la majorité cingalaise après l'indépendance de 1948 ont adopté des lois discriminatoires favorisant les Cingalais et limitant les droits des Tamouls. En 1972, le gouvernement a changé le nom du pays en Sri Lanka et a identifié le Bouddhisme comme sa religion principale. Des politiciens et activistes tamouls ont demandé une sécession et la formation d'un eelam, ou patrie, tamoul dans le nord et l'est du Sri Lanka, où la majorité de la population tamoule réside.

À mesure que les tensions montaient dans les années 1970, jusqu'aux émeutes anti-tamoules de 1977, le LTTE s'est formé et a commencé à s'engager dans des luttes armées de petite envergure contre les forces du gouvernement. Le gouvernement a réagi en bannissant le groupe, centralisant le pouvoir dans la présidence et adoptant la loi de prévention du terrorisme de 1979, ainsi que d'autres réglementations législatives et d'urgence, qui ont limité encore davantage les droits des Tamouls dans le pays (Bose 1994). En juillet 1983, une embuscade du LTTE qui a fait 13 morts parmi les soldats cingalais a provoqué des attaques généralisées contre les civils, ainsi que les activistes et militants, tamouls. Des estimations indiquent que les émeutes du « juillet noir » ont causé jusqu'à 3 000 morts et le déplacement de près de 150 000 Tamouls uniquement dans la capitale, Colombo. À ce moment-là, le LTTE est devenu un véritable groupe insurrectionnel et le conflit est devenu une guerre civile. Plus de 100 000 personnes ont été tuées au cours de 26 années du conflit armé, et jusqu'à un million de personnes ont été déplacées (Project Ploughshares 2009; Kumar 2011).

Aussi bien les forces du gouvernement que le LTTE, ainsi que ses sous-groupes, ont eu recours aux disparitions forcées, exécutions extra-judiciaires, torture, violence sexuelle et recrutement d'enfants soldats, le LTTE utilisant également des attentats suicides contre des cibles de haut niveau comme tactique pour semer la terreur. Les nombreux états d'urgence et restrictions de la liberté d'association et de mouvement pendant la guerre ont affecté l'ensemble de la population, mais les Tamouls sont confrontés à des difficultés particulières du fait que les forces du gouvernement les soumettent régulièrement à des harcèlements et des détentions arbitraires, en plus des restrictions intermittentes d'accès aux denrées alimentaires et aux fournitures médicales (Sriram 2014).

Après que la tentative de la Norvège de négocier un accord de paix a échoué en 2006, Mahinda Rajapaksa, le président connu pour son intransigeance qui est arrivé au pouvoir en 2005, a consolidé son influence par le biais d'une alliance avec des partis politiques

nationalistes cingalais et a supervisé le lancement d'une offensive militaire de grande envergure contre le LTTE. En mai 2009, le gouvernement a déclaré victoire contre le groupe rebelle. Les derniers mois de l'offensive ont été particulièrement brutaux, avec des morts civiles, majoritairement de Tamouls, estimées entre 40 000 et 70 000 entre janvier et mai 2009 seulement, et causées la plupart du temps par des bombardements militaires (UN 2011; 2012).

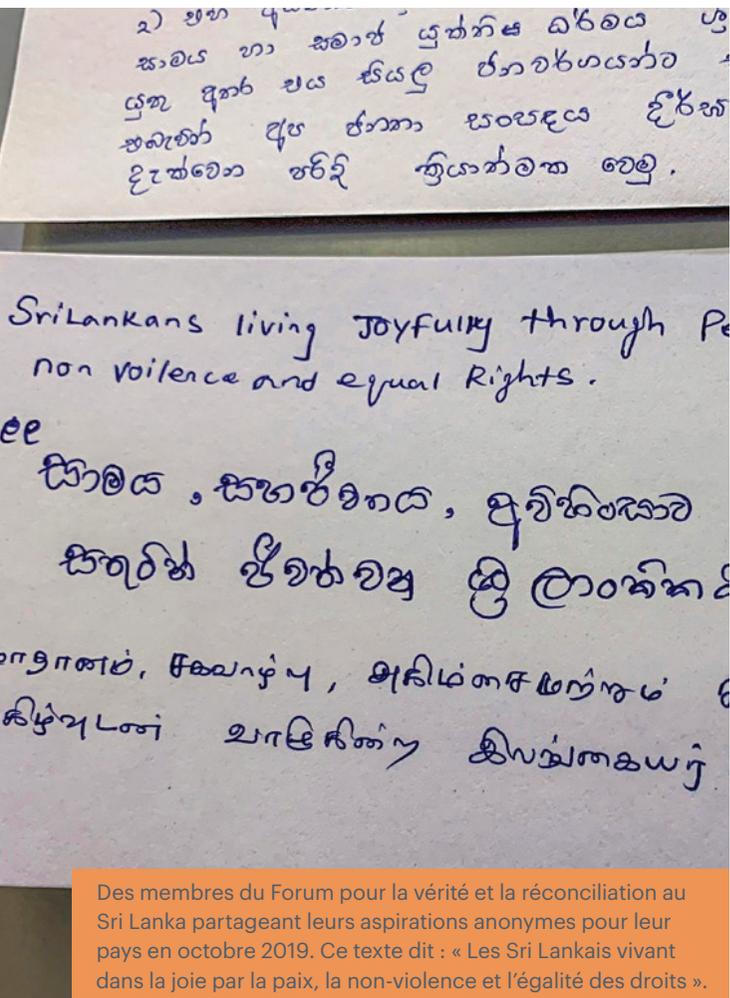
À la suite de la défaite surprise de Mahinda Rajapaksa aux élections par le candidat de l'opposition Maithripala Sirisena en 2015, le nouveau gouvernement a co-parrainé la Résolution 30/1 du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies dans le but de promouvoir la réconciliation, la responsabilisation et les droits de l'homme au Sri Lanka. Il s'est engagé à établir un bureau des personnes disparues, une commission de la vérité, un organisme en charge des réparations, et un tribunal hybride qui s'attaquerait aux graves violations commises pendant la guerre civile, en plus de retirer les forces du gouvernement des terres civiles dans le nord-est du pays et de révoquer la loi sur la prévention du terrorisme. Mais le processus de justice transitionnelle a été affaibli par un manque de volonté politique, tout comme l'ont été la Commission des leçons apprises et de la réconciliation et la Commission présidentielle chargée d'enquêter sur les réclamations concernant les personnes disparues, toutes deux établies par l'administration Rajapaksa en 2010 et 2013 respectivement (ITJP 2018).

Le Bureau des personnes disparues a ouvert en 2018 pour gérer ce qui est supposé être le deuxième plus grand nombre de cas au monde (UN 2019), mais il a été critiqué pour la lenteur de ses enquêtes et le manque de participation des victimes. Le gouvernement a approuvé la législation relative au Bureau des réparations en octobre 2018, et il devrait en faire de même prochainement pour la Commission pour la vérité, la justice, la réconciliation et la non-réurrence, mais l'établissement de ces organismes a été maintes fois retardé. En 2019, le gouvernement écarté l'idée d'un tribunal hybride au Sri Lanka, et aucune démarche n'a été entamée pour libérer les terres occupées ni pour annuler la législation relative au terrorisme (Kersten 2020).

Après son élection à la présidence fin 2019, Gotabaya Rajapaksa, frère de Mahinda Rajapaksa et partisan du nationalisme cingalais, a annoncé son intention de renverser de nombreuses politiques mises en place par le gouvernement précédent, y compris celle en rapport avec la Résolution 30/1, prétendant qu'elle déstabilise la souveraineté du Sri Lanka et la mémoire de ses héros de guerre (ICG 2020). Bien que la société civile dans le pays et la diaspora ont tenté de faire face au passé de guerre civile par le biais de pratiques de commémoration et de sensibilisation (Orjuela 2020), le refus d'admettre les violations commises pendant la guerre est répandu, et le processus de justice transitionnelle et ses partisans se voient menacés dans le contexte politique actuel du Sri Lanka.

## Ethno-nationalisme et attaques religieusement motivées

Le conflit armé entre le gouvernement sri lankais et le LTTE a émergé principalement en raison de l'institutionnalisation de la marginalisation politique et socio-économique des Tamouls plutôt qu'en raison de différences religieuses (Devotta 2018). Mais la guerre et la défaite de l'insurgence tamoule ont contribué au renforcement du nationalisme Bouddhiste cingalais. Sur la base du texte de 5e siècle le Mahavamsa (la grande chronique) dans lequel le bouddha a désigné Sri Lanka comme une île pour les cingalais et un repository pour son enseignement, l'ethno-nationalisme a incité de nombreuses attaques contre les minorités religieuses, en particulier musulmanes et chrétiennes, pendant la période de l'après-guerre (Gunatilleke 2015). Depuis 2012, ces attaques ont pris la forme de campagnes de discours haineux exploitées par des groupes extrémistes, plus particulièrement le Bodu Bala Sena, avec le soutien tacite et occasionnellement



explicitement de politiciens bouddhistes cingalais nationalistes (y compris Gotabaya Rajapaksa) et de moines bouddhistes alliés, en plus de manifestations de violences organisées par différentes factions militantes et leurs partisans.

Encourageant le stéréotype selon lequel les musulmans cherchent à se reproduire en grand nombre pour changer l'équilibre démographique du Sri Lanka, les actions des groupes nationalistes ont incluses, entre autres, des plaidoiries en faveur de l'abolition de la certification halal et le hijab, la diffusion de discours haineux sur les réseaux sociaux, le ravivement des peurs envers le fondamentalisme

islamique, le saccagement de mosquées et de commerces musulmans, et l'incitation des foules à la violence. Le gouvernement est resté largement passif alors que ces attaques se déroulaient, malgré l'alliance historique entre les autorités cingalaises et les groupes musulmans, qui avait d'ailleurs poussé le LTTE à prendre les musulmans pour cibles pendant la guerre civile. Des tactiques similaires à un niveau plus localisé sont désormais utilisées contre les chrétiens dans le pays, basé sur des rumeurs selon lesquelles ils offrent des incitations financières et autres pour convertir les Bouddhistes à la chrétienté, là aussi pour modifier la division démographique du pays (Devotta 2018). Des temples hindous et bouddhistes non-Theravada ont également fait l'objet d'attaques (CPA 2013).

Une nouvelle forme de violence motivée par la religion est apparue au Sri Lanka en 2019, avec des attentats suicides à la bombe coordonnés dans des églises et autres lieux de rassemblement chrétiens près de Colombo, le dimanche de Pâques, qui ont tués plus de 250 personnes. Le gouvernement en a attribué la responsabilité à des groupes islamistes locaux et s'est lancé dans des arrestations de masse qui, dans certains cas, ont été utilisées comme excuse pour harceler des citoyens musulmans ainsi que des défenseurs des droits de l'homme, y compris par le biais de la loi de prévention du terrorisme (Imtiyaz 2019). Tout ceci fait partie d'une tendance plus généralisée d'abus de droits qui a commencé à la fin de la guerre civile alors que la police et les agences de renseignements, ainsi que les médias pro-gouvernementaux, se sont mis à impunément cibler les défenseurs des droits de l'homme, les avocats, les journalistes, les victimes de violations passées, et les civils ordinaires soupçonnés d'avoir une position de critique envers le gouvernement. Cette pratique s'est accélérée depuis l'élection de Gotabaya Rajapaksa en 2019 (HRW 2020).

## Le tsunami de 2004 et ses impacts socio-économiques

Durant la matinée du 26 décembre 2004, un séisme a envoyé des vagues massives à travers l'océan indien qui ont eu un impact dévastateur sans pareil sur 2 260 kilomètres de côte dans le nord et l'est du Sri Lanka. Selon les estimations officielles, environ 35 000 personnes sont mortes, dont les deux tiers étaient des femmes et des enfants, et plus de 500 000 ont été déplacées par la catastrophe. Entre un et deux millions de personnes ont été directement affectées par le tsunami, et les répercussions économiques se sont élevées au-delà d'un milliard de dollars américains. Comme les catastrophes naturelles de ce genre sont rares dans cette région, le pays n'avait de système d'alarme et n'était pas prêt dans les domaines des efforts humanitaires, du secours d'urgence et de la reconstruction qui allaient être nécessaires (Athukorala and Resosudarmo 2005; Minas et al. 2017).

Bien que l'économie du Sri Lanka se soit finalement remise du tsunami, les zones riches et principalement urbaines signalant des revenus en hausse au fil de temps, les foyers à faibles revenus se trouvant dans les régions touchées en subissent toujours des effets négatifs considérables sur leurs niveaux de revenu et de consommation alimentaire même 10 ans après (De Alwis and Noy 2019). La catastrophe a eu un effet particulièrement délétère sur les zones à majorité tamoule qui étaient déjà affectées par la guerre civile et souffraient également de sous-développement. La population tamoule dans l'ensemble du Sri Lanka est confrontée à des taux de pauvreté plus élevés, ainsi qu'à un accès plus limité à l'éducation et aux autres services de base, que les autres groupes ethniques (WB 2015).

La population générale du Sri Lanka voit des taux croissants d'inégalité, les 10% plus riches gagnant plus que le revenu des 70% de la population combinée en 2016 (IPS 2018). Face aux pressions économiques, un nombre croissant de Sri Lankais provenant de familles à faibles revenus sont devenus des travailleurs migrants internationaux, acceptant des emplois peu qualifiés, principalement au Moyen Orient, et envoyant des fonds à leurs familles restées au pays. Plus de deux millions de Sri Lankais travaillent actuellement à l'étranger comme migrants de travail (IOM 2020).

### Effets sur la santé mentale

La combinaison des violences à grande échelle, du tsunami et des difficultés socio-économiques a eu des impacts considérables sur la santé mentale de la population du Sri Lanka, notamment en matière de traumatisme individuel et collectif. Bien que le pays a une position générale enviable sur l'indice du développement humain des Nations Unies, les décès de proches, les changements dans la structure familiale, les déplacements géographiques, les pertes de propriétés et de moyens de subsistance, les interruptions dans l'éducation, et la perte de sécurité occasionnés par les catastrophes naturelles et humaines ont tous contribué à l'émergence de problèmes incontournables en matière de santé mentale (AF 2016). Le Sri Lanka avait l'un des taux de suicides les plus élevés au monde dans les années 1990 et, bien que son taux a commencé à descendre dans les années 2000, l'auto-mutilation reste la deuxième cause de mortalité précoce et de morbidité dans le pays, plus particulièrement chez les hommes (Minas et al. 2017).

Parmi ceux affectés par la guerre civile, le stress post-traumatique, les troubles dépressifs majeurs, les troubles de somatisation et les troubles d'anxiété sont courants, plus particulièrement dans le nord et l'est du Sri Lanka (Muraleetharan 2016). Les enfants ont également été affectés, une étude menée dans le nord-est montrant que, parmi les enfants interrogés, 92% avaient signalé avoir vécu des événements extrêmement

traumatisants et 79% avaient fait l'expérience d'une forme ou autre de combat. Un quart des enfants répondaient aux critères de stress post-traumatique ; 12% d'entre eux souffraient de troubles de l'anxiété et étaient plus susceptibles de souffrir de symptômes de dépression et/ou de somatisation (Elbert 2009). Des études suggèrent que le traumatisme causé par le conflit dans le pays est lié aux taux élevés d'abus de substances et de violences domestiques parmi les hommes, avec des effets négatifs plus particulièrement sur les enfants, les adolescents et les femmes, y compris les femmes âgées (Minas et al. 2017).

Le tsunami a également eu des effets graves et persistants sur ceux qui en ont été affectés, une étude menée presque deux ans après la catastrophe montrant que la prévalence du stress post-traumatique parmi les personnes interrogées était de 21%, la dépression de 16% et l'anxiété de 30% (Hollifield 2008). Ces effets étaient particulièrement présents chez les jeunes affectés par à la fois le conflit et le tsunami, surtout parmi ceux qui ont été déplacés dans le pays (AF 2016).

Il a été rapporté que les attaques ethno-nationalistes depuis la fin de la guerre civile, sous la forme non seulement de violences physiques mais également de discours haineux, et ce, plus particulièrement sur les réseaux sociaux, ont provoqué des suicides et contribué à la dépression et à d'autres problèmes courants de santé mentale parmi les musulmans et autres communautés affectées dans le pays (Wijayarathne 2019; Kallivayalil et al. 2020).

La prévalence de la migration de travail a également eu une incidence négative sur la santé mentale. Des études ont indiqué qu'environ 43% des enfants de travailleurs migrants internationaux, 14% de leurs épouses et 30% des chefs de famille qui ne sont pas des épouses (en général des femmes âgées) souffrent de dépression et d'autres problèmes de santé mentale (Wickramage et al. 2015; Siriwardhana et al. 2015).



Une photo prise lors de l'atelier de cartographie corporelle de la GIJTR au Sri Lanka.

Les problèmes de santé mentale sont hautement stigmatisés au Sri Lanka, impliquant des connotations de « mauvais sang » dans la famille et de responsabilité personnelle sous forme de « karma », et entraînent souvent l'exclusion sociale et des niveaux de pauvreté comparativement élevés parmi non seulement les personnes affectées mais également les membres de leurs familles (AF 2016). Les effets omniprésents du tsunami ont permis une sensibilisation accrue et une plus grande acceptation des préoccupations en matière de santé mentale dans le pays, ce qui a également suscité une prise de conscience du besoin d'aborder le problème des impacts de la guerre civile sur la santé mentale (Minas et al. 2017). Cependant, les efforts en ce sens dans le nord et l'est du Sri Lanka continuent d'être politisés et considérés comme « portant sur la sécurité », jusqu'au point où les habitants de la région se sont souvent « vus refuser des espaces adéquats pour faciliter systématiquement les processus de guérison par le biais d'interventions générales basées sur la personne, la famille et la communauté » (AF 2016: 10).

### **Cadres de soutien psychosocial et en santé mentale**

Les pratiques indigènes et ayurvédiques qui ont précédé le colonialisme continuent d'influencer les approches en santé mentale au Sri Lanka, particulièrement dans les zones rurales. Dans ces pratiques, les problèmes de santé mentale sont souvent attribués à des facteurs astrologiques, à la sorcellerie, à la possession par des démons ou à la magie noire, la guérison dépendant de cérémonies astrologiques et religieuses, ainsi que la phytothérapie (Minas et al. 2017). L'université de Colombo et l'université of Kelaniya offre une formation normalisée à la pratique médicale ayurvédique, et un certain nombre de praticiens agréés, ainsi que de nombreux praticiens informels non agréés, de médecine indigène exercent dans le pays. Mais, dans le secteur public, le gouvernement a rapidement adopté un modèle thérapeutique occidental pour ses services de soutien psychosocial et en santé mentale (AF 2016).

Après une prévalence d'institutions psychiatriques de la fin des années 1800 aux années 1930, le Colombo General Hospital a été l'un des premiers hôpitaux sur la scène internationale à mettre sur pied une clinique de consultations externes en 1939 dans le cadre du système de santé publique du pays. Cela a été le point de départ d'une expansion rapide des services publics de santé mentale, qui ont inclus un nombre croissant de postes publics pour les psychiatres, l'ouverture du service de psychiatrie à l'université de Colombo en 1968, l'intégration de psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers en santé mentale et ergothérapeutes dans les services psychiatriques dans le cadre d'une approche communautaire dans les années 1950 et 1960, et l'établissement de cliniques communautaires de santé mentale à partir des années 1970. Néanmoins,

cette expansion s'est déroulée principalement dans les centres urbains et a mis beaucoup plus de temps à arriver dans les zones rurales (Minas et al. 2017).

Le début de la guerre civile a réduit les services de santé mentale situés dans les parties nord et est du Sri Lanka, et a poussé la plupart des praticiens à quitter ces régions. Par exemple, en 2003, la province du nord-est avait seulement deux psychiatres exerçant leurs fonctions avec des ressources limitées, alors que la province de l'ouest, où se trouve Colombo, avait 25 psychiatres en exercice (Minas et al. 2017). À partir des années 1980, les effets de la guerre civile ont favorisé les recherches et les interventions basées sur les approches psychosociales, qui ont fait de leur mieux avec leurs maigres ressources et ont développé des processus communautaires, des pratiques traditionnelles, des ressources et des relations, plus particulièrement dans le nord et l'est. Parmi ceux-ci figuraient, par exemple, des pratiques axées sur la famille et la communauté intégrées dans le traitement des patients dans les unités de santé mentale des hôpitaux de district, l'engagement de guérisseurs traditionnels, des programmes de soutien psychosocial pour les enfants et des formations pour les conseillers dans les écoles, ainsi qu'une collaboration entre les services de l'État et des organisations non gouvernementales comme Nest, BasicNeeds, Shanthiham et le Family Rehabilitation Centre (AF 2016).

Le tsunami de 2004, qui a affaibli encore plus les services limités de santé mentale disponibles dans certaines zones, a néanmoins souligné à nouveau le besoin de services de soutien psychosocial et en santé mentale publics et accessibles au plus grand nombre, ainsi que le besoin de soutien financier de la part de donateurs œuvrant dans le pays à la suite du tsunami. Le gouvernement a alors lancé un processus consultatif relativement étendu auprès de praticiens psychosociaux, professionnels de la santé mentale, universitaires, législateurs et autres parties prenantes, le tout résultant en l'adoption d'une politique de santé mentale pour la période de 2005 à 2015 (MHD 2005). Bien que la législation du Sri Lanka relative aux services de soutien psychosocial et en santé mentale n'a pas été mise à jour depuis l'ordonnance sur les maladies mentales de 1956, la politique de santé mentale a représenté un énorme pas en avant. La direction de la santé mentale a développé un plan d'action pour la mise en œuvre de la politique qui comprenait des allocations de fonds, des dispositions pour l'établissement d'un conseil multisectoriel national pour la santé mentale qui serait chargé de superviser la mise en œuvre de la politique, une focalisation sur le renforcement des ressources humaines en matière de santé mentale, un déplacement formel des traitements basés dans les hôpitaux psychiatriques à des services basés dans les communautés, et l'intégration de services de santé mentale dans les soins primaires (Minas et al. 2017).

Les limitations en ressources humaines se sont révélées être un problème persistant dû à des contraintes budgétaires, des problèmes de coordination, et la « fuite des cerveaux

». En 2015, il n’y avait toujours que 89 psychiatres consultants pour une population de 21 millions, et le nombre d’infirmiers psychiatriques, de travailleurs sociaux, de psychologues et d’ergothérapeutes restait obstinément bas. Pour résoudre ce problème, le Sri Lanka a développé de nouvelles catégories de travailleurs en santé mentale. Celles-ci comprennent les « agents médicaux » qui ont soit un diplôme d’un an soit un certificat d’un mois en psychiatrie pour fournir des services de base dans les sous-districts à travers tout le pays, ainsi que des « agents de soutien communautaire » qui, avec leur formation brève, orientent les personnes vers des services de soutien psychosocial et en santé mentale ou les aident à se réintégrer après leur hospitalisation, par exemple. La plupart des districts ont désormais des établissements et des services de santé mentale publics, y compris des unités d’hospitalisation psychiatrique, des unités de soins intermédiaires et des cliniques communautaires, sous la supervision d’au moins un psychiatre ou un agent médical dans la plupart des sous-districts. Cependant, vu les contraintes en matière de ressources, les travailleurs en santé mentale signalent une charge de travail écrasante et très peu de soutien institutionnel (Minas et al. 2017).

Le gouvernement s’est engagé en une approche plus communautaire des services de soutien psychosocial et en santé mentale, partiellement pour essayer de résoudre les problèmes de ressources humaines, mais il a été très lent à institutionnaliser ce changement. Les composantes psychologique et psychosociale des services de santé mentale publics sont souvent compartimentées (AF 2016). Une approche plus intégrée serait, par exemple, celle adoptée par les professionnels de la santé mentale du secteur public en collaboration avec des organisations non gouvernementales dans la province du nord à partir des années 1990. Cette approche combine la psycho-éducation par le biais de médias, pamphlets, et conférences publiques ; une formation des soins de base de santé mentale pour les enseignants, le personnel de santé primaire, les prêtres, les autorités traditionnelles, les guérisseurs traditionnels, les jeunes et les personnes âgées, en général dans la langue locale ; et la collaboration avec des ressources locales pour renforcer le soutien psychosocial communautaire (Somasundaram 2014). Un autre exemple est un programme communautaire de réhabilitation pour les enfants handicapés et affectés par les conflits qui encourage la collaboration entre les familles, les organisations non gouvernementales et les communautés, tout en rassemblant des membres des groupes militaires cingalais et des groupes militants tamouls pour qu’ils partagent leurs expériences communes de handicap et mettent sur pied une aide mutuelle (Betancourt et al. 2013).

En plus de plaider en faveur de pratiques à caractère davantage communautaire dans le cadre d’une approche qui combine interventions psychologues et psychosociales, les praticiens et chercheurs locaux ont réclamé un modèle de services de soutien psychosocial et en santé mentale qui encourage l’intégration de pratiques occidentales et traditionnelles, s’étendant de la médecine indigène et ayurvédique aux pratiques

religieuses et culturelles. Ils ont également demandé des interventions qui soient adaptées aux besoins des personnes affectées et qui soient axées explicitement sur les impacts intergénérationnels et continus en santé mentale de la guerre civile et des attaques ethno-nationalistes au Sri Lanka, lesquels sont exacerbés par la marginalisation socio-économique. Ils ont finalement souligné le besoin d’une distribution plus équitable de ressources humaines et autres dans toutes les régions du pays, et entre les zones urbaines et rurales (AF 2016).

La direction de la santé mentale remarque que les objectifs de la politique de santé mentale pour la période 2005 à 2015 étaient de « fournir des services de santé mentale de bonne qualité aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire ; d’assurer une implication active des communautés, familles et utilisateurs des services ; de rendre les services de santé mentale culturellement appropriés et basés sur de preuves factuelles ; et de protéger les droits et l’homme et la dignité de toutes les personnes souffrant de troubles mentaux ». Elle est en train de réviser la politique de santé mentale du pays pour la période 2016 à 2025 « du fait que la promotion et les services de santé mentale au Sri Lanka et [sic] ont connu des changements considérables » (MoH 2020). Il reste à voir de quelle façon la politique affectera les services de soutien psychosocial et en santé mentale dans le pays, si elle est adoptée, plus spécialement étant donné le contexte politique actuel.

Entre-temps, l’offre de services de soutien psychosocial et en santé mentale publics et gérés par des organisations non gouvernementales au Sri Lanka est variée, des soins psychosociaux individuels au soutien multidisciplinaire dans le cadre d’interventions collectives, pour pouvoir répondre aux situations de crises et de catastrophes naturelles. Parmi les interventions de soutien psychosocial et en santé mentale figurent le conseil, la création de liens, les activités de jeux pour les enfants et les jeunes, la protection, la réhabilitation et la réintégration, la sensibilisation, le réseautage et la coordination, la réponse à des besoins pratiques qui affectent le bien-être psychosocial, le développement de capacités et les initiatives pour améliorer la qualité des services, l’aide aux des groupes de soutien et la réalisation d’interventions spécialisées liées à la santé mentale, le traçage familial, la réunification familiale et le soutien de l’éducation des enfants par le biais de programmes d’apprentissage accéléré ; les programmes de compétences de la vie ; les soins psychiatriques, l’aide à la guérison traditionnelle (rituels et pratiques religieuses, entre autres), et le recours à des méthodes d’expression comme le l’art dramatique psychosocial (AF 2016: 18).

Le gouvernement du Sri Lanka a jusqu’à présent reconnu le besoin de services de soutien psychosocial et en santé mentale qui soient omniprésents pour répondre aux besoins variés de la population dans ce domaine, et plus particulièrement étant donné les crises qui ont affecté le pays au cours des 50 dernières années.

La société civile a collaboré avec le gouvernement et de façon indépendante pour développer des interventions de soutien psychosocial et en santé mentale novatrices et contextuellement pertinentes, ainsi que pour combler les lacunes dans les soins en santé mentale du secteur public. En plus de se pencher sur les limitations en matière de ressources humaines, les problèmes de coordination et les restrictions budgétaires, le cadre des services de soutien psychosocial et en santé mentale devra accomplir un travail considérable en matière d'intégration des différentes approches psychosociales. Il doit également reconnaître et répondre à la politisation passée et continue des soins de santé mentale dans les communautés affectées par les violences.

D'où l'utilité de boîte à outils comme celle-ci qui ont pour objectif de fournir au minimum des informations de base sur le soutien psychosocial et ses méthodes de prestation.

## Références

- Asia Foundation. 2016. *Transitions in Mental Health and Psychosocial Support Services in Sri Lanka 2004–2015: A Decade in Review*.
- Athukorala, Prema-chandra, and Budy P. Resosudarmo. 2005. "The Indian Ocean Tsunami: Economic Impact, Disaster Management, and Lessons." *Asian Economic Papers* 4(1): 1–39.
- Betancourt, T.S., M.S.E Meyers-Ohki, M.A.P. Charrow and W.A. Tol. 2013. "Interventions for Children Affected by War: An Ecological Perspective on Psychosocial Support and Mental Health Care." *Harvard Review of Psychiatry* 21(2): 70.
- Bose, Sumantra. 1994. *States, Nations, Sovereignty*. New Delhi: Sage.
- Centre for Policy Alternatives (CPA). 2013. "Attacks on Places of Religious Worship in Post-war Sri Lanka." Disponible sur : <https://s3.amazonaws.com/f.cl.ly/items/3L2T1z0A1G1f3o0m2H3g/Attacks%20on%20Religious%20Places.pdf>.
- De Alwis, Diana, and Ilan Noy. 2019. "Sri Lankan Households a Decade after the Indian Ocean Tsunami." *Review of Development Economics* 23(2): 1000–1026.
- Department of Census and Statistics (DCS), Sri Lanka. 2012. "Census of Population and Housing: Sri Lanka 2012." Disponible sur : <http://www.statistics.gov.lk/PopHouSat/CPH2011/Pages/Activities/Reports/SriLanka.pdf>.
- Devotta, Neil. 2018. "Religious Intolerance in Post-Civil War Sri Lanka." *Asian Affairs* 49(2): 278–300.
- Elbert, T., M. Schauer, E. Schauer, B. Huschka, M. Hirth and F. Neuner. 2009. "Trauma-related Impairment in Children: A Survey in Sri Lankan Provinces Affected by Armed Conflict." *Child Abuse & Neglect* 33(4): 238–246.
- Gunatilleke, Gehan. 2015. *The Chronic and the Acute: Post-War Religious Violence in Sri Lanka*. Colombo: International Center for Ethnic Studies and Equitas.
- Hollifield, M., C. Hewage, C.N. Gunawardena, P. Kodituwakku, K. Bopagoda and K. Weerathnege. 2008. "Symptoms and Coping in Sri Lanka 20–21 Months after the 2004 Tsunami." *British Journal of Psychiatry* 192(1): 39–44.
- Human Rights Watch. 2020. "Sri Lanka: Human Rights under Attack." Disponible sur : <https://www.hrw.org/news/2020/07/29/sri-lanka-human-rights-under-attack>.
- Imtiyaz, A.R.M. 2019. "The Easter Sunday Bombings and the Crisis Facing Sri Lanka's Muslims." *Journal of Asian and African Studies* 55(1): 3–16.
- Institute of Policy Studies (IPS). 2018. *Sri Lanka: State of the Economy 2018*.
- International Crisis Group (ICG). 2020. "A Dangerous Sea Change in Sri Lanka." Disponible sur : <https://www.crisisgroup.org/watch-list-2020#sri>.
- International Organization for Migration (IOM). 2020. *World Migration Report*.
- International Truth and Justice Project (ITJP). 2018. "Press Release." Disponible sur : <http://www.itjpsl.com/assets/press/24-September-2018-OMP-cabinet-committee.pdf>.
- Kallivayalil, R.A., A.Q. Jilani and A. Tripathi. 2020. "Islamophobia, Mental Health and Psychiatry: South Asian Perspectives." *Consortium Psychiatricum* 1(1): 78–84.
- Kersten, Mark. 2020. "The Thousands Still Missing: Sri Lanka after Decades of War and a Decade of 'Peace.'" *Justice in Conflict*, January 23. Disponible sur : <https://justiceinconflict.org/2020/01/23/the-thousands-still-missing-sri-lanka-after-decades-of-war-and-a-decade-of-peace>.
- Kumar, S.Y. Surendra. 2011. "Conflict and Internal Displacement in Sri Lanka: Concerns and Obstacles to Durable Solutions." In *Finding a Point of Return: Internally Displaced Persons in Sri Lanka*. Kolkata: Mahanirban Calcutta Research Group.
- Mental Health Directorate (MHD), Sri Lanka. 2005. "Mental Health Policy of Sri Lanka, 2005–2015."
- Minas, Harry, Jayan Mendis and Teresa Hall. 2017. "Mental Health System Development in Sri Lanka." In *Mental Health in Asia and the Pacific: Historical and Cultural Perspectives*, edited by Harry Minas and Milton Lewis. New York: Springer.
- Ministry of Health (MoH), Sri Lanka. 2020. "Overview." Disponible sur : [https://mentalhealth.health.gov.lk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5&Itemid=122&lang=en](https://mentalhealth.health.gov.lk/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=122&lang=en).
- Muraleetharan, Ohvia. 2016. "The Unseen Consequences of War: Responding to Sri Lanka's Mental Health Burden." *Yale Global Health Review* 7. Disponible sur : <https://yaleglobalhealthreview.com/2016/12/21/the-unseen-consequences-of-war-responding-to-sri-lankas-mental-health-burden>.

Orjuela, Camilla. 2020. "Passing on the Torch of Memory: Transitional Justice and the Transfer of Diaspora Identity across Generations." *International Journal of Transitional Justice* 14: 360-380.

Project Ploughshares. 2009. *Armed Conflicts Report: Sri Lanka*.

Singh, Shweta. 2019. "Easter Attacks in Sri Lanka: Terror and the Rise of Violent Extremism." *Economic and Political Weekly* 54(20): 12-14.

Siriwardhana, Chesmal, Kolitha Wickramage, Sisira Siribaddana, Puwalani Vidanapathirana, Buddhini Jayasekara, Sulochana Weerawarna, Gayani Pannala, Anushka Adikari, Kaushalya Jayaweera, Sharika Pieris and Athula Sumathipala. 2015. "Common Mental Disorders among Adult Members of 'Left-Behind' International Migrant Worker Families in Sri Lanka." *BMC Public Health* 15. Disponible sur : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1632-6>.

Sriram, Chandra Lekha. 2014. "Sri Lanka: Atrocities, Accountability, and the Decline of Rule of Law." In *Transitional Justice in the Asia-Pacific*, edited by Renee Jeffery and Hun Joon Kim. Cambridge: Cambridge University Press.

Somasundaram, D. 2014. *Scarred Communities: Psychosocial Impact of Man-made and Natural Disasters on Sri Lankan Society*. London: Sage.

United Nations (UN). 2019. *Report of the Working Group on Enforced or Involuntary Disappearances*.

United Nations (UN). 2012. *Report of the Secretary-General's Internal Review Panel on United Nations Action in Sri Lanka*.

United Nations (UN). 2011. *Report of the Secretary-General's Panel of Experts on Accountability in Sri Lanka*.

Wickramage, Kolitha, Chesmal Siriwardhana, Puwalani Vidanapathirana, Sulochana Weerawarna, Buddhini Jayasekara, Gayani Pannala, Anushka Adikari, Kaushalya Jayaweera, Sharika Peiris, Sisira Siribaddana and Athula Sumathipala. 2015. "Risk of Mental Health and Nutritional Problems for Left-Behind Children of International Labor Migrants." *BMS Public Health* 15. Disponible sur : <https://bmcpyschiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0412-2>.

Wijayarathne, Sandhira. 2019. "After the Violence." *Journal of Religion and Health* 59(1): 1-3.

World Bank Group (WB). 2015. *Sri Lanka: Ending Poverty and Promoting Shared Prosperity*.

Id Bank Group (WB). 2015. *Sri Lanka: Ending Poverty and Promoting Shared Prosperity*.

## 7.2.2 ANNEXE B : EXEMPLES DE BRISE-GLACES

Les brise-glaces sont des exercices de facilitation utilisés pour aider les membres d'un groupe en train de se transformer en équipe à apprendre et à se développer collectivement par rapport à un sujet d'atelier précis. Les brise-glaces aident les membres du groupe à « briser la glace » et à se sentir plus à l'aise entre eux, ce qui leur permettra de partager et de s'engager dans le cadre de l'atelier. Ils leur permettent de s'échauffer, de s'énergiser et de nouer des liens.

Ces exercices sont importants pour l'apprentissage participatif, et sont utilisés pour maintenir les niveaux de motivation à un bon niveau et pour augmenter les niveaux d'énergie. Les brise-glaces suivants sont des exemples que vous pouvez facilement utiliser :

1. **Demandez aux participants de se présenter (en donnant leur nom) et de choisir une couleur qui décrit au mieux comment ils se sentent à ce moment-là.**  
Demandez-leur de décrire ce que leur rappelle cette couleur, ce qu'elle représente pour eux, ou le sentiment qu'elle leur procure.
2. Demandez-leur de raconter comment ils ont acquis leur nom. Chaque personne a droit à une minute. Vous devrez les chronométrer.
3. **Divisez le groupe en paires.** Chaque personne doit donner son nom, le nom de son héros, et expliquer pourquoi il est son héros à l'autre personne. Chaque personne doit présenter l'autre personne au reste du groupe.
4. « **Je n'ai jamais...** mais j'aimerais bien un jour. » Chacun prononce la phrase.
5. **Les membres du groupe doivent penser à un adjectif qui décrit comment il se sent** et qui commence par la même lettre que leur nom. Puis ils doivent dire leur nom et comment il se sent. Par exemple : « Je m'appelle Alex et je suis anxieux ».
6. **Le brise-glace est intitulé « Meilleur ou pire ».** Le facilitateur doit demander aux membres du groupe de partager leur moment haut (le plus divertissant) et bas (le plus stressant) de la journée/semaine.
7. **Ils doivent fermer les yeux et être assis confortablement sur leurs sièges.**  
Demandez-leur de concentrer toute leur énergie sur leurs pieds tout en se relaxant. Demandez-leur, « Si vos pieds étaient une couleur, quelle serait-elle ? » et/ou « Si vos pieds vous disaient quelque chose, que vous diraient-ils ? » Posez ces questions pour les pieds, les genoux et le ventre. Cet exercice permet aux participants de devenir attentifs à leurs sensations corporelles et à la façon dont elles sont liées aux sentiments émotionnels internes et à la conscience.

- 8. Les membres doivent se lever, quitter le cercle et marcher dans la salle en se saluant les uns les autres sans utiliser la parole ou les mains.** Ils peuvent utiliser, par exemple, leurs yeux, leur sourire ou leur auriculaire pour communiquer leur intention de se saluer.
- 9. Socialisation de 10 secondes.** Les membres passent 10 secondes avec chaque membre en se présentant brièvement eux-mêmes (nom), en disant une chose qu'ils aiment (par exemple le popcorn), une chose qu'ils détestent (par exemple les serpents), et quels ressentis leur procurent ces deux choses. Faites-le aussi vite que possible. Passez 10 seconds avec chaque membre.
- 10. Le facilitateur doit avoir un récipient contenant toute une gamme d'émotions écrites sur des morceaux de papier** (par exemple « amoureux », « frustré », « surpris ») et un récipient séparé contenant des papiers présentant différentes options de situations (par exemple « les courses », « au cinéma », « au restaurant », « à la maison »). Trois volontaires choisissent un papier du récipient d'émotions (par exemple « amoureux ») ainsi que la situation dans laquelle ils doivent jouer l'émotion (par exemple « les courses »). Le trio a quelques minutes pour préparer sa scène, puis la joue devant le groupe. Chaque scène doit durer une minute maximum. Le reste du groupe doit deviner ce que la scène décrit. Chaque membre doit avoir la chance de jouer une émotion dans une situation.
- 11. Les membres du groupe écrivent une déclaration véridique sur des difficultés auxquelles ils se trouvent confrontés et deux déclarations qu'ils inventent.** Le groupe doit alors deviner quelle déclaration est véridique et quelles déclarations sont fictives. Les facilitateurs doivent rester vigilants et détecter si une maîtrise est nécessaire à un moment quelconque, au cas où des informations sensibles sont partagées, et veiller à ce que les règles comme la confidentialité et le respect sont renforcées avant le brise-glace au cas où des informations sensibles seront partagées.
- 12. Le « jeu de jonglage de balles ».** Les membres du groupe forment un cercle rapproché. Les co-facilitateurs commencent par lancer la balle à un membre du groupe en disant son nom. Les membres continuent à lancer et attraper la balle pour établir un modèle de jeu pour le groupe. Chaque membre doit se rappeler qui a lancé la balle et qui l'a reçue.

Une fois que tout le monde a lancé et reçu la balle, les co-facilitateurs introduiront deux balles de plus afin que les balles continuent d'être lancées suivant le même modèle en même temps. Les membres doivent être capables de communiquer et de partager des moyens de continuer à faire circuler les balles sans les laisser tomber

(International HIV/AIDS Alliance, 2002). Cela leur donne un sens de responsabilité et de travail d'équipe.

- 13. Chaque membre doit penser à quelque chose/un objet qui le représente (par exemple, un ballon si vous aimez jouer aux sports).** Puis il doit essayer de le décrire sans dire ce que c'est. Tous les autres membres doivent essayer de deviner ce qui est décrit (par exemple, utilisez vos mains et votre corps pour décrire la rondeur du ballon, jouez avec lui et donnez-lui des coups de pied).
- 14. Ce que nous avons en commun.** Le facilitateur énonce des caractéristiques des membres du groupe comme avoir des enfants, et tous les membres qui ont des enfants vont dans un coin de la pièce. Le facilitateur énonce d'autres caractéristiques comme le foot, et tous les membres qui sont associés à cette caractéristique vont à l'endroit indiqué.
- 15. Exercice d'échange de chaussure.** Dites aux membres du groupe d'enlever leur chaussure gauche, de la passer à la personne à leur droite, et de recevoir la chaussure de la personne à leur gauche. Mettez la chaussure de l'autre personne. (Des membres pourraient refuser, ou pourraient vous regarder bizarrement, ou pourraient le faire.) Demandez aux membres comment il se sont sentis pendant l'exercice. Réfléchissez sur les sentiments de gêne, de ne pas vouloir le pied d'une autre personne dans sa propre chaussure, et d'autres. Discutez dans quelle mesure cet exercice était une violation de leur limite personnelle.
- 16. Téléphone cassé.** Les joueurs doivent s'asseoir en cercle ou se tenir debout dans une ligne droite. Pour commencer le jeu, le facilitateur chuchotera un mot ou une phrase dans l'oreille de la personne assise ou debout à sa droite. Cette personne chuchotera alors ce qu'elle a entendu dans l'oreille de la personne à sa droite, et ainsi de suite. Expliquez que la personne émettrice n'a pas le droit de répéter le mot ou la phrase, et que la personne réceptrice doit répéter ce qu'elle a entendu à la personne suivante. La dernière personne en ligne ou dans le cercle doit dire à haute voix ce qui a été chuchoté dans son oreille et, à ce moment-là, le facilitateur peut dire ce qu'était le mot ou la phrase d'origine, et le groupe peut constater si le message est resté le même ou est différent, et discuter de qui a mal entendu ou qui a chuchoté le mauvais message. Cet exercice montre qu'un message peut se perdre et que chaque personne peut interpréter le message différemment.
- 17. Le facilitateur divise les membres du groupe en paires.** Chaque pair choisit la personne qui révélera au reste du groupe des informations sur l'autre personne. Les indications suivantes seront données : couleur préférée, nourriture préférée, film préféré, entre autres. L'objectif de cette activité est de montrer que la communication de l'information correcte est importante, et que l'interprétation

de l'information reçue est toute aussi importante. Si le premier membre ne communique pas correctement à l'autre membre, ce dernier ne pourra pas en donner un résumé exact au groupe, et la perception du groupe du premier membre en sera compromise.

**18. Demandez aux membres du groupe de penser à une occasion où quelqu'un a fait quelque chose pour eux qui était exactement ce dont ils avaient besoin où ce qu'ils voulaient,**

et qui leur a donné le sentiment d'être aimé (peut-être que quelqu'un leur a apporté un repas quand ils étaient malades, ou a passé un bon après-midi avec eux, ou a eu des paroles particulièrement attentionnées au bon moment, ou autres). Puis demandez-leur d'imaginer qu'ils ne recevront plus ce témoignage de bienveillance et de réfléchir sur ce qu'ils en ressentent. Cet exercice doit être géré avec beaucoup d'attention et pris en charge par quelqu'un capable de maîtriser ce qui ressortira des personnes.

**19. Dites aux membres du groupe que quand vous tapez sur l'épaule d'un d'entre eux, il doit donner son plus grand sourire à un autre membre du groupe, qui à son tour donnera son plus grand sourire à un autre membre, et ainsi de suite.**

Demandez aux membres comment ils se sont sentis quand le grand sourire leur a été adressé. Réfléchissez auprès du groupe à quel point la communication non verbale est puissante, et que les communications non verbales négatives et positives sont tout aussi contagieuses.

**20. Je t'aime bien parce que...** Chaque membre du groupe doit énoncer une chose qu'il aime ou admire à propos du membre à sa droite. Par exemple, « Je t'aime bien parce que tu me salues toujours avec le sourire », « J'admire ta force ».

**21. Si vous deviez choisir un objet ou un symbole pour vous représenter, qu'est-ce que cela serait ? Et pourquoi ?** (Ou donner aux participants cinq minutes pour sortir et choisir un objet ou prendre un objet en photo, puis le rapporter pour le présenter.)

**22. Canots de sauvetage :** Il est dit aux participants qu'ils se trouvent sur un navire qui est en train de couler. Ils doivent se mettre dans des canots de sauvetage, mais leurs capacités sont limitées selon ce que le facilitateur annonce : deux personnes, trois personnes, cinq personnes, et ainsi de suite. Lorsque le facilitateur annonce la capacité des canots de sauvetage, les participants ont cinq secondes pour former des groupes de cette taille. Le facilitateur élimine ceux qui se sont noyés, c'est-à-dire les groupes avec plus ou moins de membres que la capacité annoncée. Le facilitateur annonce de nouvelles capacités pour rendre le regroupement nécessaire jusqu'à ce qu'il reste seulement un groupe. Cet exercice incite les participants à bouger rapidement, à interagir entre eux et à prendre des décisions rapides.

**23. The soleil brille :** Les participants et le facilitateur s'assoient en formant un cercle qui a le même nombre de chaises que de participants moins une. Une personne (le facilitateur, pour commencer) se tient au milieu et annonce, « Le soleil brille pour ceux qui... [par exemple] portent des chaussures noires, n'aiment pas le poisson, portent une chemise blanche, ont des enfants, ont un ou deux frères et sœurs, ou autres ». Les participants qui portent des chaussures noires, par exemple, doivent changer de chaise. La personne sans chaise profite de l'occasion pour s'asseoir sur une chaise. La personne qui se retrouve sans chaise est désormais debout au milieu du cercle et commence à nouveau avec « Le soleil brille pour ceux qui... ». Cet exercice incite les participants à bouger et à découvrir des choses sur les autres.

**24. Jacques a dit :** Tous les participants sont debout dans un cercle. Le facilitateur dit : « Jacques a dit [par exemple] touchez votre nez avec la main gauche, mettez vos mains en l'air, serrez le poing, dites bonjour » en démontrant l'action en même temps. Tout le monde doit faire ce que Jacques demande, comme cela est démontré par le facilitateur. Mais si le facilitateur ne mentionne pas Jacques et que des participants font quand même ce qu'il demande, ils sont éliminés. Le jeu continue jusqu'à ce qu'il ne reste que quelques participants et que le facilitateur ne peut plus les induire en erreur. Cet exercice stimule la concentration et l'énergie des participants pour la tâche suivante.

**25. Bang :** Tous les participants sont assis par terre dans un cercle et comptent à voix haute. Le premier participant commence avec « un » et le comptage fait le tour du cercle, chaque personne énonçant le chiffre suivant. Cependant, chaque fois qu'un chiffre divisible par 3 (comme 12) ou contenant un 3 (comme 13) arrive, la personne dont c'est le tour doit dire « Bang ». Si quelqu'un dit « Bang » au mauvais moment, il est éliminé. Cet exercice demande de la concentration et est utile au démarrage du travail de groupe sérieux.

**26. Personne A et personne B :** Chaque membre du groupe choisit en secret une personne du groupe en tant que personne A et une autre personne en tant que personne B. Personne ne peut connaître ces choix. Puis chaque membre essaie de se rapprocher autant que possible de sa personne A. Une fois que ceci est accompli et que les participants ont cessé de se déplacer, le facilitateur leur dit de s'éloigner autant que possible de leur personne B. Le groupe se déplacera de deux façons différentes : il se contractera et s'agrandira. C'est un jeu rapide et amusant. (Les participants ne devraient pas être interrogés sur l'identité de leurs personnes A et B pour que personne ne se sente exclu.)

**27. Association :** Le groupe est assis en cercle. Un membre dit le nom d'un participant et un mot qu'il associe à ce participant (ce qui lui vient à l'esprit). Le membre suivant dit le nom d'un autre participant et un mot qu'il associe à ce participant, et répète

également le nom et le mot que le premier membre avait dit. Le membre suivant fait de même, et ainsi de suite. Si un membre ne répond pas rapidement, il est éliminé. Cet exercice stimule la pensée créative et oblige les participants à s'appeler par leur nom. Des associations négatives des mots devraient être déconseillées dès le démarrage du jeu.

**28. Le facilitateur crée 20 cartes « Si » et les met dans un chapeau.** Chaque personne a une chance de tirer une carte du chapeau et de répondre à la question « Si ». Le facilitateur peut écrire ses propres questions « Si » ou il peut utiliser celles fournies ci-dessous.

(Idée tirée de [https://insight.typepad.co.uk/40\\_icebreakers\\_for\\_small\\_groups.pdf](https://insight.typepad.co.uk/40_icebreakers_for_small_groups.pdf)).

1. Si vous pouviez aller où vous voulez dans le monde, où iriez-vous ?
2. Si vous pouviez regarder votre film préféré maintenant, lequel serait-il ?
3. Si vous pouviez parler avec qui vous voulez dans le monde, qui serait cette personne ?
4. Si vous pouviez souhaiter qu'un vœu se réalise cette année, lequel serait-il ?
5. Si vous pouviez vivre dans la période historique de votre choix, laquelle serait-elle ?
6. Si vous pouviez changer quelque chose de vous, qu'est-ce que ce serait ?
7. Si vous pouviez être quelqu'un d'autre, qui seriez-vous ?
8. Si vous pouviez avoir la réponse à une question, quelle serait votre question ?
9. Si vous pouviez regarder votre série télé préférée maintenant, laquelle serait-elle ?
10. Si vous pouviez avoir un animal domestique, lequel serait-il ?
11. Si vous pouviez avoir l'emploi de vos rêves dans 10 ans, lequel serait-il ?
12. Si vous deviez être allergique à quelque chose, qu'est-ce que ce serait ?
13. Si vous étiez assis à côté de votre célébrité préférée dans un bus, de quoi parleriez-vous ?
14. Si l'argent et le temps n'entraient pas en ligne de compte, que feriez-vous cet instant ?
15. Si vous deviez revivre un jour de votre vie, lequel choisiriez-vous ?
16. Si vous pouviez manger votre nourriture préférée cet instant, laquelle serait-elle ? Si vous pouviez apprendre une compétence, laquelle serait-elle ?

17. Si vous étiez envoyé dans une station spatiale pour y vivre pendant trois mois et que vous ne pouviez emmener que trois objets personnels, lesquels seraient-ils ?
18. Si vous pouviez acheter une voiture maintenant, laquelle serait-elle ?
19. Si vous deviez être un animal, lequel seriez-vous ?

**29. Bingo des personnes :** Le facilitateur distribue les cartes de bingo des personnes et les participants doivent trouver une personne à laquelle les phrases correspondent (par exemple, Amy est plus grande que son père). Puis les participants inscrivent le nom de la personne à laquelle la phrase correspond. Aucun nom/aucune personne ne peuvent être utilisés deux fois. Une fois qu'une personne a rempli toute sa carte, elle crie « Bingo ! » et gagne le jeu.

### Bingo des personnes

1. \_\_\_\_\_ est gaucher/gauchère.
2. \_\_\_\_\_ a essayé le saut à l'élastique.
3. \_\_\_\_\_ a été dans un autre pays africain.
4. \_\_\_\_\_ a voyagé à l'étranger.
5. \_\_\_\_\_ parle plus de deux langues.
6. \_\_\_\_\_ joue d'un instrument de musique.
7. \_\_\_\_\_ est plus grand(e) que son père.
8. \_\_\_\_\_ ne boit pas de café.
9. \_\_\_\_\_ a plus de trois frères et sœurs.
10. \_\_\_\_\_ aime lire des livres.
11. \_\_\_\_\_ aime cuisiner.
12. \_\_\_\_\_ aime le foot.







International Coalition of  
**SITES of CONSCIENCE**

[www.sitesofconscience.org](http://www.sitesofconscience.org)

 [Facebook.com/SitesofConscience](https://www.facebook.com/SitesofConscience)

 [@SitesConscience](https://twitter.com/SitesConscience)

 [SitesofConscience](https://www.instagram.com/SitesofConscience)



**GIJTR**

Global Initiative for Justice  
Truth & Reconciliation

[www.gijtr.org](http://www.gijtr.org)

 [@GIJTR](https://twitter.com/GIJTR)

 [@GIJTR](https://www.instagram.com/GIJTR)