



Editorial

Après le séisme – la bonne manière d'aborder les gens

Les dizaines de milliers de morts, et les millions de personnes affectées par le cyclone tropical Nargis en Birmanie et par le tremblement de terre dans la Chine voisine, nous rappellent une fois de plus les immenses besoins psychosociaux engendrés par les catastrophes naturelles, et notre responsabilité de réagir. Cela nous rappelle également qu'aucune ressource n'est inépuisable, pas même l'énorme force que constituent nos volontaires. Alors que la recherche de survivants au Sichuan continue et que l'aide parvient aux victimes en Birmanie, nous devons aussi considérer les aspects psychologiques et sociaux des catastrophes et le soutien à apporter à nos volontaires.

Comme dans les histoires de souffrance causée par le tremblement de terre de Kobé en 1995 figurant dans "Après le séisme" de Haruki Murakami, les blessures et les pertes ne sont pas les seules à toucher les victimes de Chine et de Birmanie. Il s'agit aussi du choc psychologique ressenti lorsque la terre tremble sous vos pieds ou lorsque vous sentez la force de vents excédant 190 kilomètres à l'heure se déchaînant à travers votre ville pendant des heures. Nombreux

sont ceux qui ont tout perdu — leurs proches, leurs maisons et leurs moyens de subsistance. S'il s'y ajoute les peurs d'un nouveau séisme et d'un futur incertain, les besoins psychosociaux sont énormes.

Dans ces deux situations d'urgence, les appels immédiats de la Fédération Internationale ont souligné le besoin de soutien psychosocial ; les Sociétés de la Croix-Rouge de Chine et de Birmanie apportent déjà un soutien de cette espèce aux populations touchées et réfléchissent aux soins à dispenser aux volontaires et au personnel. Il est bon de constater que les besoins non-visibles des personnes sont de plus en plus pris en considération dès le commencement des opérations. Plus tôt nous pourrons apporter un soutien psychosocial aux victimes, plus notre action sera couronnée de succès.

Au cours de ces opérations, comme toujours, notre point le plus fort est représenté par nos agents. Des milliers de volontaires travaillent sans répit : ils distribuent du matériel de secours, ils assainissent l'eau et fournissent des soins de première nécessité et un soutien émotionnel. Et, comme l'a fait remarquer le Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'Organisation Mondiale de la Santé, les volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ne se limitent pas à ce qu'ils font.

"Non seulement vos volontaires sont présents pour tous les foyers, en allant de porte à porte," a-t-elle déclaré lors de l'ouverture du Forum de la santé et des soins globaux de la Fédération Internationale, le

14 mai, "mais ils le sont de la bonne manière."

Au moment de planifier ces actions, et plus tard la convalescence, il est crucial de prendre en considération l'expérience antérieure. Ce numéro de Face à la crise vous présente les efforts visant à rassembler les expériences acquises suite au tsunami. Vous apprendrez comment la question du soutien psychosocial s'est développée et sa perception au ICRC. En y ajoutant des informations sur nos programmes en provenance des Caraïbes et une revue sur les éléments essentiels des interventions sur les traumatismes de masses, nous espérons que ce numéro sera aussi instructif que profitable.

Sincèrement vôtre,

Nana Wiedemann

Nana Wiedemann
Centro de Información de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional



Face à la crise No. 2 Été 2008

Sommaire :

Santé et prisons p. 3

Par Jennifer Hasselgård-Rowe

Utilisation de la violence p. 6

Par Laurence de Barros-Duchêne

Enseignements tirés de la réponse psychosociale au tsunami p. 9

Par Pernille Hansen

Soutien psychosocial à Cuba et en Jamaïque p. 11

Par Joan Swaby Atherton et Stephanie Cariage

Éléments essentiels de l'intervention sur le traumatisme de masse p. 12

Par Stephen Regel et Peter Berliner

Photo de couverture:

Yang Mingyuan examine de près les panneaux où sont affichés les renseignements sur les disparus dans un centre d'accueil pour les survivants du séisme demeurés sans-abri au stade Jiuzhou de Mianyang dans le Sichuan. Il cherche sa fille de 13 ans, Yan Jing ; une semaine s'est écoulée depuis la catastrophe et il est toujours sans nouvelle d'elle. (Sho Huang/ Fédération Internationale)

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 :

psychosocial.center@ifrc.org

Adresse Internet:

<http://psp.drk.dk>

Le projet Santé et Prisons de la Fédération Internationale

Le projet Santé et Prisons : une revue du travail sur le VIH, la tuberculose et le soutien psychosocial des Sociétés Nationales dans les prisons et avec les ex-détenus au niveau mondial, sera publiée à l'été 2008 et distribuée à toutes les Sociétés Nationales.

Par Jennifer Hasselgård-Rowe

Jusqu'à récemment : Agent de la Fédération Internationale, Santé et Prisons

La mission de la Fédération Internationale est étroitement liée au travail avec les prisonniers. La mission de la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge consiste à améliorer la vie des personnes vulnérables. Pour la Fédération Internationale, les personnes emprisonnées ou détenues représentent un groupe particulièrement vulnérable. Les prisonniers, les ex-détenus et leurs familles – ainsi qu'un certain nombre de variantes de ces classifications – sont en situation de vulnérabilité et exposés à certains dangers.

Lors de la 28^e Conférence Internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en décembre 2003, les états, conjointement aux Sociétés Nationales, ont adopté à l'unanimité l'Agenda pour l'Action Humanitaire, incitant les gouvernements à prendre une série de mesures visant à réduire les comportements à risque et à agir

dans les situations particulières de vulnérabilité, comme les prisons. Il y est déclaré :

Les états en coopération avec les composants du Mouvement, sont fortement encouragés à appliquer des politiques et des mesures opérationnelles dans les prisons afin d'instaurer un environnement plus sûr et de réduire le risque de transmission du VIH, de la tuberculose et autres maladies aux détenus, aux prisonniers et au personnel.¹

En conséquence de quoi le projet Santé et Prisons a été lancé fin 2006.

L'environnement carcéral présente un risque élevé de transmission du VIH et de nombreuses autres infections

Les conditions de vie dans la plupart des prisons du monde sont malsaines. La

surpopulation aggravée par le manque de lumière, d'air frais, d'eau propre et de nourriture saine est monnaie courante. L'usage illicite de drogue est banal, tout comme les pratiques d'injection insalubres, les rapports sexuels non protégés, la violence, le viol et le tatouage avec des outils contaminés.

Aucune maladie physique ou mentale n'est spécifique aux prisons, mais la plupart de ces maladies sont davantage présentes dans les lieux de détention, et les conditions de vie qui y ont cours les aggravent. Les taux d'infection par la tuberculose, le VIH et l'hépatite sont de loin plus élevés que dans la population en général.² Les infections transmissibles par voies aériennes et les maladies transmises par les seringues échangées sont très répandues.³

Les maladies transmissibles mises à part, les troubles mentaux et la dépendance à la drogue représentent les problèmes de santé prédominants parmi les prisonniers, dont beaucoup n'ont eu que peu ou pas de contact régulier avec des services de santé avant d'entrer en prison.⁴ Les prisonniers ont un risque accru d'être affectés par n'importe quel problème clinique imaginable que la population hors de prison.⁵

Améliorer l'accès aux soins des prisonniers et accroître la résistance

Une partie essentielle du contexte spécifique de santé publique de l'environnement carcéral est l'amélioration



Les conditions de vie dans la plupart des prisons du monde sont malsaines.

de l'accès aux soins et le renforcement de l'aptitude des ex-détenus et de leurs familles à rebondir. Souvent, un traitement contre la tuberculose commencé en prison risque de cesser à la sortie de prison avec des conséquences de santé publique graves. La même situation se présentera à l'avenir avec une thérapie antirétrovirale. Il est crucial d'améliorer et d'assurer aux ex-détenus un accès adéquat et approprié aux services de santé.

Santé mentale et travail de soutien psychosocial dans les prisons

Dix millions de personnes environ sont détenues dans des établissements pénaux à travers le monde. La moitié au moins lutte contre des troubles de la personnalité, tandis qu'un million de prisonniers ou plus dans le monde entier souffre de troubles mentaux telles que la psychose et la dépression. Presque tous les prisonniers présentent des humeurs dépressives ou des symptômes de stress et, chaque année, plusieurs milliers de prisonniers se donnent la mort en détention⁶

De nombreux troubles peuvent être présents avant l'incarcération et peuvent se trouver exacerbés par le stress de l'emprisonnement. Cependant, des troubles mentaux peuvent aussi apparaître pendant l'emprisonnement même comme conséquence des conditions communes et des violations des droits humains⁷ tels que la torture et le viol.

Les détenus souffrant du VIH et de maladies chroniques sont souvent victimes de dépressions et d'anxiété.⁸ Les taux élevés de dépendance à l'alcool et à la drogue parmi les détenus accroît davantage le risque de présenter au moins un trouble psychiatrique.⁹

Les activités de soutien psychosocial sont pertinentes à tous les stades de l'emprisonnement : détention préventive, détention proprement dite (le soutien à la famille et aux enfants compris) et à la libération de même que par la suite. Les éléments psychosociaux devraient être

partie intégrante de toutes les activités liées à la prison en particulier les activités en rapport avec le VIH, la tuberculose et autres questions de santé publique.

Sociétés nationales et travail de soutien psychosocial

Certaines Sociétés Nationales rendent visite aux prisonniers, soit régulièrement soit occasionnellement, tandis que pour d'autres Sociétés Nationales des programmes similaires sont en cours d'établissement. Les Sociétés Nationales scandinaves pratiquent les visites aux prisonniers et leur apportent un soutien psychosocial depuis longtemps. Ces services ont débuté en Norvège en 1959, en Suède en 1965, en Finlande en 1970 et au Danemark en 1986. Les visites, que les prisonniers sont libres d'accepter ou de décliner, sont rendues par des volontaires, suivant un ensemble de règles et de directives spécifiques. La Société Nationale ne doit en aucune circonstance imposer de telles visites.

Ce service a été bien accueilli par les prisonniers, en particulier du fait de la neutralité et de l'impartialité des Sociétés Nationales. Pour mener à bien ces visites, les Sociétés Nationales coopèrent étroitement avec le Ministère de la Justice et les autorités carcérales. Les volontaires qui rendent visite aux prisonniers sont recrutés par campagnes. Une fois recrutés, ils sont formés et se rencontrent régulièrement pour échanger leurs expériences.¹⁰



Teckning: Catharina Håkansson

Illustration de Catharina Håkansson tirée de la publication *Föräldrar i fängelse du Kriminalvårdens Göteborgskontor, 2000.*

Les prisonniers reçoivent un soutien grâce à d'autres types de programmes. Dans le cadre de son programme de soutien psychologique *Croix-Rouge Ecoute*, la Croix-Rouge française a lancé un service d'assistance téléphonique aux prisonniers. Le projet aide ceux qui sont

particulièrement isolés et exclus de la société, et dont les liens familiaux et sociaux ont été rompus. Le projet vise aussi à prévenir les suicides en détention, à réduire les conflits et la violence, et à encourager la réinsertion des prisonniers.¹¹

Questions clé : maintenir des liens avec la communauté et renforcer la relation des enfants avec leurs parents en prison

Partout où c'est possible, les prisonniers devraient recevoir des encouragements et une assistance afin d'entrer en contact, et de le maintenir, avec leurs familles et leurs amis hors de prison.¹² Les liens avec la famille et les amis sont des sources de soutien importantes. Bien que l'emprisonnement impose des contraintes sur les visites, les lettres et les appels téléphoniques, les moyens de maintenir un contact devraient rester aussi normaux que possible. Les liens entre les prisons et la communauté à l'extérieur devraient être encouragés et facilités.¹³

Il est de plus en plus patent que les programmes centrés sur la construction et le renforcement des relations entre les enfants et leurs parents en prison sont aussi

Facteurs ayant un effet négatif sur la santé mentale dans les prisons :

- La surpopulation
- La violence
- La solitude forcée ou, à l'inverse, un manque d'intimité
- Un manque significatif d'activité
- L'isolement par rapport aux réseaux sociaux
- L'insécurité par rapport aux perspectives d'avenir (travail, relations, etc.)
- Des services de santé inadéquats, particulièrement de santé mentale

inestimables, à la fois pour les prisonniers et pour leurs familles.

De tels programmes, prévoyant que des volontaires accompagnent des enfants depuis leurs domiciles durant des visites en prison, ont prouvé qu'ils aidaient les prisonniers à bâtir une confiance en eux-mêmes au cours de l'incarcération et les empêchaient de retomber dans la criminalité après la libération. Ils offrent une possibilité de briser le cycle des libérations et des emprisonnements. De plus, ils accroissent la résistance des prisonniers, de leurs familles et de leurs réseaux étendus.

La Croix-Rouge suédoise dirige le programme *Föräldrar i fängelse* (Parents en prison) pour les enfants et les conjoints de détenus, concentré sur le renforcement du sentiment de responsabilité que les prisonniers peuvent ressentir envers leurs enfants et sur la recherche de moyens de bâtir sur les bienfaits apportés au développement individuel et à la réinsertion que ces relations peuvent offrir. Les Croix-Rouges norvégiennes, finlandaises et danoises sont aussi actives dans ce domaine. Leurs programmes sont fondés sur le postulat que l'amélioration de la relation entre les détenus et leurs enfants, depuis le tout début et tout au long de la période de détention, donne à la réinsertion dans la communauté une plus grande chance de réussir.

Le bien-être des familles de prisonniers, en particulier des enfants, est très important

pour le bien-être psychosocial des prisonniers. Dans le cadre de ses activités prévues pour les enfants de détenus, la Croix-Rouge danoise dirige des groupes pour enfants de 7 à 17 ans ayant un parent en prison. Une semaine sur deux pendant deux heures, les enfants rencontrent un groupe de six à huit enfants dans la même situation et du même âge, ce avec deux psychologues volontaires. Ce programme a commencé en 2004 et, depuis 2005, la Société Nationale a organisé des colonies d'été sur deux semaines pour le même groupe de 40 enfants chaque année. La Croix-Rouge danoise apporte également un soutien aux enseignants et aux parents par le biais de conseils pratiques et informels.

Ces Sociétés Nationales peuvent partager une expérience étendue dans le champ du soutien psychosocial, et représentent des modèles potentiels pour d'autres Sociétés Nationales désireuses de démarrer – ou de développer – des programmes similaires adaptés à leurs contextes et besoins nationaux respectifs. Il est fortement conseillé de partager et de bâtir à partir de cette expérience, en adéquation avec chaque contexte donné.

Pour plus d'information sur ce projet, veuillez contacter Jennifer Hasselgård-Rowe : jenniferhasselgardrowe@hotmail.com.

Références :

¹ *Agenda for Humanitarian Action*, point 4.2.5 de la 28^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2-6 décembre 2003.

² *Health in Prisons, A WHO guide to the essentials in prison health*, 2007, Organisation Mondiale de la Santé, mis au point par Lars Moller, Heino Söver, Ralf Jürgens, Alex Gatherer et Haik Nikogaosan, p. 10.

³ *Ibid.*, p. 26.

⁴ *Ibid.*, p. 16.

⁵ *Ibid.*, p. 16.

⁶ *Ibid.*, p. 133.

⁷ *Ibid.*, p. 133.

⁸ Burnam MA, Bing EG, Morton SC, Sherbourne C, Fleishman JA, London AS et al. *Use of Mental Health and Substance Abuse Treatment Among Adults with HIV in the United States. Archives of General Psychiatry* 2002; 58:729-736 cité dans Canning Robert D. *A Primary Care Approach to Mental Health Care for HIV/Hepatitis-Infected Inmates, HEPP Report*, janvier 2003, Vol., Numéro 1, p. 1.

⁹ Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne C, Lonon, AS, et al. *Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults in the United States. Archives of General Psychiatry* 2002; 58: 721-728; cité dans Canning Robert D. HEPP 2003 op.cit. p. 1.

¹⁰ *Activities of Red Cross and Red Crescent Societies in Prisons*, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en coopération avec l'Institut Henri Dunant, 1994, Genève, page 20.

¹¹ Cité dans *Psychological Support: best practice from Red Cross and Red Crescent programmes*, 2001, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

¹² "Mental health in prisons", Eric Blaauw and Hjalmar J.C van Marle p. 142 in WHO 2007 op.cit.

¹³ *Ibid.*, p. 143.

Utilisation de la violence

Comment envisager des interventions psychiatriques dans les conflits contemporains

Par Laurence de Barros-Duchêne
Coordinatrice en psychiatrie, Comité International de la Croix-Rouge

Personne ne peut nier que la guerre a des répercussions à la fois physiques et mentales. Les conflits du siècle passé l'ont prouvé amplement.

De la guerre russo-japonaise au Vietnam, du Yom Kippour au Golfe et aux missions de maintien de la paix de l'ONU, les officiels militaires ont développé les soins psychiatriques sur le terrain dans le but de résoudre les réactions "transitoires" aiguës au stress (la décompensation) affectant les troupes se trouvant au front.

C'est seulement après que les troupes américaines furent revenues du Vietnam, cependant, et que les autorités sanitaires eurent soulevé le problème, qu'a émergé une véritable conscience de la sévérité du traumatisme causé par l'horreur et l'inhumanité de la guerre (24% des troupes envoyées au Vietnam souffraient de troubles du type stress post-traumatisme

dans les premières années après leur retour)¹ Jusqu'alors ce traumatisme invisible avait seulement été traité occasionnellement, sans discernement ni réelle compréhension, dans l'unique but de soulager rapidement les symptômes et renvoyer les soldats au front.

La reconnaissance de l'impact psychologique à long terme des conflits armés s'est faite au début des années 1980 avec la publication des critères diagnostiqués du stress post-traumatisme par l'Association Psychiatrique Américaine dans son Manuel diagnostique et statistique, version IV (DSM[°]III). Les critères soulignaient l'impact négatif d'événements externes sur la santé mentale des individus.

De la psychiatrie militaire à l'action humanitaire

Presque simultanément une alternative à la psychiatrie militaire a émergé, alternative plus centrée sur les victimes civiles de la guerre et des catastrophes naturelles. Quelques organisations humanitaires internationales, confrontées à la réalité

invisible de la souffrance psychologique, étaient à l'avant-garde.

Le Comité International de la Croix-Rouge (ICRC) est devenu un pionnier de la psychiatrie humanitaire qui s'est formée à la fin des années 1970 à travers l'organisation d'un système de soins dans les camps de réfugiés Khmers en

Thaïlande pour les civils traumatisés par la violence du génocide auquel ils avaient échappé.

En traitant les demandeurs d'aide psychiatrique, le personnel de santé (les médecins et les praticiens traditionnels Khmers) ont été à même de mesurer pleinement les épreuves psychologiques – souvent concomitantes de maladies



Une femme reçoit les conseils d'un délégué ICRC.

physiques ou de comportements que la psychiatrie moderne aurait, sans hésitation, classés comme des troubles sérieux – endurées par les survivants de cette horreur. Le traumatisme était là, mais dissimulé par les symptômes d'un problème de santé commun ou bien rare.

D'autres organisations internationales, dans d'autres endroits et d'autres circonstances, ont rapporté des résultats semblablement pénibles, par exemple en face du lourd silence des survivants du tremblement de terre en Arménie (décembre 1988) et en Iran (décembre 2003), quelques jours seulement après la tragédie, quand il n'y avait plus rien à faire pour sauver les prisonniers des décombres.

Dès lors, le traumatisme psychologique apparaît dans le monde humanitaire. Les spécialistes en victimologie formés à la psychiatrie militaire étaient, et restent, principalement à l'origine de cette reconnaissance a posteriori.²

Le stress post-traumatisme, modelé sur la base de données recueillies auprès de vétérans du Vietnam, devait servir de cadre de référence pour définir ces blessures psychologiques, dont l'existence avait été simplement supposée, et essayer de les identifier dans les situations de crise où les agences d'aide travaillaient. La psychiatrie humanitaire avait ainsi trouvé sa perspective principale, au moins pour un temps, jusqu'à ce que la nature intrinsèque des événements – leur nature

massive, systématique, durable et, de plus en plus souvent, intentionnelle – soit prise en compte.

Traumatisme induit et traumatisme infligé

L'abord psychiatrique du traumatisme ne prend pas en compte l'ensemble des mécanismes mis en route aujourd'hui dans les conflits armés et la violence généralisée, pour laquelle il faudrait établir une distinction avec les événements qui ne sont pas causés par l'homme.

Les catastrophes naturelles sont terrifiantes et causent des dommages effroyables. Les survivants affrontent non seulement la mort et des pertes permanentes et substantielles, mais aussi des sentiments de culpabilité. La violence psychologique des catastrophes naturelles dépend de leur caractère soudain et de leur apparence irréelle. Les survivants du tsunami de 2004 ont essayé de trouver un sens à ce qui s'était passé selon leurs références culturelles, en suggérant par exemple que c'était une punition divine, ou une démonstration de la puissance des éléments. Tous avaient été frappés sans discrimination et simultanément. L'événement avait été dans un certain sens "naturel" et explicable. Ainsi, avec le temps, il était devenu "gérable." Une fois que les survivants avaient surmonté leur état de choc initial, ils ont fait preuve de solidarité, et de compassion mutuelle, surtout en ce qui concerne la souffrance psychologique causée par la perte de tant

de proches, de tant de possessions matérielles et, pour certaines personnes, de tout espoir d'avenir. Dans ces circonstances, il n'y avait pas d'animosité, de haine ou de ressentiment. Il n'y avait que de la colère et une douleur immense.

Les actes violents ne peuvent pas être rationalisés de la même manière, car ils impliquent des émotions et une volonté de détruire. Leur impact sur les individus et les communautés est différent de celui de catastrophes naturelles. Ils créent un état de danger constant, de défiance et parfois même de paranoïa. De plus, ils laissent des cicatrices qui ne guérissent jamais entièrement, même après le retour de la paix.

Il n'est pas surprenant, donc, de constater un état perpétuel d'hyper-vigilance dans des contextes où le danger est réel et on peut raisonnablement démontrer que cet état est un mécanisme pour gérer plutôt qu'une réaction de stress (post-) traumatique. Dans les provinces orientales de la République Démocratique du Congo, où le ICRC a apporté ses services aux victimes de viols, la peur et l'évitement des hommes armés dont faisaient preuve les femmes en souffrance semblaient être une précaution sensée, entièrement en dehors du fait que cette attitude révélait également combien la société congolaise dans son ensemble se sentait et en réalité se sent toujours mal à l'aise.

De même, la tendance des Palestiniens à

considérer les "victimes" de l'Intifada comme des héros pourrait être interprétée non comme un mécanisme de défense communautaire mais comme un indice de souffrance profonde et possiblement pathologique empêchant la douleur et la culpabilité ressentie suite à la perte d'un parent proche de s'exprimer.

Il est donc clair qu'un traumatisme psychologique ne peut être identifié, compris et traité seulement à travers le prisme de la classification psychiatrique. Dans les sociétés où les valeurs commandent les relations entre individus ont été profondément altérées ou parfois même intentionnellement attaquées, le traumatisme ne peut pas toujours être surmonté simplement en stimulant les mécanismes de défense individuels et communautaires.

Que penser des valeurs d'une communauté quand – sans nulle stratégie de conquête – le viol devient systématique et touche toutes les femmes, y compris celles qui ne sont plus en âge de procréer ?³ Que penser quand le crime devient légitime et la violence devient à la fois une alternative à la perte d'identité et un moyen d'obtenir gratuitement accès aux biens et à des privilèges ?⁴

Évidemment, nous ne pouvons plus nous satisfaire d'une compréhension simple et unidimensionnelle du traumatisme psychologique, surtout en considérant la nature différente des événements frappant

les personnes que nous voulons aider. La violence intentionnellement infligée à des êtres humains : une nouvelle arme dans les conflits contemporains. Dans les conflits modernes, les populations civiles sont utilisées comme moyen d'atteindre des objectifs prédéterminés.

La violence est dirigée contre les civils – non pas pour les conquérir (et les exploiter comme moyen de production) mais pour les utiliser ou même les détruire dans un but politique ou pour la domination en soi.

L'utilisation délibérée de la violence contre un groupe humain est une arme aussi effroyable qu'imperceptible, tout comme les cicatrices que cela laisse aux individus et aux communautés. Le traumatisme, de ce point de vue, découle de l'intentionnalité qui attaque sans discernement ceux qui appartiennent à un autre groupe.

"Quand un groupe humain est pris pour cible, l'impression qui s'ensuit, selon laquelle la mort a été transformée en phénomène de masse, impose aux populations le sentiment de la perte de leur propre identité. En quoi sont-elles différentes des autres victimes ? Les populations ne sont pas prises pour cible pour ce qu'elles font ou disent. Elles risquent leurs vies pour une seule et unique raison : elles sont juives, tutsi ou kosovares. [...] Tout autre élément de leur identité est nié."⁵

La violence de cette espèce vise la base même d'une communauté : ses valeurs, ses symboles culturels, ses références sociales et, en conséquence, tout ce qui y est lié. Les ventres des mères congolaises ou bosniaques n'étaient pas perçus comme neutres mais comme la base d'une affiliation à un groupe. Par la violence et le viol, l'ennemi cherchait intentionnellement à souiller cette base – à "l'abâtardir" – et finalement la conquérir.

On ne peut ignorer que cela a réellement eu lieu. Nos cadres théoriques en ce qui concerne le traumatisme et nos modes d'apporter des soins doivent donc être réexaminés. Il ne peut pas y avoir de façon valide et universelle de soigner les victimes ou de modèles applicables partout et en toutes circonstances. Les facteurs externes et leur impact – sur les individus, leurs valeurs et leurs représentations culturelles, et sur les relations sociales – doivent être pris en compte, tout comme les intentions derrière les actes violents, afin d'opérer les ajustements appropriés aux procédures psychiatriques.

Le besoin de s'adapter aux problèmes rencontrés par les bénéficiaires de l'aide humanitaire s'est imposé tôt à l'ICRC, d'abord dans les camps de réfugiés Khmers cités plus haut,⁶ puis en rapport avec les activités de soutien instaurées récemment pour les familles de disparus. Derrière les disparitions forcées de civils dans les contextes de conflit armé ou de

violence politique se cache le désir de nuire et souvent de détruire – non seulement les individus mais, en particulier, le groupe auquel ils appartiennent.

Les conséquences psychologiques et sociales peuvent être considérables. Sans la certitude établie que leurs proches disparus sont morts, les familles ne peuvent pas commencer leur deuil. Sans corps, il ne peut pas y avoir de funérailles, ce qui signifie que le nom et le souvenir du défunt ne peut pas être honoré par les survivants. Sans funérailles, il n'y a pas de reconnaissance sociale du décès. Les familles ne peuvent pas exprimer leur tristesse, les communautés ne peuvent pas offrir de soutien et il ne peut pas y avoir de guérison. Dans la mesure où les disparitions forcées et la mutilation ou la destruction physique des corps interdisent les rites funéraires,⁷ elles constituent des actes de tortures délibérés contre les familles ; ce sont des actes violents ressentis comme tels.

Dans de telles circonstances il n'est plus possible de parler de simple deuil ou de stress post-traumatisme. De tels actes, commis délibérément par un groupe contre un autre, doivent au contraire être considérés comme induisant intentionnellement un traumatisme.⁸ Le type de souffrance spécifique impliquée et les signes cliniques spécifiques⁹ sont révélateurs de la volonté destructrice qui les motive.

Références:

- ¹ L. Crocq, "Histoire de la psychiatrie de l'avant dans les conflits armés," *Revue francophone du stress et du trauma*, 2005, Vol. 5, No. 1, pp. 43-54.
- ² D. Fassin, R. Rechtman, *L'empire du traumatisme: Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris, 2007, p. 259.
- ³ Ce qui leur confère ainsi un statut social différent.
- ⁴ R. Beneduce *et al.*, "Violence with a purpose: exploring the functions and meaning of violence in the Democratic Republic of Congo," *Intervention*, Vol. 4, No. 1, 2006, pp. 32-46.
- ⁵ M.-F. Bacqué, *Approvoiser la mort*, Odile Jacob, Paris, 2003, p.129.
- ⁶ Où ont été installés des centres de soins pratiquant les médecines traditionnelle et moderne.
- ⁷ Des familles bouddhistes au Sri Lanka ont rapporté leurs souffrances et leur sentiment de culpabilité, et l'exclusion sociale qu'elles ont subie, pour n'avoir pas pu accomplir de rites funéraires convenables pour leurs parents décédés. En tant que bouddhistes, elles doivent "libérer" l'âme du défunt pour qu'elle puisse se réincarner (le rituel consiste à briser le crâne). Si le rituel n'est pas accompli, la croyance veut que l'âme erre éternellement, et que les parents du défunt soient porteurs de malédictions. Voir L. de Barros-Duchêne, ICRC rapport d'évaluation, septembre 2005.
- ⁸ F. Sironi, *Psychopathologie des violences collectives: Essai de psychologie géopolitique clinique*, Odile Jacob, Paris, 2007, et "Les stratégies de déculturation dans les conflits contemporains," *Revue de Psychiatrie Sud/Nord*, No. 12, 1999.
- ⁹ Les disparitions forcées dans les situations de conflit armé ou de violence politique rejette les familles dans un "no man's land" où rien ne permet d'accepter la mort d'un être cher et ainsi commencer un processus de deuil. En l'absence de preuve ou de quelque certitude que ce soit quant à ce qui est arrivé à un parent, le déni peut être total et l'anxiété permanente. L'ambivalence (l'aller-retour constant entre l'acceptation possible de la mort d'une personne et l'espoir de son retour) peut être éprouvante et une source potentielle de fatigue psychologique et de dépression.

Expérience acquise grâce à la réponse au tsunami dans l'océan indien

Par Pernille Hansen, coordinatrice de projet, Centre de Référence en Soutien Psychosocial de la Fédération Internationale.

Le tsunami provoqué par le séisme au large des côtes de l'Indonésie en décembre 2004 a eu un impact dévastateur et radical sur la vie de millions de personnes, non seulement dans les pays directement touchés par cette énorme masse d'eau, mais à travers le monde. Si plusieurs centaines de milliers de personnes sont mortes, il y a un nombre encore plus grand : le nombre de personnes qui ont été chassées de leurs foyers, ont perdu leurs proches et affronté des difficultés et une détresse sans équivalents en tentant de reconstruire leur vie. Beaucoup de zones affectées étant touristiques, des familles venant du monde entier ont été touchées par cette tragédie, ce qui a influencé la réaction sans précédent au tsunami. Jamais auparavant autant d'argent n'avait été réuni pour réagir à une catastrophe, ni tant d'organisations et d'individus différents ne se sont pressés vers les zones affectées avec l'intention d'apporter leur aide de toutes les façons possibles, y compris en participant à la réponse psychosociale.

Projet de compilation des expériences acquises

Étant données l'échelle et la diversité de la réponse psychosociale dans toute la région frappée par le tsunami, il est temps de réfléchir et de tirer les leçons de ces événements. La Croix-Rouge américaine a donc donné son accord au Centre de Référence en Soutien Psychosocial de

la Fédération Internationale pour son projet de collecte des expériences acquises grâce à la réponse psychosociale, clairement dans le but d'améliorer les réponses psychosociales aux situations d'urgence futures. Le projet a commencé en novembre 2007, la première phase étant la collecte des descriptions et des évaluations des programmes psychosociaux, ainsi que la prise de contact avec les organisations et les individus actuellement ou antérieurement travaillant à la réponse psychosociale. Par la suite, il y a eu des visites exceptionnellement fructueuses et instructives aux cinq pays les plus durement frappés : la Thaïlande, l'Indonésie, le Sri Lanka, l'Inde et les Maldives. Ces visites comprenaient des voyages vers des zones où les dommages causés par le tsunami étaient toujours visibles, ainsi que des rencontres avec des bénéficiaires de programmes psychosociaux, des entretiens avec des agents et des directeurs de programme. De plus, il y avait deux ateliers, chacun sur un jour, résumant les expériences acquises, en Indonésie et au Sri Lanka.

Ateliers sur un jour sur les expériences acquises

Il est toujours extrêmement enrichissant de partager les expériences acquises au cours d'un forum avec des personnes travaillant dans le même domaine. Non seulement les participants ont-ils là une opportunité unique d'apprendre les uns des autres, mais cela encourage l'ouverture et la liberté d'expression dans l'échange



Une mère et son enfant regardent par delà la rivière menant à Banda Aceh qui charrie des débris suite au tsunami dévastateur.

d'expériences personnelles, de difficultés et avant tout, de méthodes les plus efficaces. Les deux ateliers se sont déroulés suivant la méthodologie de Visualisation dans les Programmes de Participation, selon laquelle l'entière participation de tous est essentielle pour la réussite de l'atelier, l'échange des expériences et de l'information étant présenté sur des cartes collées sur un mur, ce qui encourage l'apprentissage par la visualisation. La tâche principale était l'établissement d'une ligne chronologique depuis

le jour du tsunami jusqu'à aujourd'hui, sur laquelle tous les participants devaient insérer divers types d'information : activités, méthodes les plus efficaces, obstacles et recommandations sur les aspects de la planification, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation des réponses psychosociales. Les participants ont ensuite travaillé à partir de cette riche somme d'information pour consolider les méthodes les plus efficaces et les recommandations classées comme prioritaires.



Membres d'une communauté près d'un centre communautaire à Galle, au Sri Lanka.



Le résultat final d'une journée de travail en atelier où apparaissent les cartes VIPP utilisées.

Expériences acquises en Indonésie

A Banda Aceh, en Indonésie, les 25 participants, représentant 20 organisations différentes, dont la Croix-Rouge indonésienne (PMI), qui mettent en œuvre des programmes psychosociaux et psychiatriques, suite au tsunami, ont fait part des difficultés rencontrées et des méthodes les plus efficaces sous les catégories thématiques principales de :

i) Mise en contexte des programmes (l'utilisation des ressources locales et l'assurance de l'adaptation culturelle et relative des activités) ; ii) Standardisation des directives et des outils ; iii) Coordination et communication.

Tout en identifiant quels points d'actions étaient nécessaires pour renforcer la réponse psychosociale continue en Indonésie, tous les participants se sont fortement engagés à participer à de futurs événements pour développer : a) un consensus national et des directives sur les techniques et les stratégies de mobilisation des communautés, b) des directives nationales de programmation psychosociale (en accord avec des directives internationalement reconnues et approuvées), et c) un livre ou tout autre document imprimé réunissant les "leçons d'Aceh".

Expériences acquises au Sri Lanka

A Colombo, au Sri Lanka, sur 20 participants à l'atelier, exception faite de deux représentants de la Croix-Rouge américaine, tous étaient de cinq branches distinctes la Croix-Rouge sri lankaise. Cela n'a pas nui à la qualité des enseignements tirés de l'atelier, mais au contraire a offert aux collègues une chance rare et qui fut la bienvenue de se rencontrer et de faire part des difficultés rencontrées et des méthodes les plus efficaces.

Le contexte de conflit interne dans lequel se trouvait le Sri Lanka avant le tsunami et qui persiste, actuellement, affecte nettement la mise en œuvre des programmes. Il y a aussi différents degrés de frustration subis par les membres du personnel, constamment confrontés à des

limitations et des empêchements dans l'exécution de leurs activités prévues. Même les horaires de l'atelier ont dû être écourtés, pour s'assurer que tous les participants puissent rentrer chez eux en sécurité et de jour.

Pendant le temps disponible, les participants se sont attelés sans réserve aux tâches en cours : ils ont identifié une foule de méthodes les plus efficaces et de recommandations importantes pour aborder les nombreux problèmes qui se posent. La contrainte de temps a empêché notre groupe de repérer des points d'actions pratiques, malgré le désir exprès des participants. Deux domaines thématiques majeurs se sont imposés parmi les expériences acquises prioritaires : l'importance du relativisme culturel dans la conception et la mise en œuvre des réponses psychosociales ; et le besoin de souplesse dans la programmation psychosociale. Ce dernier point a permis de mettre en lumière deux leçons majeures tirées de tous les pays visités : les difficultés à accompagner le bouclage de programme et les difficultés à mesurer l'impact des programmes psychosociaux.

Projets d'avenir

Dans les deux pays, les ateliers d'expériences acquises ont été reçus avec beaucoup d'enthousiasme, et démontraient clairement les bienfaits de ce genre de forums. En conséquence nous avons donc prévu un autre atelier d'expériences acquises à Denpasar pour la première semaine de juin, dans lequel des représentants de chacun des cinq pays visités, ainsi que les Sociétés Nationales participantes, la Fédération Internationale et des délégués

précédemment en poste dans les pays touchés auront la chance de rencontrer et de partager leurs expériences acquises. Le prochain Faire face à la crise comprendra une brève description des résultats de cet atelier. Des rapports complets comprenant les détails et les résultats des ateliers décrits ci-dessus peuvent être obtenus auprès de Pemille Hansen à pha@drk.dk

Le bouclage de programme correspond à une tentative de prévoir des activités au cours des étapes finales du programme et cela pendant la phase de planification initiale du programme. Normalement cela est une condition qui doit figurer dans les projets de financement, et ne pose pas autant de problèmes dans d'autres parties plus concrètes des actions du programme, comme commander un nombre donné de vaccins nécessaires à un nombre X d'enfants. Cependant, dans les programmes psychosociaux basés sur la communauté, où les activités choisies dépendent des résultats des activités de mobilisation communautaire et des forums de participation, cela peut créer de sérieux problèmes si les activités du programme sont planifiées à des stades trop peu avancés de préparation. Cela peut se traduire par la mise en œuvre d'activités sans pertinence mais nécessaires à la levée de fonds.

Les indicateurs de programme psychosocial sont incroyablement difficiles à mesurer, au point que la plupart des pays se débattent encore pour définir précisément le soutien psychosocial dans leur contexte local. Cela a naturellement un impact sur la définition du bien-être psychosocial, et par là même affecte l'identification d'indicateurs mesurables. Il faut prêter attention à ce problème, en particulier pour le financement des programmes psychosociaux.

Soutien psychosocial à Cuba

Depuis 2000, la Croix-Rouge cubaine a mené un programme de soutien psychosocial avec l'aide du Centre de Référence de la Fédération Internationale (Centre PS) et la coopération de l'Institut Psychiatrique pour les Sinistres de l'Université du Dakota du Sud.

Par Joan Swaby Atherton, chef du PSP de la Croix-Rouge cubaine

En avril 2000, le premier séminaire de formation a été facilité par Mette Sonniks. En 2001, la première conférence a été organisée avec la participation du Dr Gill Reyes de l'Institut Psychiatrique pour les Sinistres, en tant que représentant du Centre PS. En 2003, lors de la deuxième conférence, des représentants du Mexique, du Guatemala, de la Jamaïque et de la Fédération Internationale étaient présents, alors que des représentants de la République dominicaine ont pris part à la troisième conférence de 2005. En moins d'une décennie, la Croix-Rouge cubaine a construit un programme de soutien psychosocial qui a secouru des dizaines de milliers de personnes affectées non seulement par les ouragans, les tempêtes tropicales et les inondations très fréquents, mais aussi par une grande variété de situations stressantes.

En octobre et novembre 2007, des pluies diluviennes ont affecté les provinces orientales de Cuba. Les rivières et les digues ont cédé, il a fallu évacuer de milliers de familles aussi bien rurales que citadines. Les pluies intenses ont balayé des milliers de

maisons et de toits, et ont causé l'inondation des plantations, privant la population d'abri et de nourriture. Les groupes de soutien psychosocial de la Croix-Rouge ont été mobilisés de concert avec d'autres secouristes, pour apporter leur aide dans les abris et un soutien aux malades, aux personnes âgées, aux handicapés et à ceux qui avaient subi de lourdes pertes.

Par le biais du programme, un travail préventif est aussi en cours afin de préparer la population et les communautés vulnérables. La quatrième conférence psychosociale se tiendra en mai 2008 dans la ville de Matanzas. Cette conférence se consacrera en particulier à l'échange des expériences et des connaissances du personnel, des volontaires et des secouristes de la CRC.



Aider à guérir en Jamaïque

Aider à guérir est une méthodologie pour les soins psychosociaux basés sur la communauté. Cet outil a été créé en 2007 par la Fédération Internationale avec le soutien de la Croix-Rouge jamaïcaine, en se servant de sa vaste expérience avec programmes de soutien psychosocial.

Par Stephanie Cariage, assistante en soins, délégation du Panama de la Fédération Internationale

L'idée était de concevoir un outil applicable par toutes les Sociétés Nationales concernées en Amérique et à l'usage autant des professionnels en psychiatrie que des volontaires non-professionnels. Il s'agit d'un outil complet, cohérent et d'utilisation facile.

Cet outil de soutien psychosocial est constitué de deux manuels et de quatre brochures à distribuer sur plusieurs sujets. L'un des manuels est destiné aux formateurs de la Croix-Rouge et l'autre à l'usage et à l'action des volontaires de la Croix-Rouge. Les brochures donnent des indications sur plusieurs points tels que : Comment réagir au stress et enseigner aux survivants d'un sinistre à se soigner ; Travailler dans des situations de stress : guide pour travailleurs humanitaires ; Aider les enfants à surmonter un sinistre : guide pour travailleurs humanitaires ; et

Premiers soins psychosociaux : guide pour les volontaires de la Croix-Rouge.

Cet outil fournit une liste de contrôle pour toutes les étapes nécessaires à un bon atelier qui facilite le soutien psychosocial. Les sujets abordés étaient, par exemple, le soutien aux volontaires, le soutien aux populations ayant des besoins particuliers, les enfants, les personnes âgées, les porteurs du VIH, etc. Cet outil offre les connaissances de base nécessaires à un soutien psychosocial convenable.

Après avoir été validé et testé en situation dans les Caraïbes, cet outil a été traduit en espagnol et actuellement il est en cours de validation en Amérique centrale. Il sera adapté aux réalités régionales afin que, à un stade ultérieur, il puisse être mis en œuvre par les Sociétés Nationales de la Croix-Rouge dans la région sous l'égide du programme sanitaire régional.

La mise en œuvre de ce manuel commencera dans au moins trois Sociétés Nationales en 2008, et sera élargie en 2009.

Revue

Éléments essentiels d'intervention sur le traumatisme de masse

Par Peter Berliner et Stephen Regel

Hobfoll et al.¹ nous offre une vue d'ensemble – non pas une revue selon des critères définis – de la recherche empirique choisie pouvant soutenir une pratique d'intervention étayée par des preuves visant à restaurer le fonctionnement social et comportemental à la suite de catastrophes et de situations avec de très nombreux morts et blessés. L'article conclut que les interventions qui étayent et préservent les cinq éléments essentiels, *le sentiment de sécurité, le calme, l'efficacité individuelle et commune, la connectivité, et l'espoir*, apporteront le plus de soutien aux populations touchées au niveau individuel, familial et communautaire. L'importance de ces éléments ou principes clé est de donner des informations pour la conception des interventions et l'établissement de démarches sur le terrain. Pour les praticiens engagés dans des programmes de soutien psychosocial, le tableau global 1 de l'article peut être très utile en ce qu'il traduit les résultats de

recherche obtenus en idées applicables in situ dans les interventions. Le tableau est particulièrement utile : il comprend des interventions pour les enfants et les adolescents ainsi que pour les adultes et s'ouvre sur des perspectives individuelle, de groupe et communautaire.

Nous avons résumé auparavant pour la Croix-Rouge et le Croissant-Rouge des expériences acquises grâce à des interventions psycho-éducatives et des interventions basées sur la communauté en soulignant qu'elles devaient se concentrer sur la participation active des bénéficiaires, sur le sentiment de contrôle, le sentiment d'appartenance, le soutien social, l'importance et la dignité humaine. Il apparaît prometteur de remplacer le sentiment de contrôle par l'efficacité individuelle et commune et de remplacer l'importance par l'espoir. Ces concepts peuvent être mieux soutenus par les faits et pouvant être opérationnels sur le terrain.

L'article ne met pas ses recommandations en relation avec les directives IASC² ou les standards Sphere³. Il n'est pas du tout fait mention des interventions psychosociales, mais elles semblent être comprises dans les interventions communautaires. D'autres principes essentiels de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge comme l'égalité entre les sexes, le renforcement de capacités, le débat, le développement organisationnel, la propriété locale, l'ajustement au

contexte et à la culture locaux, la protection, et l'approche selon les Droits de l'Homme ne sont abordés que brièvement ou indirectement. Ce qui laisse au délégué ou au directeur psychosocial de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge la tâche d'intégrer les recommandations pour les standards de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.^{4,5}

En utilisant cet article dans un contexte Croix-Rouge et Croissant-Rouge, il faut être assez prudent quant à l'inclusion d'études sur les combattants au front pour arriver à une compréhension fondée sur des preuves des modes de soutien aux survivants d'un sinistre. Il peut y avoir une différence énorme entre le soutien à apporter aux bénéficiaires et le soutien apporté aux soldats afin des les rendre capables de reprendre le combat. Les études sur les combattants devraient être classées adéquatement comme *Psychologie militaire*. Les études sur les autres groupes de personnel peuvent être plus utiles dans un contexte Croix-Rouge et Croissant-Rouge.⁶

Néanmoins, cet article nous apporte une connaissance étayée par des preuves, dont la santé psychosociale et psychiatrique peut bénéficier pendant et après un sinistre – et qui peut conduire à soutenir ce que nous faisons quoique les épreuves aléatoires, contrôlées ne puissent jamais être faisable dans le contexte d'un sinistre.

Références:

- ¹ Hobfoll, S.E. et al. (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*. 70 (4), 283-315. http://www.estss.org/publicat/recent_publications.htm#pibp
On peut trouver un certain nombre de commentaires sur cet article sur ce site internet.
- ² Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>
- ³ Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/>
- ⁴ DRC Strategic Guidelines for Psychosocial Support Programmes (PSP) <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/PSP-school-2007/0-DRC-PSP-Strategic-Guidelines-2007.pdf>
- ⁵ Regel, S. (2007). Resilience in trauma and disaster. In B. Monroe & D. Oliviere (Eds.). *Resilience in Palliative Care Achievement in Adversity*. Oxford University Press. p. 239-260.
- ⁶ Regel, S., Joseph, S., & Dyregrov, A. (2007). Psychological Debriefing in Cross-Cultural Contexts: Ten Implications for Practice, *International Journal of Emergency Mental Health*. 9 (1), 37-45. <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/docs/>

Peter Berliner, professeur associé, département de psychologie de l'Université de Copenhague, et membre listé du Centre de Référence de la Fédération Internationale pour le Soutien Psychosocial.

Stephen Regel, psychothérapeute cognitif et comportemental principal et codirecteur, Centre de traumatologie, de résilience et de croissance, trust NHS des services médicaux du Nottinghamshire ; conférencier spécial, Ecole de Sociologie et de Politique Sociale, Université de Nottingham, Royaume-Uni, et membre du groupe listé du Centre de Référence de la Fédération Internationale pour le Soutien Psychosocial.

Le Centre de Référence pour le Soutien Psychosocial de la Fédération Internationale

est hébergé par la Croix-Rouge danoise

Danish Red Cross 

et reçoit le soutien de la

Croix-Rouge américaine



Croix-Rouge grecque



Croix-Rouge canadienne



Croix-Rouge islandaise



Croix-Rouge finlandaise



Croix-Rouge norvégienne



Croix-Rouge française



Croix-Rouge suédoise



en coopération avec les

Département de psychologie
Université d'Innsbruck

Institut psychiatrique
Université du Dakota du sud

Centre de recherche en traumatologie
multiethnique
Université de Copenhague

Centre pour les traumatismes, la résilience et le
développement
**Nottinghamshire Healthcare NHS Trust &
Université de Nottingham**