

Face à la crise

Centre de Référence de la Fédération pour le soutien psychosocial



Support psychosocial en Somalie

VIH et SIDA au Swaziland

Le bien être des volontaires

Soutien psychosocial après des urgences complexes

Conversations utiles



Fédération internationale des Sociétés
de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Croix-Rouge danoise 

Support psychosocial en Somalie

Par Stephen Regel, membre du Centre de Référence pour le Support Psychosocial (Roster Group)

Ces 15 dernières années, la Somalie a été touchée par une guerre civile prolongée et destructrice. Plusieurs parties du pays restent cernées par les conflits, d'autres par la sécheresse et les inondations, ce qui les rend inévitablement vulnérables aux maladies. A l'heure où j'écris cet article, une escalade du conflit se poursuit dans le sud ce qui complique encore une situation difficile et complexe sur le plan politique.

Le pays continue à vivre d'énormes et persistants besoins humanitaires : déplacements de populations, éducation aux soins de santé minimum et évanouissement de l'espoir d'une reprise économique. La majorité de la population somalienne est pauvre et vulnérable. En l'absence d'institutions ou de services publics, ce sont les ONGs et les organisations internationales qui, au fil des ans, ont fourni la plupart des soins de santé. La Société du Croissant Rouge Somalien (SCRS) est parvenue à survivre au conflit et est globalement considérée comme la plus grande organisation indigène avec des représentations présentes partout dans le pays. La Fédération Internationale et d'autres partenaires ont continuellement fourni de l'aide à la Société Nationale pour le développement et l'implémentation de ses missions.



La Somalie est située dans la corne de l'Afrique. Carte montrée avec la permission de la Fédération Internationale.

Pourquoi un programme de support psychosocial ?

Le Rapport Opérationnel de février 2005 sur le Tsunami a souligné le besoin urgent d'une composante psychosociale et psychologique au travail de la SCRS. Une recommandation à l'intégration du support psychologique à la formation des volontaires de premier secours dans le cadre de la réponse aux situations de catastrophe a été faite. Ce fût le catalyseur de discussions entre SCRS et la FICR et le Centre PS qui indiquait qu'une évaluation permettant d'établir des objectifs clés et des buts pour un programme de support psychosocial était essentielle et que cela permettrait aussi d'organiser le type de préparation nécessaire. L'évaluation débuta en avril 2006. La mission de formation commença un mois plus tard et une évaluation est prévue pour mai 2007.

Le processus d'évaluation.

La mission d'évaluation débuta avec une série de réunions avec les personnes clés de la SCRS et du FICR basé à Nairobi. L'objectif fût de tirer au clair leurs points de vues sur les questions essentielles concernant : la situation dans l'ensemble de la région, le programme psychosocial (PSP) et, le plus important, les considérations culturelles liées au développement d'un tel programme dans le

N° 1 2006

Sommaire :

Support psychosocial en Somalie

Par Stephen Regel

VIH et SIDA au Swaziland.

Par Pernille Hansen

Le bien être des volontaires

Par Sigrídur Thormar et Nelden Djakababa

Programme de soutien psychosocial après des urgences complexes

Par Stephen Regel et Peter Berliner

Avis

Conversations utiles

Par Pernille Thomsen

Problématiques rencontrées en 2006 en Amérique et aux Caraïbes

Par John Fleming



La traduction de cette lettre d'information a été réalisée gracieusement par la Croix

Rouge de Belgique, Communauté francophone

Publié chaque trimestre par :

Le Centre de référence pour le soutien psychosocial

Déni de responsabilité :

Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de la Croix-Rouge danoise et de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Courriel :

psp-referencecentre@drk.dk

Adresse Internet :

<http://psp.drk.dk>

ISSN : 1603-3027

pays. L'évaluation se poursuit avec des visites de terrain dans une clinique de soins de santé et dans des installations psychiatriques. Plusieurs rapports sur le sujet furent également consultés.

Les résultats de l'évaluation.

Les résultats furent multiples et ont permis de souligner les problèmes de santé mentale, particulièrement chez les hommes. Cela semble lié à la guerre civile et à une situation de non-emploi très importante qui augmente les problèmes familiaux. La désillusion parmi les ex-combattants qui espéraient une vie meilleure et croyaient à un développement socio-économique était également très étendue. Cette situation (en particulier parmi les jeunes) a conduit à une grande variété de problèmes personnels et psychosociaux. La question clé (parmi les ex-combattants et ceux présentant des troubles de santé mentale) était l'augmentation de khat, de drogues et d'alcool. L'usage répandu de khat qui est utilisé depuis de nombreuses générations en Somalie et dans les régions avoisinante comme stimulant socialement accepté tend à progresser. Nombreux sont les personnes qui considèrent que cette augmentation pose des problèmes psychosociaux et de santé-mentale à long terme.



*Les ONGs et les autres organisations internationales (inclus le Croissant-Rouge Somalien et la fédération internationale) ont fourni la plupart du support concernant les soins de santé au fil des ans.
Photo: Stephan Regel.*

La mutilation génitale et le viol des femmes.

La mutilation génitale des femmes (MGF) ou l'excision fut également souligné comme étant une problématique significative. Bien

que d'origine religieuse (la religion fût souvent citée pour expliquer la poursuite de cette pratique au sein des communautés) l'excision est une problématique culturelle. Toute fois, malgré la prévalence de MGF, il y a avait des preuves significatives que beaucoup était fait pour tenter d'éduquer les communautés à propos des conséquences négatives liées à cette pratique. Un autre problème fût l'augmentation des crimes en Somalie et au pays de Pount, et en particulier celui des viols. Inévitablement, les survivantes de ces crimes ne peuvent plus se marier et connaissent, dès lors, un grand nombre de problèmes sociaux et économiques. De plus, ces femmes étaient perçues par les membres de l'équipe de santé et par les volontaires comme étant plus sensibles et sujettes à de nombreuses difficultés : la perte de support social, l'incapacité des femmes à exprimer leurs problèmes ou à demander de l'aide ainsi que des inquiétudes bien légitimes concernant la venue d'un enfant sans père et sans pouvoir obtenir la moindre possibilité d'aide économique. Le silence est toujours présent au regard de cette problématique. Il est rare que des cas de viols soient identifiés en dehors de la famille. Ce problème reste tabou dans les communautés somaliennes.

Les installations de base en santé-mentale.

Alors que nombre de ces problèmes sont communs à de nombreux pays de la région, quelques situations sont particulières à la Somalie. L'impact psychosocial et psychologique des catastrophes naturelles, les effets à long termes du conflit et l'augmentation de la consommation de khat, des drogues et de l'alcool ont été identifiés. Les visites d'institutions psychiatriques ont indiqué que les troubles de santé mentale vont de la psychose (possiblement induite par la consommation de khat) aux troubles d'anxiété (PTSD) en passant par les troubles obsessionnels compulsifs. Bien qu'il soit évident que de telles conditions puissent avoir été présentes avant, le diagnostic peut avoir été compliqué par des facteurs socio-culturels.

La médication appropriée n'était pas suffisamment fournie ou inexistante. En l'absence de médicaments adaptés, la contrainte physique était une façon habituelle de contrôler les symptômes et les comportements difficiles. Néanmoins, il

était clair que l'équipe faisait son possible pour fournir un soin optimum dans des circonstances extrêmement difficile. Chaque effort étant fourni dans le souci d'améliorer le vie et les conditions des personnes bénéficiaires.

Une approche « Eurocentrée ».

De nombreuses discussions furent également centrées sur l'applicabilité et la pertinence de l'utilisation des réactions post-traumatiques dans la culture somalienne. Cela apparaît comme un élément important de l'évaluation au regard des critiques significatives qu'ont reçu les programmes de soutien psychosociaux et psychologiques. Ces derniers furent perçus comme eurocentrés et comme voulant exporter les concepts occidentaux liés à l'impact des événements traumatiques dans des cultures non occidentales. Néanmoins, il y avait une claire indication donnée par les personnes consultées (équipe de santé et volontaires) que les réactions post-traumatiques étaient un fait et qu'elles nécessitaient d'être rencontrées. Cela signifie que nous nous référons à une vision non-psychopathologique mais en apportant la connaissance et l'attention sur l'utilité de principes psycho-éducationnels. Nous pensons qu'il s'agit d'une façon appropriée d'introduire le concept de support psychologique au sein du programme de premier secours basé sur la communauté (Community based first aid programme / CBFA) C'est dans le contexte décrit ci-dessus que le programme de support psychologique (PSP) fût incorporé au sein de la SCRS. Sachant que les notions de guidance ou d'autres formes « d'aide par la parole » serait totalement étranger à la culture et à la société somalienne, il fût décidé que le programme devrait être initié à un niveau de base au sein du CBFA et que la cible principale serait le groupe de volontaires. Cela consisterait dans une très simple introduction au PSP accompagné par un petit livre pratique ou un manuel pouvant être utilisé par les volontaires individuellement ou en groupe. Cela n'apporterait pas seulement du savoir et de l'attention mais contribuerait également au soutien comme il l'est indiqué dans le rapport opérationnel du Tsunami (2005).

La formation :

Les échanges tenus pendant l'évaluation avec la moitié de l'équipe, les volontaires et

d'autres participants ont indiqué que le programme devait contenir les éléments suivants :

- Qu'est-ce qu'un programme de support psychologique
- Les réactions spécifiques (communes) aux stress extrêmes et au trauma
- La communication d'aide
- Prendre soin de soi en temps que volontaire

Il est important de noter que l'équipe du SCRS pensait que le terme de « support psychologique » devrait être utilisé en lieu et place de « support psychosocial ». En effet, dans le contexte de la culture et de la société somalienne, cette dernière formulation pourrait donner lieu à de fausses attentes, notamment celle d'une aide économique et sociale.



L'équipe de la SCRS a pensé que le terme de « support psychologique » devait être utilisé en lieu et place de « support psychosocial ». En effet, dans le contexte de la société et de la culture somalienne, cette formulation pourrait donner lieu à de fausses attentes, notamment celle d'une aide économique et sociale.

Photo : Stephen Regel.

Après mûres réflexions et suite à l'évaluation et à la planification, une formation fût délivrée basée sur des indicateurs culturels de besoins. La décision fût prise de dessiner le programme autour de la notion « de programme d'atelier de développement ». Par exemple, au lieu du format traditionnel d'atelier visant à fournir la théorie de base par le biais de lectures ou de séminaires (suivi d'activités destinées à consolider l'apprentissage et à illustrer différents concepts), des activités basées sur des concepts de sens commun et de support psychologique seraient prévues

L'objectif de ces activités serait de corriger et de déterminer culturellement le format et

le contenu de l'éventuelle formation. Cela serait ensuite utilisé pour développer des outils spécifiques de formation que pourraient utiliser la SCRS qui serait alors propriétaire du contenu et responsable de sa diffusion. Cela a conduit à l'élaboration d'un atelier de trois jours dynamique et stimulant qui s'est centré sur les thèmes mentionnés plus haut. Il y eût des discussions et des débats à propos d'exemples spécifiques tels que l'utilisation de la langue et celui de concepts tels qu'empathie, cynisme et trauma.

15 membres de l'équipe de la SCRS (incluant quelques volontaires séniors) ont participé à l'atelier qui s'est tenu pendant trois jours à Hargeisa en Somalie. A noter que, bien qu'il s'agisse plutôt d'exceptions, quelques membres de l'équipe avaient une qualification en soin infirmier ou en soin sociaux. Les discussions et les activités de groupe furent encouragées ainsi que l'utilisation de la langue maternelle des participants. L'utilisation de la langue, du contexte et du sens des échanges fût ajusté à la culture somalienne et utilisé dans la rédaction d'un petit manuel destiné à être utilisé au sein de la SCRS.

Résumé :

Globalement, l'atelier fût évalué positivement, bien qu'il y ait un consensus général sur la nécessité de prévoir plus de travail concernant le développement d'équipes de

formation PSP au sein du CBFA/DM. Le développement d'indicateurs clés sera également prévu ainsi que des supervisions à l'attention des volontaires de la part des chefs d'équipes. De plus, le format « programme de développement » de l'atelier fût identifié comme étant un modèle utile pour d'autres pays de la région. Le travail réalisé dans l'atelier indique clairement que cela serait un ajout aussi utile qu'opportun pour le CBFA/DM avec la difficulté de voir comment cela pourrait se faire avec le peu de temps disponible. Il est inévitable que l'ajout d'un PSP serait court et très basique et ce, en tenant compte que le manuel serait distribué pour faciliter l'utilisation des concepts et leurs applications pratiques au sein de leur communauté.

Remerciements : Stephen Regel transmet ses plus sincères et chaleureux remerciements à Marja-Leena (Mallu) Oraby, ED Cooper, Sylvia Khamati, Kaltun Dahir, Sirad Aden, Dr Ahmed Mohammed Hassan. L'équipe de la SCRS/FICR à Nairobi, Maryam Omar, Fatuma Adan, Tom Musili, Bernard Omollo, Charles Wachira et bien évidemment Béatrice Gitonga et Gabriel, pour leur gentillesse, patience, hospitalité et leur aide tout au long des tâches d'évaluation et de formation. Ce fût un privilège d'être membre de l'équipe et de s'être senti si accueilli pendant tout le temps passé à Nairobi et en Somalie. ■

VIH et SIDA au Swaziland

Par Pernille Hansen, psychologue (MSc) consultante pour UNICEF Swaziland.

Le Swaziland est l'un des plus petits et plus anciens Royaumes d'Afrique. C'est également le pays le plus touché par le VIH et le SIDA dans le monde. Sur une population dépassant tout juste le million d'habitants, la prévalence de VIH parmi les femmes enceintes qui visitent les cliniques prénatales est passée de 3,9 % en 1992 à 42,6 % en 2004 pour diminuer légèrement jusqu'à 39,2 % en 2006.

La combinaison pauvreté, HIV et SIDA a conduit à une nouvelle dynamique sociétale qui contient des défis extraordinaires et touche la population de multiples manières. La crise a dépassé les systèmes de support

familiaux et communautaires auxquels l'Afrique s'est toujours attaché pour se sortir des situations de crises. Le SIDA a touché les plus forts, homme et femmes dans les années productives de leurs vies. Cela entraîne une responsabilité pour les enfants et les personnes âgées qui ont eux-mêmes été privés des personnes qui étaient leurs soutiens familiaux. Les pratiques traditionnelles telles que celles de « l'héritage » de la femme (lorsque le mari d'une femme décède son frère le plus proche hérite d'elle et de ses enfants) qui originellement devait permettre de préserver la famille élargie ainsi que la femme et ses enfants, sont devenus un moyen supplémentaire pour le Virus de s'étendre.

Augmentation de la vulnérabilité

La rupture et la déstabilisation des familles et des systèmes de support communautaires, l'augmentation dramatique du nombre d'orphelin, d'enfants vulnérables et d'enfants parentifiés augmentent naturellement la détresse émotionnelle et la souffrance. Les occasions de faire l'expérience positive de la santé physique et mentale sont mises en cause, car en même temps, elles augmentent les prédispositions à vivre des situations pouvant conduire au VIH.

Bien que toutes les populations du Swaziland soient affectées par la situation décrite plus haut, les plus haut risques de vivre ces terribles conséquences concernent naturellement les enfants. Selon les estimations nationales il y a actuellement 130.000 orphelins et enfants vulnérables. Parmi ces 130.000, environ 70.000 sont des orphelins et les 60.000 restants ont des parents tellement dépourvus ou malades que les enfants ont besoin de l'aide et de la protection de la communauté et du gouvernement. L'estimation est que le nombre d'orphelin double d'ici 2010. Les enfants qui vivent dans un dénuement extrême et sans parents ou bien en l'absence d'adultes référents sont souvent exposés à des situations dangereuses et abusives. Les abus sexuels et les violences physiques sont les phénomènes d'abus les plus fréquents.

Comportement à risque en dépit de l'information

La réponse internationale majeure à la situation de crise de ces quatre dernières années a mené à un grand développement des ressources disponibles au Swaziland, et ce grâce au fond global et à d'autres donateurs importants. De nombreux programmes innovants ont été mis en place. Ils se centrent principalement sur la tentative de prévenir la propagation du VIH (ce compris le programme de prévention mère-enfant) et/ou se préoccupe des impacts physiques, sociaux, émotionnels et spirituels dans une société où la pauvreté et la maladie sont dévastatrices et où la plupart des week-ends sont marqués par des funérailles.

Des panneaux d'affichage, des émissions de radio et de télévision ainsi que de nombreux médias marquent par conséquent chaque jour de la vie avec des messages forts et explicites pour encourager l'abstinence, la fidélité et la « connaissance de l'état de santé ».

L'université du Swaziland a mené une enquête sur un public de jeunes étudiants. Cette dernière a indiqué que, malgré un meilleur accès à l'information sur le VIH et le SIDA, les comportements à risques liés aux partenaires sexuels multiples et à la résistance à l'usage de préservatif persistent. La culture sociale et sexuelle des pauvres, les inégalités entre les sexes et les opportunités limitées de développement personnel sont des phénomènes bien plus complexes que le fait d'abreuver la population avec des campagnes de prévention sur le VIH en espérant un changement instantané de comportement.



Un groupe d'orphelin et d'enfants vulnérables à l'extérieur du centre de soin du voisinage. 430 CSV à travers le pays fournissent quotidiennement à 33.000 enfants la nourriture et le soins des adultes.

Photo mise à disposition par UNICEF Swaziland.

La réponse des orphelins

Un consensus a été atteint dans tous les pays africains sub-sahariens y compris au Swaziland : les orphelinats ne sont pas la solution à ce phénomène. L'accent devrait plutôt être mis sur le renforcement des communautés afin qu'elles puissent prendre soin des orphelins et leur permettre de rester dans leurs foyers et ainsi de grandir dans un environnement familial.

Bien que cette solution semble logique en théorie et qu'elle soit évidemment la plus souhaitable pour le bien-être de l'enfant, cela pose des difficultés. Premièrement, la majorité des swazi vivent dans des communautés rurales très pauvres. Cela diminue la capacité des familles à prendre soin d'elles-mêmes et encore plus la capacité à prendre en charge les orphelins ou les enfants vulnérables de la communauté (OEV). Deuxièmement, malgré que plus de la moitié de la population soit infectée et que l'entièreté de

la population soit concernée par ce problème, la stigmatisation et la discrimination sont très présentes dans la plupart des communautés. Cela ferme les portes aux enfants dont les parents sont morts d'une maladie liée au SIDA et les isolent socialement. Troisièmement les mécanismes de protections physiques et légaux au bénéfice des enfants sont minimes au Swaziland. Il est habituel que les proches des parents décédés pillent les foyers de toutes valeurs, laissant l'orphelin totalement démuné. Il n'est, dès lors, pas étonnant que de nombreux enfants effectuent des travaux physiques ou fassent commerce de leurs corps pour survivre.

Les centres de soins du voisinage (CSV)

Au regard de tout cela, un grand nombre de partenaires (y compris le gouvernement) se sont engagés à implémenter le Plan National d'Action pour les Orphelins et les Enfants vulnérables 2006-2010. Ce plan explique en détail les réponses qui permettent de rencontrer les besoins physiques, sociaux et émotionnels des enfants. Un exemple positif d'une réponse globale rapide à la crise vécue par ces enfants a été la mise en place de centres de soins de voisinage (CSV). Cette initiative a été suscitée par une mère qui a commencé à nourrir quotidiennement les orphelins de son village à la fin de l'année 2002. La nouvelle s'est répandue et en 2003, l'UNICEF et plusieurs de ses partenaires ont mis en place un projet national pour établir des CSV qui seraient tenus par des volontaires de la communauté. Bien que l'idée soit d'encourager les communautés à développer leurs propres CSVs et à prendre leurs responsabilités pour les faire fonctionner quotidiennement ; chacun de ces centres reçoit du matériel d'urgences de la part de bailleurs de fonds. Il s'agit d'équipements de base pour construire des abris, des ustensiles de cuisines et des produits d'hygiène. Les personnes se trouvant dans les zones les plus affectées reçoivent également de la nourriture. Les soignants sont formés au management des CSVs et au support psychosocial. Aujourd'hui, il existe 430 CSV qui fournissent l'aide quotidienne à 33000 enfants : nourriture et soins d'adultes. Pour rencontrer les besoins de tous les enfants, 3000 CSVs seraient nécessaires.

Le support psychosocial aux OEV

Dans un pays qui comprend seulement quatre travailleurs sociaux qualifiés et pas un seul psychiatre ou psychologue travaillant dans un hôpital public ou un centre de santé, le développement d'une réponse psychosociale adéquate aux besoins manifestes du pays est une tâche gigantesque qui parfois semble impossible. Il est fréquent de constater que les enfants et les parents souffrent de dépression, de deuil non résolu d'avoir vu leur proche mourir devant eux, de réactions traumatiques dues aux expériences d'abus et d'abandon et enfin, de désespoir au regard de la vie future.

Ces deux dernières années, j'ai travaillé auprès d'un groupe composé d'une vingtaine de femmes et d'hommes passionnés et engagés au développement d'un programme de formation et d'outils pédagogiques destinés à préparer les soignants au support psychosocial (SPP). Néanmoins, à cause de la limitation des fonds et du peu de temps disponible pour la formation, nous n'avons pu développer que des outils de sensibilisation. Cette sensibilisation consiste à permettre la reconnaissance des signes qui permettent de dire que les enfants ne par-



Il y a un peu plus d'1 million d'habitants au Swaziland. Plus de 70.000 d'entre eux sont orphelins. Ce petit garçon est pris en charge par sa grand-mère.

Photo mise à disposition par Unicef Swaziland.

viennent pas à faire face à la situation correctement et aborde les différentes causes (trauma, deuil, VIH, SIDA, consommation de drogues). Cela donne au soignant une meilleure compréhension des mécanismes qui causent les réactions observées chez tant d'enfants.

Ce qu'il y a à faire par la suite est plus complexe. La plupart des soignants de la communauté prennent soin d'un grand nombre d'enfants en même temps. Cela limite l'attention qu'ils peuvent accorder à individu particulier. La majorité de ces soignants sont également en difficulté concernant la manière dont s'occuper des enfants en souffrance. Nous attirons l'attention sur le fait qu'ils doivent relayer l'enfant vers une consultation le cas échéant. Le problème est où les relayer ? Une grande variété d'ONGs offre des consultations pour enfants mais elles sont fortement limitées dans leurs ressources et leurs personnels qui ne peuvent pas effectuer de visite régulière

pour soutenir les enfants qui en ont besoin. Il n'y a aucun endroit au Swaziland où les personnes qui le souhaitent peuvent se former à la guidance autre que le « Voluntary Testing and Counselling Training » spécifique au site de test VIH. Alors que malgré les meilleures intentions, nous encourageons les soignants à détecter les enfants qui ont besoin d'une attention particulière, nous avons un long chemin à parcourir pour être capable de leur offrir les soins et le soutien dont ils ont besoin. Heureusement, le support psychosocial a été reconnu comme un vide important dans nos services et qui a besoin d'être comblé par les partenaires travaillant dans les secteurs liés au VIH et au SIDA. Cela laisse une perspective heureuse pour le futur ainsi que pour des avancées dans le développement des réponses psychosociales.

Pour plus d'information, veuillez contacter l'auteur à mamaph@gmail.com ■

Le bien être des volontaires

Un projet de recherche sur la stimulation de la résilience, le développement post-traumatique, la santé et le bien être psychosocial des volontaires.

Par Sigridur Thormar et Nelden Djakababa

Le 26 Décembre 2004, un énorme raz-de-marée ou tsunami balayait les villages côtiers en Asie du Sud Est et tuait plus de 240 000 personnes. A Banda Aceh, la capital provinciale d'Aceh dans le Nord de Sumatra, Indonésie, on compta près de 15000 morts et environ 545 000 personnes furent déplacées.

Le 27 mai 2006, une autre catastrophe frappait la communauté Indonésienne lorsqu'un tremblement de terre tuait plus de 5000 personnes à Yogyakarta et au centre de Java et laissait des centaines de personnes sans abri. En de telles circonstances, l'afflux de l'aide humanitaire est énorme et la Croix-Rouge Indonésienne contribue énormément au travail de secours en mobilisant des centaines et parfois des milliers de volontaires. Les volontaires travaillent par exemple à la récupération des corps, aux rétablissements des liens familiaux et des services de correspondance, à l'acheminement de l'eau et des installations sanitaires de même qu'à l'apport de soutien, d'une première aide ainsi qu'à la livraison de

Ce projet est réalisé par les auteurs sous la supervision allemande et indonésienne.

Prof. Dr. Berthold Gersons, MD, Dr. Miranda Olf et Dr. Maaïke de Vries au centre pour le trauma psychologique, AMC, Université d'Amsterdam et la fondation IMPACT sont les superviseurs hollandais. Prof. Amal Chalik Sjaaf, MD, DrPH Vice Président de la Croix-Rouge Indonésienne (PMI) est le superviseur indonésien. Le projet est réalisé en coopération avec la Croix-Rouge française, la Croix-Rouge Islandaise, la Croix-Rouge autrichienne et la Fédération internationale de la Croix-Rouge/Croissant Rouge (IFCR).

nourriture aux populations affectées. Avant que les volontaires ne reprennent leur "vie d'avant", un support psychosocial leur est fourni. Cependant, on connaît peu de chose sur leur état de santé actuel et leur bien être psychosocial. Comment font-ils et quelles sont les leçons qui peuvent être tirées de leurs expériences pour améliorer la gestion des volontaires?

Le centre du trauma psychologique à l'Université d'Amsterdam mène, en collaboration avec la Croix-Rouge Indonésienne, un projet de recherche qui vise à répondre à ces questions en deux étapes: La première consiste à effectuer une évaluation psychosociale quantitative et qualitative approfondie des volontaires de la Croix-Rouge Indonésienne. La seconde consiste à donner des conseils pratiques basés sur les résultats de l'évaluation. Ces conseils portent sur la façon de recruter, de sélectionner, de former, de soutenir et de rétribuer les volontaires afin de favoriser leur résilience, leur développement post-traumatique et leur bien être physique et moral.



Lors de catastrophe, la Croix-Rouge indonésienne (PMI) contribue énormément au travail de secours en mobilisant des centaines et parfois des milliers de volontaires. Les volontaires travaillent par exemple à la récupération des corps, aux rétablissements des liens familiaux et des services de correspondance, à l'acheminement de l'eau et des installations sanitaires de même qu'à l'apport de soutien, d'une première aide ainsi qu'à la livraison de nourriture aux populations affectées. Photo: Anders Ladekarl, Croix-Rouge Danoise.

La recherche s'ouvre sur les volontaires

Le travail de catastrophe exerce une forte pression sur le personnel de secours. D'importantes recherches sur les professionnels de l'urgence ou des situations de catastrophe existent ex: les pompiers, la police, le personnel humanitaire international et celui qui s'occupe du développement... Néanmoins, il subsiste un vide dans la littérature concernant l'impact du travail de catastrophe sur les volontaires.

Les volontaires devraient être classés différemment que les professionnels puisqu'ils proviennent d'horizons différents de la communauté et y retournent une fois que leur travail de catastrophe est terminé. Pour

cette raison, ils ne jouissent pas du même réseau de soutien structuré tel que celui qui peut exister au sein des forces de police et des organisations de pompiers où le groupe partage alors une expérience commune. Il a été montré que le soutien social est un des éléments qui joue un rôle important dans le rétablissement des personnes qui ont vécu une expérience traumatique.

Aujourd'hui, le Mouvement Croix-Rouge/Croissant-Rouge répond chaque année aux besoins d'environ 200 millions de personnes. Le Mouvement dispose de près de 90 millions de volontaires. Dans les 40 dernières années, le nombre de catastrophes a plus que quadruplé. Une bonne gestion et un bon soutien des volontaires sont donc de plus en plus exigés.

Les volontaires sont-ils à risque?

Les volontaires Croix-Rouge/Croissant Rouge constituent une population pour laquelle peu d'études empiriques ont été réalisées. Ils constituent également une population à risque pour le développement du Syndrome du Stress Post-Traumatique (PTSD) ou d'autres problèmes psychologiques suite à leur travail avec des victimes de catastrophe. Cependant, les volontaires de la Croix-Rouge/Croissant Rouge sont formés, ils ont le choix d'aider les personnes après une catastrophe et ils reçoivent une reconnaissance sociale considérable. Il a été démontré qu'une reconnaissance sociale positive après une expérience traumatique est liée à de faibles problèmes de santé mentale. De plus cela peut entretenir la perception de contrôle de la situation. Il a été montré qu'un sentiment de contrôle pendant des événements traumatiques est associé à une diminution des symptômes de PTSD.

Beaucoup d'individus qui ont été exposés à des facteurs stressants traumatiques ont montré des conséquences psychologiques négatives telles que l'anxiété, la dépression, l'évitement et l'intrusion, des réactions de chagrin pathologiques et/ou un PTSD. Ces conséquences sont souvent accompagnées de symptômes physiques tels qu'une mauvaise santé et un plus grand nombre de problèmes médicaux. On y fait souvent allusion en terme de symptômes ou de somatisation médicalement non expliqués et qui s'exprime, la plupart du temps, par de la

fatigue, des douleurs musculaires, des vertiges, et des troubles gastriques. Ces personnes ont un taux de mortalité et de morbidité élevé et consultent davantage les services de santé. Les études/recherches montrent des similarités intéressantes dans les symptômes consécutifs aux catastrophes.

Plusieurs études de grandes ampleurs ont montré que les personnes exposées à un événement traumatique sont aujourd'hui plus susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic d'une maladie organique. En outre, elles sont plus susceptibles d'adopter des conduites à risques telles que l'alcoolisme et la conduite dangereuse.

Développement Post-Traumatique

A certains moments dans leur vie, la plupart des gens sont exposés à une perte ou à un événement traumatique. Sur l'ensemble des individus exposés au trauma, 20 à 30% des femmes et 8 à 13% des hommes développent un PTSD et une proportion importante développeront un épisode dépressif majeur, des troubles de l'assuétude ou une combinaison des deux. Bien que ceci soit inquiétant, le fait est que la majorité des personnes exposées à des événements potentiellement traumatiques ne développeront pas de troubles et n'auront pas reçu d'attention adéquate. Beaucoup de personnes semblent résilientes, continuent à vivre des expériences émotionnelles positives et montrent seulement de petits dysfonctionnements transitoires dans leur capacité à fonctionner. Beaucoup d'entre eux disent avoir un développement post-traumatique. Le développement post-traumatique est à la fois un processus et un résultat dans lesquels un individu atteint, et maintient, au moins un changement positif lié directement à l'événement traumatique.

Dans le monde d'aujourd'hui, les organisations humanitaires opèrent au sein de contextes globaux complexes où la gestion de catastrophes, les problèmes de santé et le développement sont étroitement reliés. A un niveau local, les volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge sont au cœur des activités pour aider les personnes vulnérables. Il est essentiel pour les organisations humanitaires de revoir leur place dans le monde et de voir comment elles peuvent construire à partir de leur expérience, dans le but d'augmenter proportionnellement

leurs efforts pour atteindre de plus grands résultats dans la gestion des volontaires. L'amélioration des méthodes de recrutement, de sélection, de formation, de gestion, de soutien et de rétribution des volontaires doit s'appuyer sur des données rigoureuses et une mise au point prenant en compte la culture, la religion et les traditions du pays concerné.



Les volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge font partie des communautés locales affectées par le tsunami. Ecouter les volontaires et les populations locales et planifier la reconstruction selon leur souhait et leur projet fait partie intégrante du processus de guérison.

Photo: Olav A. Saltbones/Fédération Internationale

Jusqu'à présent, peu d'étude se sont intéressées aux volontaires et aucune ne s'est penchée sur le développement post-traumatique chez les volontaires après un travail effectué en situation de catastrophe. L'attention a principalement été focalisée sur les problèmes de santé mentale ou de comportements comme par exemple l'anxiété, la dépression ou les comportements alcooliques consécutifs au travail de catastrophe. Il est important de reconnaître le large éventail du travail volontaire et de nous intéresser également aux aspects positifs du volontariat en situation de catastrophe sans détourner notre attention de tous ces problèmes de santé mentale réels qui peuvent persister chez une minorité de volontaires. La mise en valeur des acquis du travail volontaire améliorerait le recrutement des volontaires pour le travail en situation de catastrophe.

Dans le but d'améliorer le bien être chez les volontaires et de faciliter le développement post traumatique, il est important d'identifier quelle variable facilite un tel processus.

Cette étude va explorer quels individus sont les plus vulnérables aux séquelles psychologiques et physiques, et quels sont les facteurs de prédictions possibles qui rendent compte des différences dans la nature, la gravité et la durée de ces réactions. En outre, l'étude va explorer quels individus éprouvent un développement post-traumatique et quels sont les facteurs de prédictions possibles qui rendent compte de ces résultats.

Les résultats scientifiques, bien que spécifiques à chaque culture, constitueront une étape supplémentaire vers la création de lignes de conduite dans la gestion de qualité pour les volontaires des Mouvements.

Pour plus d'information, veuillez contacter Sigridur Thormar, s.b.thormar@amc.uva.nl

Programme de soutien psychosocial après des urgences complexes

Orientations des recherches et des implications pour la pratique

Par Stephen Regel et Peter Berliner

Un intérêt croissant collectif s'est manifesté cette dernière décennie sur l'importance de fournir des programmes de soutien psychosocial après une catastrophe et des urgences complexes. Cependant, ce domaine n'est pas sans critiques. (Ganesan, 2006; Almedom et Summerfield, 2004; Pupavac, 2001; Summerfield, 1999; Bracken et al, 1995).

Aujourd'hui, nous identifions un plus grand besoin basé sur les preuves résultantes d'évaluations méthodologiquement robustes et des résultats de l'impact de ces programmes.



Seulement quelques jours avant le tsunami, Mollica et al (2004) conseillaient vivement les pays du monde entier à se préparer à gérer la santé mentale lors d'urgences complexes. Photo: Till Mayer, International Federation.

(Boyden et al, 2006; Maclachlan, 2006; Yule, 2006; Eisenbruch et al, 2004). L'objectif de ces séries de petits articles est d'aborder certains de ces challenges et d'examiner une variété de développements qui ont pris place cette dernière décennie au sein du champ du soin psychosocial après des urgences complexes. Cela concerne entre autre l'approche basée sur la communauté, le besoin pour la recherche d'action participative tel que la capacité de construction et les modèles qui intègrent les méthodes occidentales et les pratiques de guérison traditionnelles.

Il est en effet reconnu que des urgences complexes telles que d'importantes catastrophes, et spécialement celles qui provoquent de sérieuses blessures, deuils et pertes, auront des conséquences sur la santé mentale des survivants (Staub et al, 2006; Silove, 2004; Joseph et al, 1997). Ce sera particulièrement le cas lorsque l'infrastructure sociale aura été compromise, peu importe que les systèmes de santé existant avant la situation d'urgence soit insuffisant pour répondre aux besoins des communautés affectées. A peine quelques jours avant le tsunami, Mollica et al. (2004) interpellaient les pays du monde entier à se préparer à s'occuper de la santé mentale lors d'urgences complexes.

Stephen Regel travaille pour le Centre du Trauma, de la résilience et du développement, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust/University of Nottingham, UK. Il est un membre du centre de Référence pour le Soutien psychosocial du Roster Group. Peter Berliner travaille au département de psychologie à l'université de Copenhague au Danemark. Il est également un membre du centre de référence pour le soutien psychosocial du Roster Groupe.

Les programmes psychosociaux sont conçus en collaboration avec les agences et les communautés locales, spécialement ceux menés par le Centre de Référence du Soutien psychosocial des Sociétés Croix-Rouge et Crois-

sant Rouge. Un élément clé est, et a toujours été, la facilitation et l'amélioration des ressources locales et des communautés, ainsi que la capacité de reconstruction. Plusieurs Sociétés Croix-Rouge/Croissant Rouge sont en demande de programmes psychosociaux. Un exemple récent est le travail d'un centre psychosocial avec le Croissant Rouge de Somalie dans le développement d'un cadre culturellement adapté pour la mise au point et l'organisation de formation psychosociale pour les volontaires. Dans beaucoup de pays à bas revenus, la Croix-Rouge/le Croissant Rouge local fournit les soins de santé et sociaux de base. Une demande pour un programme de soutien psychosocial a été faite par le Croissant Rouge de Somalie. Celui-ci a été développé en utilisant la structure d'un atelier de programmes de développement. Les matériaux utilisés furent adaptés et développés

par les participants de l'atelier et par les membres de l'équipe de santé du Croissant Rouge de Somalie. Ceux-ci seront utilisés et constitueront une partie du programme de premiers soins basé sur la communauté.

La notion de résilience lors de catastrophe, souvent implicite dans notre compréhension de la manière dont les individus récupèrent après avoir été exposés au trauma et à la perte, nécessite une étude plus importante et explicite des facteurs qui tiennent compte des différences culturelles et individuelles. Le besoin d'une théorie intégrative des réponses culturelles au trauma, d'un développement positif et de la résilience dans l'adversité améliorerait la qualité de telles interventions. Il s'agit là de quelque chose de primordial qui doit être une priorité pour les acteurs clés des agences humanitaires et des institutions académiques. ■

Avis

Nouveau visage pour le Centre pour l'AP

La formation dans les domaines psychosociaux a toujours été une grande priorité pour le centre pour l'AP. À partir du 1 mars 2007, cela sera encore plus prioritaire. En effet, nous sommes heureux d'annoncer que nous avons renforcé notre personnel pour nous concentrer sur la formation et la collecte de fonds.

Cette fonction sera remplie par Mme Vivianna Nyroos, qui détient un master en développement international et sciences sociales. Vivianna a entre autres travaillé pour différentes agences de l'ONU aux Balkans, pour le Comité suédois de l'Afghanistan et pour l'aide au développement international danois. Elle a de l'expérience dans la formation et l'enseignement.

Les tâches de Vivianna comprendront :

- Préparation de matériel et de manuels didactiques, de matériel d'information et d'articles sur le travail psychosocial.
- Cours d'élaboration de formation pour nos associés, ainsi que la dispense et la facilitation de ces cours.
- Recommandation et travail de collecte de fonds.
- Présentations du centre pour l'AP et du travail psychosocial.
- Participation à la coordination du travail quand les désastres se produisent et tout travail ad hoc avec l'équipe. ■



Donations au Centre de Référence pour l'Appui Psychosocial

Par Anni Harris, coordinatrice, Centre de Référence pour l'Appui Psychosocial (AP)

La fonction principale du centre pour l'AP est de favoriser la capacité de construction des Sociétés Nationales afin qu'ils puissent prodiguer de l'aide psychosociale de bonne qualité. Documentation, diffusion et aide opérationnelle aux programmes internationaux servent à soutenir la fonction de capacité de construction.

Si le centre pour l'AP doit accomplir cet important travail psychosocial et prêter assistance à la Fédération Internationale et aux Sociétés Nationales, il est essentiel que nous recevions les fonds suffisants. Le centre pour l'AP est accueilli par la Croix-Rouge danoise qui a accepté de fournir un fond annuel de jusqu'à 1 million de couronnes danoises (134.185 €) comme contribution aux frais. L'équilibre des fonds provient de nos généreux donateurs : la Croix-Rouge canadienne, la Croix-Rouge finlandaise, la Croix-Rouge grecque, la Croix-Rouge islandaise, la Croix-Rouge norvégienne et la Croix-Rouge suédoise. Sans ce soutien financier de nos donateurs, le centre pour l'AP ne pourrait pas aider ceux qui sont dans le besoin. Outre les donations reçues, nos donateurs soutiennent également et financent souvent le travail effectué par nos membres du Roster.

Donations reçues en 2006

Croix-Rouge canadienne	13,150 euros
Croix-Rouge finlandaise	30,000 euros
Croix-Rouge grecque	10,744 euros
Croix-Rouge norvégienne	28,000 euros
Croix-Rouge suédoise	32,980 euros
Croix-Rouge danoise	134,185 euros

La Croix-Rouge grecque a généreusement accepté de soutenir le centre pour l'AP en 2007 avec 25.000 euros.

L'année dernière, les demandes d'aide ont augmenté, raison pour laquelle nous sommes actuellement en recherche active de fonds. Nous avons pris contact avec plusieurs Sociétés Nationales et nous en contacterons davantage, dans l'espoir qu'elles pourront offrir un appui au centre pour l'AP et au travail psychosocial. ■

Les conseils de médiation sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les urgences sont maintenant finalisés.

Par Lene Christensen, Centre de Référence pour l'Appui Psychosocial



Les directives seront testées sur le terrain en 2007 dans cinq pays différents. Un de ces pays peut être l'Afghanistan. Photo : Thorkell Thorkelsson, Fédération Internationale

Le travail du Comité Permanent de Médiation (Inter-Agency Standing Committee, IASC) sur la santé mentale et l'appui psychosocial dans les urgences (Mental Health and Psychosocial Support, MHPSS) a été décrit précédemment dans un numéro de « Faire face à la crise » (*Coping with crisis*, numéro 2, août 2006).

Cet article a illustré comment un Task Force multi-dépositaire a été utilisé pour développer un document de conseils sur la mise en place de MHPSS, et ce dans le but de réduire les pratiques nuisibles et pour permettre la coordination efficace au sein des dispositifs de secours.

La vue d'ensemble des conseils est présentée dans une

matrice disponible sur Internet (http://www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth_psychosocialsupport). Chacune des 25 interventions principales est décrite en détail sur une fiche d'action séparée. La première version complète des conseils sera bientôt disponible via cette adresse également.

Peut-être vous demandez-vous ce qui va se passer maintenant que l'inauguration de ce travail a été menée à bonne fin. Pour s'assurer que les conseils rencontrent bien les attentes de ceux qui en ont besoin dans le cadre de leur travail sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les urgences, nous mènerons en 2007 une série de tests sur le terrain. Ceux-ci sont organisés autour de cinq emplacements focaux où la collecte de données structurées aura lieu. Nous débiterons ainsi en février 2007 par des tests au Sri Lanka, puis au Libéria, en Colombie, dans un pays du Moyen-Orient (probablement l'Afghanistan) et enfin au sein d'une nouvelle urgence. La récolte de données qui s'effectuera via la diffusion d'un questionnaire semi-structuré aura également lieu dans un certain nombre de sites non-déterminés. Les données seront ensuite analysées afin de décider s'il est nécessaire de mettre à jour les conseils. Finalement, la diffusion des conseils sera soutenue par un ensemble d'outils et de matériaux de formation qui expliqueront la nature et le but de ces conseils.

Si vous travaillez dans un domaine où des données peuvent être rassemblées pour soutenir les tests de terrain, ou si vous désirez en savoir plus au sujet des travaux menés à bien par la Task Force en 2007, veuillez contactez les acteurs du processus de tests de terrain: Mark van Ommeren, OMS (vanommerenm@who.int), Mike Wessells, CCF (mwessell@rmc.edu) ou Lene Christensen, IFRC (lec@drk.dk) ■

Conversations utiles

- un regard vers le monde de UngPåLinie/UngOnline

Par Pernille Thomsen, volontaire

Boy15 : *Je... Mon papa... Il... Il me touche parfois. Il est difficile de parler de ...*

Sigrid : *Tout va bien. Prenez votre temps. Je vous écoute...*

Sigrid : *Pouvez-vous m'en dire davantage au sujet de votre papa ?*

Boy15 : *Il dit que c'est de ma faute, parce que je ne réussis pas bien à l'école.*

Sigrid : *Que pensez-vous de cela ?*

Boy15 : *Parfois, je pense qu'il a raison. Je suis nul en maths. Mais en même temps, parfois ça me semble étrange et faux...*

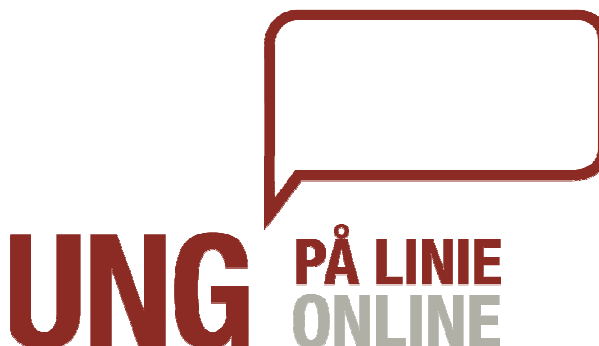
Sigrid : *Pouvez-vous expliquer ce qui fait que vous ressentiez ça ?*

UngPåLinie/UngOnline (UPL/UOL) – Jeunesse en ligne - est un projet de la section jeunesse de la Croix-Rouge danoise qui permet aux jeunes de discuter par téléphone ou de chatter sur Internet avec d'autres jeunes qui, comme eux, ont besoin de parler à quelqu'un. Les conversations sont anonymes et non professionnelles, et le projet est soutenu uniquement par des volontaires.

L'extrait de la conversation présenté ci-dessus est un exemple imaginaire d'une conversation qui pourrait facilement avoir lieu sur UPL/UOL : un garçon de 15 ans essaye d'expliquer la douleur et la tristesse qu'il éprouve en raison d'un abus sexuel

qu'il subit.

UngPåLinie a vu le jour en 1990 avec l'ouverture de deux lignes téléphoniques et, en 1997, UngOnline s'est joint en développant deux réseaux de chat sur Internet. Aujourd-



'hui, UPL/UOL fonctionne grâce à l'aide de 80 volontaires, responsables de deux lignes téléphoniques et de trois réseaux de chat sur Internet. Ces lignes et réseaux sont ouverts cinq soirs par semaine, et les lignes téléphoniques sont également ouvertes le dimanche.

Demandes élevées - grand succès

Il est essentiel pour UPL/UOL que les volontaires soient des jeunes stables et bien dans leur peau, capables d'exprimer leurs émotions et leurs sentiments. Pour cette raison, chaque candidat doit soumettre sa candidature par écrit et assister à une entrevue qui a pour but d'évaluer si le candidat est adéquat. Habituellement, seule la moitié des candidats sont acceptés. Une autre condition est que les candidats soient âgés entre 20 et 30 ans, et qu'ils n'aient pas de formation professionnelle dans les domaines de la psychologie ou des sciences sociales.

Pour le bon fonctionnement du projet, on exige des volontaires qu'ils assistent à des réunions, à des supervisions et qu'ils prennent part au travail organisationnel.

Un membre de l'UPL/UOL passe environ 25 heures par mois sur le projet à réaliser des tâches telles que :

- Week-end de formation. Chaque volontaire doit assister à un week-end de formation de trois jours donné par un psychologue qui enseigne la technique de l'interview et l'art de l'écoute.
- Permanence. Chaque volontaire assure 2.5 permanences, à savoir 2 permanences effectives et une permanence potentielle en cas de remplacement pour maladie ou autres.
- Réunion d'équipe. Chaque mois, une réunion d'équipe a lieu pour organiser les permanences, discuter des problèmes et parler des conversations en général.
- Supervision. Quatre fois par an, chaque groupe assiste à une supervision, à savoir, une réunion avec un psychologue qualifié.
- Travail organisationnel. Afin de pouvoir être membre de l'UPL/UOL, vous devez être membre du PR-GROUPE, de l'interviewer-groupe ou de l'événement-groupe, par exemple, tel que la section jeunesse de la Croix-Rouge danoise.
- Réunion mensuelle. Chaque mois, une réunion mensuelle a lieu. Il s'agit de l'unité de prise de décision, et donc tout

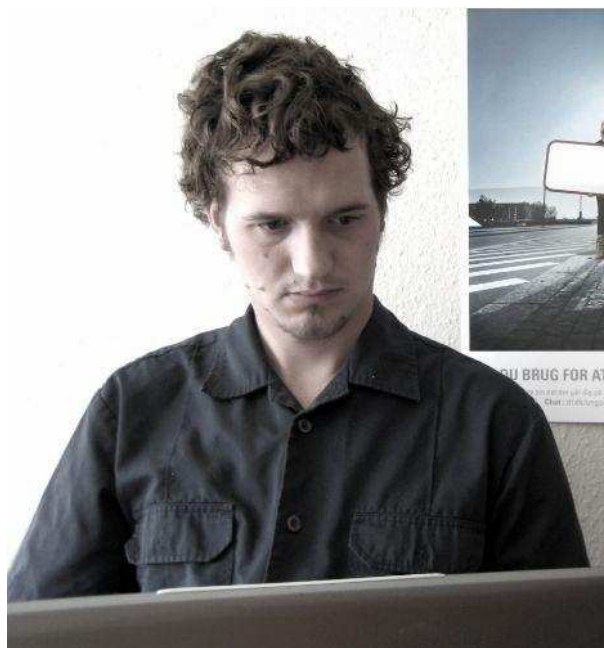
le monde doit y assister.

Chat ou téléphone ? Avantages et inconvénients

Les sujets traités par l'UPL/UOL sont très variés. Le contenu des conversations peut être très divers : l'amour adolescent, l'amitié, "ma mère stupide et ennuyante", la violence, les troubles de l'alimentation et les abus. En général, les conversations relatives aux abus et à la famille sont fréquentes, mais les conversations reflètent également les débats publics. Les années précédentes, les troubles de l'alimentation ont été un sujet populaire, alors que la mutilation a gagné du terrain ces dernières années.

La variété des sujets témoigne également du fait que ce sont tous les types de jeunes et d'enfants qui rentrent en contact avec l'UPL/UOL. Les conversations avec un adolescent danois issu d'un milieu économique moyen traitent habituellement de l'amour ou de l'amitié, alors que les conversations relatives aux abus et à la violence sont plus courantes avec des enfants et des jeunes plus faibles et plus exposés à ce genre de problématiques. Certains d'entre eux appellent ou écrivent depuis des maisons de placement ou des prisons à sécurité minimale.

La variété des sujets est également encouragée par le choix d'appeler ou d'écrire. Ce choix est influencé, d'une part, par la manière dont chacun s'exprime le mieux, et d'autre part, par la teneur de la conversation. Sur le chat, il y a moyen de faire une pause, de prendre le temps de trouver les bons mots et de "voir" ce que vous dites



avant que vous ne le disiez. Certains enfants et jeunes trouvent qu'il est plus facile de raconter en écrivant parce qu'ils ne doivent pas partager leurs larmes et leur colère. De cette façon, ils sentent qu'ils ont du contrôle.

Par ailleurs, les conversations par chat peuvent être sauvegardées et utilisées pour montrer à des membres de la famille ou à des thérapeutes la façon dont l'enfant ou le jeune se sent vraiment. La conversation devient alors de plusieurs manières un remède. Enfin, et cette raison n'est pas des moindres, le chat est l'option la meilleure marché et la plus facile. Il n'est pas très coûteux d'employer Internet alors qu'il est parfois difficile d'expliquer à votre mère abusive pourquoi vous étiez au téléphone pendant trois heures.

Cependant, les conversations téléphoniques offrent un processus plus soigneux et plus

lent. Elles sont plus personnelles parce que l'enfant ou le jeune peut entendre une voix prévenante et sympathique.

Ce qui est intéressant avec l'UPL/UOL c'est qu'il ne s'agit pas de choisir entre une option ou l'autre. Plusieurs utilisateurs emploient le téléphone et le chat en même temps. De cette façon, ils arrivent à raconter leur histoire plusieurs de fois et ils obtiennent en retour plusieurs perspectives parce que les volontaires ont différentes manières de converser. C'est également la raison pour laquelle le jeune de 15 ans nous contactera encore par la suite pour nous raconter l'histoire de son père abusif, mais la prochaine fois le volontaire qui assurera la permanence tâchera de voir l'histoire sous un angle différent afin de lui ouvrir une nouvelle perspective.

Pour de plus amples informations, merci de contacter upl@urkmail.dk ■

Problématiques rencontrées en 2006 en Amérique et aux Caraïbes

Par John Fleming, délégué de la santé régionale, Amérique Centrale et Caraïbes

En 2006, la Délégation Régionale du Panama pour l'Amérique Centrale et les Caraïbes a continué à renforcer la capacité régionale en PSP.

En particulier, ce qui suit a été réalisé.

L'adaptation du manuel "Premiers Soins Psychologiques" de la Croix-Rouge costaricaine

L'université St. Georges, Grenade, a accompli une brève consultation pour adapter le manuel "Premiers Soins Psychologiques" de la Croix-Rouge costaricaine à la réalité des Caraïbes. Le document obtenu à partir de la traduction du manuel original est une grande amélioration. Nous effectuons actuellement les dernières retouches au document et espérons ainsi effectuer des essais sur le terrain au début de l'année 2007.

Consultation en PSP se concentrant sur le plan stratégique continental de PSP et sur les manuels de PSP de la Croix-Rouge jamaïcaine

À l'aide de fonds DfID supplémentaires, nous avons engagé Samora Bain, volontaire auprès de l'Unité de Santé Mentale de la

Croix-Rouge jamaïcaine qui a travaillé intensivement sur des questions de PSP avec l'université des Indes Occidentales (campus de MONA). Elle a été impliquée dans des interventions de PSP en Grenade, en Jamaïque et dans les Iles Cayman en 2004 et après les inondations de la Guyane au début de l'année 2005. Samora a déjà mis à jour le plan stratégique continental d'ébauche en PSP et elle a commencé à étudier la manière dont le manuel costaricain peut être incorporé à une méthodologie PSP propre aux Caraïbes en utilisant les ressources existantes que nous avons dans la région – particulièrement, les manuels de la Croix-Rouge jamaïcaine. Après trois mois de consultation, nous possédons maintenant une ébauche de la Méthodologie des Caraïbes en PSP, provisoirement intitulée "Aider à guérir", que nous testerons sur le terrain au début de l'année 2007.

Roster international de PSP – participation des Caraïbes

Angela Gordon-Stair a participé à l'Atelier International de Roster PSP de l'IFRC à Copenhague, Danemark, organisé en octobre par le centre de référence pour l'appui psy-

chosocial.

Les alliances avec le milieu universitaire

Samantha Dickson (Croix-Rouge de Grenade) et le délégué de la santé régionale (DSR) ont rencontré l'université de St. Georges qui a exprimé son souhait de poursuivre la collaboration entamée par la Croix-Rouge de Grenade en 2005 après le passage de l'ouragan Ivan dans le domaine de la PSP. Le DSR a également rencontré le chef de l'Unité de Santé, campus St. Augustine de l'Université des Indes Occidentales à Trinité-et-Tabago, pour discuter d'une éventuelle collaboration dans le domaine du PSP. L'université était tout à fait disposée à étudier la manière dont une collaboration avec la Croix-Rouge serait possible. Le campus MONA de l'université des Indes occiden-

tales au Jamaïque entretient depuis longtemps un rapport positif avec la Croix-Rouge et il serait intéressant de voir comment nous pouvons favoriser ce type d'alliance stratégique ailleurs.

Le soutien des PSP dans le Diplôme de Secours au Panama

L'IFRC et la Croix-Rouge panaméenne soutiennent le premier diplôme en "PSP dans les Urgences à l'université du Panama". Nous projetons de participer à ce projet via l'octroi de bourses d'étude, de matériel scolaire, d'orateurs et la dotation d'une petite contribution financière.

Nous gagnons peu à peu en capacité dans les programmes de soutien psychologiques (PSP) et nous continuerons sur cette voie en 2007. ■

Références de l'article "Programmes de Soutien psychosocial après des urgences complexes. Remarques dans les recherches et les implications pour la pratique, par Stephen Regel et Peter Berliner.

- Almedom A.M., and Summerfield D. (2004). Mental well-being in settings of 'Complex Emergency': An overview. *Journal of Biosoc. Sci.* Vol. 36, 381-388
- Basoglu, M., Salcioglu, E., Livanou, M., Kalender, D. & Acar, G. (2005). Single-Session Behavioral Treatment of Earthquake-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Waiting List Controlled Trial. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18 (1), 1-11.
- Bracken, P.J., Giller, J.E. & Summerfield, D. (1995). Psychological Responses to War and Atrocity: The Limitations of Current Concepts. *Social Science and Medicine*. Vol 40 (8):1073-1082.
- Boyden, J., Berry, J. de, Feeny, T. & Hart, J. (2006). Children Affected by Armed Conflict in South Asia: A Regional Summary. In Reyes, G. and Jacobs, G. A. (Eds.) *Handbook of International Disaster Psychology*. Vol. 4. Westport: Praeger.
- Eisenbruch, M, Jong, J.T.V.M. & de, Put, W. van de (2004). Bringing Order Out of Chaos: A Culturally Competent Approach to Managing the Problems of Refugees and Victims of Organized Violence. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 17 (2), 123-133.
- Ganesan, M (2006). Psychosocial response to disasters – some concerns. *International Review of Psychiatry*, 18 (3), 241 – 247
- Joseph, S., Williams, R. & Yule, W. (1997) *Understanding Post-Traumatic Stress – A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*. Chichester: Wiley.
- Maclachlan, M. (2006). *Culture and Health – A Critical Perspective towards Global Health*, Chichester: John Wiley and Sons.
- Mollica, R.R., Cardoza, B. L, Osofsky, H.J., Raphael, B., Ager, A & Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *Lancet*, 364, 2058–2067.
- Pupavac V. (2001) *Therapeutic Governance: Psycho-social Intervention and Trauma Risk Management*. *Disasters* Vol. 4, No. 4, 358-372
- Silove, D. (2004) *The Global Challenge of Asylum*. In Wilson, J.P. & Drozdek, B. (Eds.) *Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims*. New York; Brunner-Routledge.
- Staub, E., Pearlman, A. L., Gubin, A. & Hagengimana, A. (2005). Healing, reconciliation, forgiving and the prevention of violence after genocide or mass killing: an intervention and its experimental evaluation in Rwanda. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.24, No.3, 297-334.
- Summerfield D (1999) *A Critique of Seven Assumptions behind Psychological Trauma Programmes in War Affected Areas*. *Social Science and Medicine*, 48: 1449 – 1462
- Yule, W (2006) *Theory, training and timing: Psychosocial interventions in complex emergencies*. *International Review of Psychiatry*, Vol.18 (3), pp. 259 – 264