



## Editorial

# Quand l'urgence est passée

Les programmes de soutien psychosocial ont souvent pour point de départ une urgence – naturelle ou d'origine humaine, et le plus gros de l'effort se porte sur la phase de réponse et sur le rétablissement. Quand la situation redevient normale, il n'est pas toujours évident de s'occuper des ressources nouvellement développées. Nous ne devons pas, cependant, chercher longtemps pour voir que ces capacités, si elles sont bien gérées, peuvent faire toute la différence la fois d'après.

Nous qui suivons la situation tendue dans le Caucase méridional dans une optique psychosociale, nous voyons combien la formation et l'expérience permettent une réaction rapide aux urgences. Grâce à l'accent mis sur le soutien psychosocial après la tragédie de Beslan en 2004, la Croix-Rouge russe est attentive à cet aspect de toute réponse. Les opérations de Beslan ont non seulement donné à la Société Nationale du personnel et des bénévoles compétents, mais ont aussi amené à plus d'attention et donc plus de formation à un niveau central à Moscou. Tandis que les déplacés traversent la frontière de l'Ossétie du sud vers celle du nord, la Croix-Rouge

russe est prête à assurer leur bien-être psychosocial tout comme leurs autres besoins immédiats. Actuellement (15/08/08) une équipe de la Croix-Rouge russe avec 17 psychologues et 15 bénévoles soutiennent des enfants déplacés dont le nombre est estimé à 1000, en organisant des voyages, des jeux et des activités, et en assurant le suivi des enfants apparemment perturbés.

Sans l'expérience de Beslan, la Croix-Rouge russe ne serait pas capable de fournir immédiatement le même soutien psychosocial de qualité à ces enfants déplacés. Cependant, cette expérience seule ne suffit pas. Ce qui fait la différence, c'est la volonté de la Société Nationale de rester concentrée sur le soutien psychosocial après l'urgence, et de continuer à développer ses capacités par la formation et la prise de conscience.

Dans ce numéro de Face à la Crise vous trouverez le premier compte-rendu de la déléguée pour le soutien psychosocial de la Fédération Internationale au Myanmar et aussi quelques autres exemples de soutien psychosocial au cours d'opérations d'urgence récentes. De plus, vous découvrirez les efforts actuels de renforcement des capacités psychosociales dans la zone du Moyen-Orient et de l'Afrique du nord, lesquels ont, de bien des façons, eu pour origine le besoin de répondre aux millions d'Irakiens déplacés dans la région.

Ce numéro comprend aussi un article consacré à la gestion du stress dû à un incident critique en tant que stratégie de soutien par et pour le personnel dans un contexte humanitaire. Le Centre PS encourage chacun à partager son expérience. Il invite donc les lecteurs à lui soumettre des articles traitant d'autres approches concrètes pour répondre aux besoins de soutien social du personnel et des bénévoles. Ces besoins de soutien apparaissent après des situations stressantes subies pendant des urgences et peuvent concerner un groupe tout comme un individu.

Sincèrement vôtre,

*Nana Wiedemann*

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



## Face à la crise

### No. 3 Automne 2008

#### Sommaire :

*Un aperçu du Myanmar après le cyclone Nargis – la situation psychosociale* p. 3, par Christina Bitar

*La gestion du stress dû à un incident critique en tant que stratégie de soutien par et pour le personnel dans un contexte humanitaire* p. 5, par Stephen Regel et Normand Lessard

*Expériences acquises suite au tsunami – atelier multinational de Denpasar* p. 9, par Pernille Hansen

*Soutien psychosocial dans la zone du Moyen-Orient et de l'Afrique du nord* p. 10, par Naglaa Rashwan

*Soutien psychosocial dans les opérations d'aide financées par le Fonds d'urgence de Secours en cas de catastrophe* p. 11, par Elizabeth Soulié

*Facteurs de risque et de vulnérabilité suite à l'exposition à des facteurs de stress* p. 12, par Peter Berliner et Stephen Regel

#### Photo de couverture:

Une femme touchée par le conflit entre la Géorgie et la Fédération de Russie se repose sur un lit.  
©CICR/J. Björgvinsson

#### 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](mailto:psychosocial.center@ifrc.org)

#### Adresse Internet:

<http://psp.drk.dk>

## Un aperçu du Myanmar après le cyclone Nargis – la situation psychosociale

Par Christina Bitar

Déléguée PSP, Opération Cyclone Nargis, Yangon, Myanmar

Sur la plage de la commune de Bogale, tôt le matin, un enfant contemple inlassablement la mer. Quelques heures plus tard, il continue d'observer le silence, d'étudier les vagues se brisant sur la berge et reprenant leur chemin vers la mer. Au coucher du soleil, l'enfant est dans la même position, regarde les mêmes vagues. Non, il n'a pas perdu la notion du temps, et il est vraiment trop jeune pour les entreprises poétiques ; l'enfant attend que la mer lui rende ses parents. Il croit qu'elle les a enlevés lorsqu'elle a déversé ses vagues furieuses sur son village il y a trois mois, et que s'il reste là suffisamment longtemps, la mer le prendra en pitié et les ramènera.

Le Myanmar a été frappée par le cyclone Nargis les 2 et 3 mai 2008. Au vent déchaîné, la tempête a ajouté une déferlante de 3 mètres de haut, causant la mort de 130 000 hommes, femmes et enfants et blessant presque 20 000 personnes. La catastrophe ne s'est pas contentée de ces victimes; plus de 50 communes ont été touchées, 800 000

personnes déplacées dont 260 000 vivent dans des camps ou des baraquements ; selon les rapports officiels 2,4 millions de personnes ont été sévèrement touchées par le cyclone. Il faut ajouter à la destruction massive d'habitations et d'infrastructures vitales comme les routes, les points d'approvisionnement en carburant et les sources d'électricité la contamination d'un grand nombre de sources d'eau, l'endommagement et la destruction de réserves de nourriture, de récoltes entières et de champs de riz, source principale de revenus pour les villageois.

### Défis multiples

Trois mois après le cyclone, la population souffre toujours ; peut-être maintenant plus que jamais. Selon l'évaluation PONJA<sup>1</sup>, 65% de la population sondée signalait des problèmes de santé, et environ 80% déclaraient vivre à une heure de marche ou de bateau d'une installation sanitaire. Le manque d'aliments, de médicaments et de personnel médical aggrave la situation. Des estimations psychosociales menées sur le terrain



Un bénévole formé au soutien psychosocial de la Société de la Croix-Rouge du Myanmar apporte son soutien à une femme dans la commune de Bogale, juillet 08.

confirment que les survivants du cyclone se trouvent dans un état psychosocial fragile pour de nombreuses raisons. Cela s'ajoute au fait de devoir survivre au cyclone. Les séparations ne sont pas seulement causées par les décès, des séparations secondaires se produisent lorsque des parents et des soignants envoient leurs enfants au Département d'assistance sociale et dans des institutions confessionnelles d'éducation et de secours. Par ailleurs, de nombreuses mères étant mortes, le fardeau s'est alourdi pour les pères essayant de prendre soin de leurs

enfants ; c'est aussi le cas de jeunes enfants assumant de plus grandes responsabilités pour les membres de leur fratrie.

La culture au Myanmar se caractérise par un niveau élevé d'unité et de cohésion sociale. Immédiatement après le cyclone, les secteurs privés, des monastères et de simples particuliers ont mobilisé des camions et des fourgonnettes chargés de vêtements, de biscuits, de nouilles séchées et de riz dans le delta. Providentiellement, des troubles psychosociaux ne se sont fait



Société de la Croix-Rouge du Myanmar



Société de la Croix-Rouge du Myanmar

*Bénévoles pour le soutien psychosocial appartenant à la MRCS essayant de rejoindre des villages de la commune de Bogale.*

sentir qu'aux premiers stades du rétablissement. Cependant, les rapports

estimatifs de Médecins Sans Frontières, de l'Université de Yangon, et de la Société de la Croix-Rouge au Myanmar (MRCS) signalent une grande diversité de symptômes traumatiques. Ce qui inclut le stress, la dépression, l'anxiété, des maladies somatiques, et d'autres changements de comportement qui gênent le rétablissement et le retour à la vie « normale ». Des rêves récurrents de la catastrophe hantent les nuits des enfants en particulier, qui passent par des crises de larmes sans fin et ont des sautes de frayeur. Quant aux parents, ils ne veulent simplement pas revenir à leurs villages. Ils se trouvent mieux dans les camps, ils décident de ne pas voir la destruction, la perte, la mort. Peut-être veulent-ils continuer de croire que ceux qu'ils aiment sont toujours vivants dans leurs villages respectifs ou peut-être n'y a-t-il plus de village où retourner.

### **Renforcer la capacité**

Le soutien de survie et de secours immédiat était l'objectif principal de la réponse initiale de la MRCS, un soutien psychosocial ayant été apporté par le personnel et les bénévoles de la MRCS dès la distribution des fournitures de secours immédiat aux familles dans les abris temporaires, les camps et les monastères. La MRCS, avec le soutien de la Fédération des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, prévoit un programme de soutien psychosocial à grande échelle à partir de ce mois-ci. Déjà, un grand

nombre de bénévoles a été formé pour apporter une assistance psychosociale ; et en septembre 2008, 90 formateurs en soutien psychosocial de plus et 270 membres du personnel et bénévoles de la Croix-Rouge ainsi que des représentants de la communauté (nonnes, moines, enseignants etc) seront formés pour porter une assistance psychosociale à la communauté affectée. A cela s'ajouteront des activités théâtrales réalisées avec les enfants à l'intérieur et à l'extérieur des écoles. Une évaluation psychosociale à grande échelle est en cours de préparation – des bénévoles et des membres de la Croix-Rouge formés à cet effet recueilleront des données dans les neuf zones les plus affectées. Ces données seront utilisées pour renforcer davantage les activités et les approches à venir de la MRCS.

A partir de septembre, le personnel et les bénévoles de la Croix-Rouge disposeront de matériel informatif et éducatif pour soutenir leurs activités psychosociales, et plus de 40 000 brochures et affiches seront distribuées à travers le delta. Les préparatifs sont en cours pour distribuer dans un avenir proche 900 kits de soutien psychosocial destinés à la communauté et plus de 4 000 kits destinés aux familles. Le soutien psychosocial ne sera pas seulement étendu à la communauté affectée – plus de 260 membres du personnel et bénévoles de la Croix-Rouge seront interrogés par des professionnels indépendants fin 2008.



Société de la Croix-Rouge du Myanmar

*Bénévoles des familles apportant leur soutien dans le domaine psychosocial de la MRCS dans la commune de Bogale.*

Le personnel et les bénévoles de la MRCS ainsi que l'équipe de la Fédération Internationale travaillent à un rythme effréné ; le quartier général de Yangon ressemble à une ruche, en activité jour et nuit, où se pressent des « anges de charité » venus du monde entier. Le monde extérieur peut penser que le Myanmar est un pays où les efforts accomplis pour secourir et réparer sont très limités, mais en vérité il y a une gigantesque force opérationnelle d'organisations nationales et internationales travaillant côte à côte pour venir en aide aux populations touchées. La Croix-Rouge, et son contingent de bénévoles, se trouvent sur la ligne de front.

### **Références:**

1 Gouvernement du Myanmar, Association des Asiatiques du sud-est, Organisation des Nations unies, Post-Nargis Joint Assessment (PONJA) (soit Estimation conjointe post-Nargis), 21 juillet 2008

# La gestion du stress dû à un incident critique en tant que stratégie de soutien par et pour le personnel dans un contexte humanitaire

## Revue et description d'un programme de formation récent au sein du CICR

Stephen Regel et Normand Lessard

### Introduction et arrière-plan

Il a été admis qu'apporter des soins à quelque titre que ce soit est un processus potentiellement stressant. Travailler pour une agence d'aide humanitaire, quelle que soit sa mission, donnera lieu tôt ou tard à des situations stressantes qui peuvent parfois dépasser les capacités naturelles d'endurance et de gestion des personnes concernées. Nous savons que travailler dans un contexte humanitaire peut entraîner un stress significatif, et qu'il y a des circonstances dans lesquelles ce stress peut être aggravé et amplifié par des événements traumatisants subis en plein travail. Nous savons aussi que le stress affecte le bien-être et qu'un bien-être faible affecte l'efficacité et la qualité organisationnelles du travail. Ainsi, il va sans dire que les bons procédés de gestion eu égard au stress et au soutien du personnel amélioreront les méthodes de travail efficaces.

Cet article décrit un programme de formation récent sur la Gestion du stress dû

à un incident critique (CISM) et le Débriefing psychologique (PD)<sup>1</sup> mené pour le Comité International de la Croix-Rouge (CICR), en collaboration avec le Centre de Référence de la Fédération Internationale pour le Soutien Psychosocial de Copenhague, au Danemark (Centre PS). Il explique aussi les concepts de CISM et de PD, et plaide pour l'utilisation de ces techniques en tant que stratégies de soutien du personnel appréciables et bien acceptées après une exposition à des événements traumatisants.

Preuve a été faite que le soutien au personnel était une question clé du travail humanitaire, et son inclusion dans le groupe de travail du Comité Permanent Inter-agence (IASC) sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence a mis l'accent sur le besoin de soin des membres du personnel travaillant dans des situations d'urgence. Les lignes directrices IASC<sup>2</sup> reconnaissent que beaucoup de travailleurs humanitaires ressentent souvent le manque de soutien venant de l'encadrement et de l'organisation. Cela tend à être le facteur de stress principal<sup>3</sup>. Cependant, les groupes et les individus travaillant pour ces organisations sont souvent confrontés

quotidiennement à l'horreur, aux menaces et à la misère humaine (en particulier dans les urgences ou dans les zones de conflit). L'effet peut être en même temps émotionnellement éprouvant, exigeant, et peut affecter la santé mentale et le bien-être

des bénévoles et du personnel salarié, qu'ils soient internationaux ou locaux. Les lignes directrices suggèrent qu'un soutien devrait être apporté au personnel ayant subi ou assisté à des événements graves (incidents critiques, événements potentiellement



Travailler en tant qu'humanitaire peut entraîner un stress significatif. Sur la photo nous voyons un agent de la Fédération Internationale en action pendant le séisme au Pakistan en 2006.

traumatisants)<sup>4</sup>.

### Gestion du stress dû à un incident critique (CISM) et Débriefing psychologique (PD)

De nombreuses organisations utilisent le CISM et le PD en tant que soutien au personnel lorsque des groupes ou des individus sont exposés à des incidents critiques en relation avec leur travail. Le CISM se rapporte à un dispositif d'intervention en cas de crise à composants multiples, global, systématique et intégré permettant aux individus et aux groupes de recevoir une évaluation de besoin, un soutien pratique et un suivi après une exposition à des événements traumatisants sur leur lieu de travail. Ainsi, les programmes de CISM devraient inclure une formation pré-crise, une évaluation, un désamorçage, un Débriefing psychologique (PD) et un suivi pour un soutien psychologique continu s'ils sont appropriés et nécessaires.

Le CISM ainsi que l'un de ses composants principaux, le Débriefing psychologique, ont fait l'objet de controverse durant la décennie précédente, du fait de deux travaux de recherche dans lesquels des victimes principales, des blessés (des survivants d'accidents de la route et de brûlures graves) semblaient avoir des effets négatifs. Néanmoins, un certain nombre d'organisations signalent clairement que le procédé continue d'être largement utilisé,

mais il a été « rebaptisé ». Autrement dit, le PD sert toujours dans de nombreux pays dans le contexte du soutien organisationnel au personnel dans diverses situations ex. les services d'urgence, militaires etc. Souvent, il s'agit d'un soutien apporté par un membre du personnel à un autre. Le PD représente une forme d'intervention de groupe en situation de crise, il s'agit de discuter et de réexaminer un événement traumatisant ou un incident critique.

La technique a été décrite par Mitchell (1988)<sup>5</sup>, lequel l'a appelée Débriefing de stress dû à un incident critique (CISD) et par Dyregrov (1989)<sup>6</sup> qui a forgé le terme de Débriefing psychologique. Depuis, les termes (surtout en Europe) sont devenus interchangeables. La différence principale (mis à part les noms de certaines phases) tient à ce que Dyregrov met plus l'accent sur le processus que Mitchell. Le PD a aussi été développé à l'intérieur d'un contexte européen et reflète donc une tradition différente quant aux groupes et à la structure de celles des Etats-Unis. L'autre différence est l'emploi du mot « psychologique », qui peut avoir dans certains contextes organisationnels et culturels des connotations négatives. La technique du PD s'effectue par le biais d'une série de sept phases avec quelques différences pour les noms des phases venant en dernier (voir tableau 1)

étapes du CISD Mitchell (1988)	étapes du PD de Dyregrov (1989)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction</li> <li>2. Faits</li> <li>3. Pensées</li> <li>4. Réactions</li> <li>5. Symptômes</li> <li>6. Enseignement</li> <li>7. Réentrée</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction</li> <li>2. Faits</li> <li>3. Pensées (et attentes)</li> <li>4. Réactions (et impressions sensorielles)</li> <li>5. Normalisation</li> <li>6. Planification future et rebond</li> <li>7. Désengagement</li> </ol>

**Tableau 1.** La technique en sept étapes du Débriefing psychologique et du CISD

La technique a été élaborée pour des groupes de personnes travaillant dans des services d'urgence mais a été largement diffusée depuis. Dyregrov a défini le PD comme : « la réunion d'un groupe organisée dans le but d'intégrer des expériences personnelles profondes, à la fois au niveau cognitif, émotionnel et à celui du groupe, et prévenant ainsi le développement de réactions négatives au stress ». Un PD varie d'une heure et demie à trois heures et se tient habituellement de 72 heures à 14 jours après l'incident. Le but du PD est également de fournir une connaissance des réactions normales et pathologiques à des événements traumatisants, d'indiquer les sources d'aide et de soutien supplémentaires si nécessaire,

et de commencer à faciliter le processus d'acceptation de l'événement. Pour l'essentiel, il a été conçu pour faciliter le premier appel à l'aide et vise aussi au rétablissement normal en tant que facteur d'endurance dans le développement personnel. Le PD n'a jamais eu pour but d'être une intervention pour « s'en sortir tout seul » ou un substitut à la psychothérapie et à l'assistance, et n'a certainement jamais été conçu comme « traitement psychologique ». L'un des problèmes les plus significatifs en terme de recherche dans ce domaine au cours de la dernière décennie a été d'aborder le procédé comme un « traitement psychologique ». La distinction est extrêmement importante, car non seulement cela a influencé et dirigé la méthodologie de la recherche jusqu'à présent, avec des résultats problématiques inévitables, mais cela mène aussi systématiquement à la description du procédé dans la littérature académique (et dans les médias) comme traitement ou « assistance ». Inévitablement, et de manière tout aussi importante, cela influence également la pensée à l'origine des politiques de soutien au personnel, de santé et de sécurité au travail et d'assistance sociale. Etant donné que le CISM et le PD ont été utilisés comme méthode de soutien organisationnel, la question suivante se pose: « pourquoi apporter un soutien au sein des organisations? ». Premièrement, 30 ans de recherche ont prouvé sans conteste que le soutien social est un facteur de protection majeur dans les cas d'événements stressants

et de traumatismes. Deuxièmement, il existe des types de soutien social différents, ex. informationnel, pratique et émotionnel. Troisièmement, le type de soutien social requis varie en fonction des besoins contextuels et individuels et ce avec le temps. Il importe de mettre en adéquation l'aide et le besoin.

En 2002, le Groupe de travail du conseil de pratique professionnelle de la Société psychologique britannique (BPS) a publié son rapport sur le Débriefing Psychologique<sup>7</sup>. Le rapport soulignait qu'il fallait considérer deux domaines importants. La BPS considérait le PD comme un soutien communautaire et une stratégie de cohésion plutôt qu'une opération de traitement devant prévenir les Troubles de stress post-traumatique (PTSD). La BPS a tiré une autre conclusion importante : pour qu'un PD soit couronné de succès, il devait être mené par des praticiens compétents dans un contexte approprié, avec une formation, un suivi et un soutien adéquats.

Il est intéressant de voir que même dans les lignes directrices pour les meilleurs procédés du Royaume-Uni publiées par l'Institut national d'excellence sanitaire et clinique<sup>8</sup> sur l'évaluation et la gestion du PTSD et des premières interventions sur les traumatismes, on peut lire que « ... rares sont les études de méthodologie, les bonnes études d'interventions, contenant des descriptions détaillées de la formation et les vérifications de fiabilité des interventions utilisées »<sup>9</sup>. Aussi, le CISM et le PD sont-ils

utilisés avant tout comme stratégie de cohésion et de soutien organisationnel dans nombre d'organisations et non comme mesure préventive contre le PTSD. Le programme et la formation du CICR comme soutien par et pour le personnel reflètent ces valeurs.

### Utilisation du CISM et du PD dans le CICR

Le CICR est l'une des premières organisations d'aide humanitaire et relève un nombre significatif de défis en relation avec le travail qu'elle effectue à travers le monde, notamment dans les zones de conflit. L'organisation compte plus de 11 000 membres aux niveaux local et international sur le terrain à travers le monde, travaillant dans différents contextes et environnements. L'organisation s'est dotée d'une Unité anti-stress en 1993 liée à la sécurité des opérations. Cette Unité anti-stress conseille pendant les opérations et offre formation, gestion du stress et CISM. Au cours du CISM du CICR, le débriefing psychologique est décrit comme un « débriefing émotionnel ». Quoique essentiellement similaire au PD, la terminologie n'a pas changé, sa signification est bien reconnue et bien comprise dans toute l'organisation.

### Formation au CISM et PD au CICR

La formation a eu lieu en novembre 2007, au centre de formation du CICR à Ecogia, en dehors de Genève. La formation a été facilitée par les auteurs (SR représentant le Centre de Référence de la Fédération

Internationale) et comprenait 10 participants, tous travailleurs médicaux et infirmiers opérant en tant que délégués de santé pour le CICR. Au moment de la formation, les participants travaillaient dans des régions aussi différentes que le Darfour, la Colombie, la Sierra Leone, le Sénégal et Genève.

Le cours de formation au CISM et au PD en usage dans le CICR a été élaboré par le Centre de traumatologie, d'endurance et de croissance de Nottingham, Royaume-Uni<sup>10</sup>. Il a été employé pendant plus de 10 ans dans diverses organisations au Royaume-Uni et à l'étranger. La formation vise à apporter des bases théoriques solides et un socle de compétences pour les événements courants liés aux traumatismes et au CISM, et indique aussi les dernières techniques, pratiques et recherches en matières de PD.

Le programme intensif de formation sur cinq jours était spécialement conçu afin d'apporter aux participants une formation fondée sur les compétences, et une évaluation de la pratique effectuée grâce à des enregistrements audiovisuels. Les deux premiers jours se sont focalisés sur des questions théoriques, offrant des occasions pour discuter et poser des questions. Par la suite, l'accent était mis sur la pratique du PD, cela permettait la mise en pratique et une réflexion quant à l'approche. La théorie couvrait les réponses habituelles aux traumatismes ; la nature et les caractéristiques du stress post-traumatique ; la nature des facteurs de stress ; l'évaluation

des facteurs de risque et de vulnérabilité ; les effets du traumatisme sur l'individu, la famille et les communautés ; le rôle des attitudes, des croyances et des facteurs d'attribution dans le développement et la persistance du traumatisme. Une combinaison de méthodes d'enseignement et d'apprentissage a été utilisée, la plus importante étant l'utilisation d'enregistrements vidéo des participants aux exercices de groupe et l'apprentissage concret. On a demandé à chaque participant de prendre part pendant 50 minutes à un jeu de rôle simulant le déroulement du PD et de faire partie d'un groupe « débriefé », chacun ayant l'opportunité d'observer un débriefing. Un outil, récemment mis au point, d'évaluation de compétence pour le procédé PD (Check-list de compétence PD) a été utilisé, apportant aux participants un compte rendu détaillé de leur aptitude à cette pratique.

La formation a été extrêmement bien accueillie par les participants, tous ont senti qu'ils avaient gagné des compétences appréciables grâce à elle. Le plus important a été d'admettre que c'était un outil et un procédé d'intervention en situation de crise appréciable et *non* de l'assistance ou une thérapie. L'identification des facteurs de risque et des composants psycho-éducatifs, de même que l'encouragement à développer des ressources personnelles de rétablissement sont apparus comme étant des aspects appréciables. Il en est de même pour la façon de percevoir l'utilisation du PD en tant que moyen de soutien

organisationnel à l'intérieur d'un processus de CISM. De plus, la distinction entre PD et débriefings opérationnels a été clairement établie, le premier servant des objectifs de soutien ainsi que d'autres cités plus haut.

### Conclusion

La littérature académique est inutile pour comprendre les premières interventions traumatologiques avec sa tendance persistante à citer les mêmes études, sans une compréhension claire de l'histoire, du développement, des buts et de l'utilisation du CISM et du PD. Nombre d'études attestent également de l'efficacité du procédé<sup>11</sup>. Le fait que le CISM et le PD sont largement utilisés démontre clairement qu'il s'agit et qu'il continue de s'agir d'une stratégie de soutien du personnel utile et bien acceptée après une exposition à des événements traumatisants. Enfin, de nombreuses agences d'aide humanitaire internationales utilisent les programmes CISM. Le Groupe de travail consultatif du Département de protection et de sécurité des Nations Unies a approuvé l'utilisation du CISM en 2007. De plus, nombre d'autres agences de police et des fournisseurs de services d'urgence en Europe, en Scandinavie, aux Etats-Unis et en Australie utilisent le CISM. Au Royaume-Uni, les British Royal Marines ont aussi adopté et adapté le CISM/PD à leurs besoins.

La preuve est amplement faite que cela a son utilité dans le contexte du soutien post traumatique sur le lieu de travail. Les appels à la cessation du CISM/PD dans les services

d'urgence et dans des contextes similaires se sont montrés prématurés. Il a un rôle psycho-éducatif important et facilite l'identification des individus présentant des réactions au stress aiguës (qui risquent beaucoup plus de développer des troubles à plus long terme). Il est également clair que le CISM et le PD peuvent être efficaces seulement en tant que stratégie d'intervention en situation de crise avec une formation, un soutien et une supervision adéquats aux personnes soutenant leurs collègues. Enfin, les recommandations pratiques et cliniques accompagnant les lignes directrices NICE (mentionnées plus haut) indiquent que :

« ... nous recommandons vivement la bonne pratique consistant à apporter un soutien pratique et social général et une assistance à quiconque ayant subi un incident traumatisant. La reconnaissance de l'impact psychologique des incidents traumatisants devrait faire partie des réponses données par les agents de santé publique et des services sociaux aux incidents. Le soutien et l'assistance sont susceptibles d'apporter un réconfort à la détresse immédiate, d'informer sur l'évolution probable des symptômes, et de fournir un soutien pratique et émotionnel durant le premier mois après l'incident. L'abandon du CISM et des composants tels que le débriefing psychologique est une façon dangereuse de dire que ne rien faire pour les individus et les groupes après des événements traumatisants est acceptable, et permet aux employeurs de négliger un important devoir de secours. »<sup>13</sup>

### Bibliographie :

- Deahl M. et al (2001) Evaluating Psychological Debriefing: Are We Measuring the Right Outcomes? *Journal of Traumatic Stress, Vol. 14, No.3, 527-529*
- Dyregrov A. (2003) Psychological Debriefing: A Leader's Guide for Small Group Crisis Intervention. Chevron Publishing Corporation, Ellicott City
- Dyregrov A. (1997) The Process in Psychological Debriefings. *Journal of Traumatic Stress Vol. 10, No. 4, 589-605*
- Dyregrov A. (1999) Helpful and Hurtful Aspects of Psychological Debriefing Groups. *International Journal of Emergency Mental Health Vol. 3, 175-181*
- Everly G.S., Mitchell J.T., (2000) The Debriefing "Controversy" and Crisis Intervention: A Review of Lexical and Substantive Issues. *International Journal of Emergency Mental Health Vol. 2, No. 4, 211-225*
- Regel, S., Dyregrov, A., Joseph, S (2007) Psychological Debriefing in cross cultural contexts: Ten implications for practice, *International Journal of Emergency Mental Health, 9(1):37-45.*

### Références:

- <sup>1</sup> Aussi connu sous le nom de Débriefing pour le stress dû à un incident critique (CISD), mais les deux termes désignent la même technique. Par souci de clarté le terme Débriefing psychologique sera employé tout au long de cet article
- <sup>2</sup> IASC (2007) Directives du Comité permanent inter agence sur la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence. Genève, IASC.
- <sup>3</sup> IASC (2007), Bulletin d'action, 4.4, p87
- <sup>4</sup> IASC (2007), Bulletin d'action 4.4.6, page 90

- <sup>5</sup> Mitchell J.T. (1988) Development and Functions of a Critical Incident Stress Debriefing Team *Journal of Emergency Medical Services, 43-46*
- <sup>6</sup> Dyregrov, A. (1989), Caring for Helpers in Disaster Situations: Psychological Debriefing. *Disaster Management, Vol. 2, No. 1, 25-30*
- <sup>7</sup> Psychological Debriefing (2002) Report by British Psychological Society Professional Practice Board Working Party. British Psychological Society, London
- <sup>8</sup> [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- <sup>9</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence (2005) Post Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Children in primary and secondary care. Gaskell and British Psychological Society, London
- <sup>10</sup> [www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/trauma](http://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/trauma)
- <sup>11</sup> Richards D. (2001) A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management. *Journal of Mental Health Vol. 10, No. 3, 351-36;* Deahl M., Srinivasan M., Jones N. (2000) Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology Vol. 73, 77-85;* and Dyregrov A., Gjestad R. (2003) A Maritime Disaster: Reactions and Follow-Up. *IJEMH Vol 5, No. 1, 3-14*
- <sup>12</sup> Regel, S., (2007) Post Trauma Support in the Workplace: The Current Status and Practice of Critical Incident Stress Management (CISM) and Psychological Debriefing (PD) within organisations in the United Kingdom. *Occupational Medicine, Vol. 57, 411-416;* and Jones N., Roberts P., Greenberg N. (2003) Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organisations. *Occupational Medicine Vol. 53, 469-475*
- <sup>13</sup> NICE. (2005) op. cit., chapter 7, 87

Stephen Regel, membre du Centre de Référence de la Fédération Internationale pour le Soutien Psychosocial et codirecteur du Centre de traumatologie, d'endurance et de croissance, trust NHS des services médicaux du Nottinghamshire, Royaume-Uni ; et

Normand Lessard; Conseiller en Gestion du stress pour les opérations, Comité International de la Croix-Rouge, QG du CICR Genève

## Expériences acquises suite au tsunami – atelier multinational de Denpasar

Par Pernille Hansen, Coordinatrice de projet, Centre de référence de la Fédération internationale pour le soutien psychosocial.

Dans l'édition précédente de Faire face à la crise était présenté le projet en cours de collecte des expériences acquises suite à la réponse au tsunami. L'activité la plus récente de ce projet a été un atelier de trois jours organisé à Denpasar, Indonésie en juin 2008. Parmi les 35 participants se trouvaient des représentants du programme psychosocial des Sociétés nationales opérantes (ONS) des cinq pays les plus gravement touchés par le tsunami : la Thaïlande, l'Indonésie, l'Inde, le Sri Lanka et les Maldives ; ainsi que de la Fédération internationale et des Sociétés nationales participantes (PNS) d'Amérique, du Danemark, de Belgique, du Canada et de Turquie.

### Un avis clair

Un enthousiasme incroyable et un engagement dans les tâches à accomplir ont mené à trois jours couronnés de succès au cours desquels les discussions et les présentations prenant en considération les meilleures pratiques, les défis et les expériences acquises se sont traduites par des recommandations très concises et exactes quant aux cinq niveaux différents d'opération du programme : le niveau sur le terrain (branche) et au quartier général dans un pays affecté ; la délégation psychosociale PNS ; le quartier général PNS/Genève ; et le Centre PS. Les recommandations reflétaient clairement les défis communs rencontrés au-delà des

frontières des pays et portaient sur la planification, l'application et les procédures de contrôle et d'évaluation de la programmation psychosociale. Les sujets importants et récurrents à tous les niveaux étaient :

**Adéquation culturelle** : non seulement des activités, mais aussi des styles de communication ; de contact avec la communauté ; des méthodes d'évaluation ; et des moyens de provoquer une participation et une acceptation par toute la communauté

**Le besoin d'un renforcement continu de la capacité** : du personnel, des bénévoles et autres contreparties locales attachés au programme en tant qu'investissement à long terme en faveur des compétences et en tant qu'opportunité de rendre durable les activités de soutien psychosocial au-delà des limites du projet

**Coordination et partenariat** : avec les parties prenantes nationales et internationales afin de promouvoir et ainsi permettre des réponses holistiques selon des normes et des lignes directrices internationales

**Gestion des bénévoles** : pour assurer l'intérêt, la motivation et le bien-être des bénévoles

**Défense** : et promotion des questions de soutien psychosocial et des réponses aussi bien au plan national qu'international

Quelques solides recommandations ont été également faites quant aux aspects psychosociaux de la planification et de la prévention des sinistres. Elles se concentraient principalement sur l'établissement d'un environnement clair de politique avec des



35 participants des Sociétés nationales et de la Fédération Internationale ont passé trois jours intensifs à Denpasar, Indonésie, afin de discuter et d'émettre des recommandations.

normes minimales de programmation de soutien psychosocial, et des lignes directrices et des outils pouvant soutenir cette tendance. Le Centre de Référence PS a été encouragé à développer un cadre global pour le Mouvement Croix-Rouge Croissant-Rouge dans le cadre de la promotion de normes internationales.

### Suivi des recommandations

Ces recommandations très utiles servent actuellement à la préparation d'un sommet entre partenaires qui se tiendra à Washington début septembre 2008. Le sommet rassemblera des représentants des directions des PNS ayant joué un rôle central dans la réponse psychosociale, ainsi que d'autres

parties prenantes majeures comme l'UNICEF, Save the children, l'IMC et l'OMS. Des questions stratégiques découvertes au cours du projet Expériences acquises seront débattues, avec pour objectif continu l'amélioration des réponses psychosociales à venir. Cette activité va de pair avec la finalisation et la production d'outils pratiques pour la planification et la mise en œuvre futures des programmes psychosociaux, eux-mêmes basés sur les résultats du projet Expériences acquises. Des liens vers ces outils figureront dans le prochain Faire face à la crise.

Note: Le rapport complet de l'atelier de Denpasar se trouve sur [pha@drk.dk](mailto:pha@drk.dk)

## Soutien psychosocial dans la zone du Moyen-Orient et de l'Afrique du nord

*Par Naglaa Rashwan, coordinatrice psychosociale régionale, zone MENA*

Les Sociétés du Croissant-Rouge et de la Croix-Rouge ainsi que d'autres acteurs humanitaires prennent de plus en plus conscience de l'importance d'intégrer le soutien psychosocial dans leurs mécanismes de réponse aux urgences. L'importance de l'intégration de stratégies psychosociales a été reconnue pour les Sociétés nationales afin d'améliorer l'endurance des populations vulnérables, de protéger et assurer le bien-être psychosocial du personnel, des bénévoles et de la communauté dans un sens plus large.

Dans ce contexte, le soutien psychosocial est une priorité stratégique de la nouvelle direction de la zone MENA. Une réunion du réseau de soutien psychosocial régional a été organisée en coopération avec le centre PS. La Société du Croissant-Rouge arabe syrienne fut l'hôte de la réunion tenue à Damas du 7 au 8 novembre 2007. La réunion a eu pour résultats la réactivation du réseau régional ; une place prioritaire accordée au soutien psychosocial dans les Sociétés nationales ; et la formulation du besoin d'un plan d'action sur la zone.

Suite à la réunion de réseau, un groupe préparatoire avec des personnalités clé dans le domaine psychosocial et venant de cinq Sociétés nationales de la région a établi des objectifs clairs et un ordre du jour. Ces

derniers ont ensuite fait l'objet d'une discussion au cours de la réunion de réseau suivante en Libye du 19 au 22 avril 2008. Les quatre résultats sont les suivants :

Un plan d'action régional 2008-2009 axé sur la mise en place d'unités de soutien psychosocial dans les Sociétés nationales, renforçant ainsi le modèle de programme de soutien psychosocial, et intégrant le soutien psychosocial dans d'autres programmes pertinents.

Un modèle de soutien psychosocial à adopter par les Sociétés nationales qui contiendrait des lignes directrices pour le développement de programmes de soutien psychosocial. Le modèle couvre les questions à prendre en considération dans la planification de tels programmes. Cela comprend le concept psychosocial, les objectifs stratégiques, les groupes cibles, les niveaux d'intervention, le mécanisme d'application, les méthodes d'évaluation et de suivi, et les recommandations sur les ressources utiles et appropriées à la culture et le contexte de la zone.

La constitution d'une équipe de soutien psychosocial régionale pour aider à l'application du plan d'action et au développement du modèle psychosocial dans la région. L'équipe régionale est constituée de sept personnes de la Société nationale. Ces personnes sont essentielles du point de vue psychosocial. L'équipe renforcera le



*Participants à la réunion du réseau psychosocial de la MENA en Libye, avril 2008.*

soutien psychosocial dans la région en apportant des formations, en encourageant la coordination et la collaboration, et intervenant avec d'autres équipes régionales pendant les urgences. L'équipe conduira la recherche sur des sujets pertinents, présentera les faits nouveaux en matière d'interventions psychosociales, et assurera des évaluations et le suivi. L'équipe s'est réunie pour la première fois en Jordanie à la mi-août (pendant que la présente livraison de Faire face à la crise était en cours d'élaboration) afin de mettre au point son plan d'action.

Un coordinateur régional de programme de soutien psychosocial a été désigné. Celui-ci apportera son aide à l'équipe régionale dans l'application de son plan d'action, ainsi qu'au réseau régional, et permettra de coordonner le travail sur les points centraux de la Société nationale. Il fournira un soutien technique, et appuiera la planification et la

formation au niveau de chaque pays. Le coordinateur encouragera de même l'échange d'informations, des expériences et des meilleures pratiques à la fois entre les Sociétés nationales dans la région et avec d'autres partenaires humanitaires.

La zone MENA fournira un soutien continu au travail de soutien psychosocial des Sociétés nationales. Revitaliser le réseau psychosocial est une façon d'assurer ce soutien. Du point de vue de la zone, les réunions de réseau sont l'instrument clé pour que le personnel technique se rencontre et développe des priorités collectives pour le soutien psychosocial dans la région. Le réseau sera le corps régional devant poursuivre l'excellence technique et opérationnelle, et il servira de pont entre les stratégies globales et les actions locales. Le réseau développera des plans d'action qui seront suivis aussi bien au niveau national que régional.

## Soutien psychosocial dans les opérations financées par le Fonds d'Urgence de Secours en cas de Catastrophe

Par Elizabeth Soulié, de soutien aux opérations, Fédération Internationale

Le Fonds d'Urgence de Secours en cas de Catastrophe (DREF) de la Fédération Internationale apporte un soutien financier immédiat aux Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge répondant à des sinistres. Les subventions sont faites soit en tant qu'un prêt initial de fonds pour les opérations de réponse à une catastrophe majeure pour lequel un appel d'urgence est lancé, soit en tant qu'allocation destinée à couvrir les coûts d'opérations de secours à moindre échelle pour laquelle aucune offre n'est lancée. Le montant des allocations de soutien à des opérations de secours à petite échelle est en augmentation et représentait 60% du total en 2007.

Le soutien psychosocial aux personnes touchées par des catastrophes comme au personnel et aux bénévoles qui leur apportent assistance est une partie importante des opérations de secours et les coûts peuvent être couverts par la subvention DREF. A mesure que le nombre d'opérations DREF augmente, le nombre d'exemples de soutien psychosocial apporté par les Sociétés nationales augmente aussi dans les rapports du DREF. Voici quelques exemples récents.

**La Société du Croissant-Rouge Kazakh** a été appelée à soutenir des mineurs et leurs

familles en janvier après qu'une explosion de méthane dans la mine d'Abay dans la région de Karaganda du Kazakhstan et les incendies qui l'ont suivie ont causé la mort de trente mineurs. La Croix-Rouge russe a contribué par son expérience à aider le Croissant-Rouge Kazakh et a formé 13 bénévoles de la branche de Karaganda afin de mener à bien un programme de soutien psychosocial. Un excellent rapport sur l'opération se trouve sur le site web public de la Fédération Internationale :

[www.ifrc.org/docs/appeals/08/MDRKZ00101.pdf](http://www.ifrc.org/docs/appeals/08/MDRKZ00101.pdf)



En Amérique du sud la **Croix-Rouge Argentine** (ARC) a répondu aux inondations cette année ainsi qu'en 2007. Le soutien psychosocial faisait partie de l'aide que l'ARC a apportée aux familles et en particulier aux enfants qui ont perdu leurs foyers et qui ont été évacués vers des abris. Bien que par le passé le soutien psychosocial ait été perçu par l'ARC comme une activité devant être menée par des professionnels, le

renforcement des capacités des bénévoles dans ce domaine s'est montré très positif, efficace et fut grandement apprécié par les communautés affectées.

[www.ifrc.org/docs/appeals/rpts08/MDRAR00301.pdf](http://www.ifrc.org/docs/appeals/rpts08/MDRAR00301.pdf)

**La Société de la Croix-Rouge Ougandaise** (URCS) est fréquemment appelée à apporter des opérations de réponse à des épidémies déclarées. En novembre 2007, une épidémie d'Ebola s'est déclarée dans le sud-ouest du pays, épidémie à laquelle ils ont fait face. Grâce au soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé, 130 bénévoles ont été formés au soutien psychosocial afin de leur permettre de soutenir les foyers affectés, victimes de discrimination et de stigmatisation au sein de leurs communautés. Le soutien psychosocial offert par les bénévoles de l'URCS a résolu à grand peine la stigmatisation. Les bénévoles formés ont fourni des services d'aide à 140 familles et ont continuellement contrôlé leur progression. Finalement, les communautés ont pu intégrer les malades après une plus grande prise de conscience quant à l'épidémie par le biais de vigoureuses campagnes anti-stigmatisation menées par les bénévoles de la Société nationale.

[www.ifrc.org/docs/appeals/07/MDRUG007fr.pdf](http://www.ifrc.org/docs/appeals/07/MDRUG007fr.pdf)

### Avis:

Ananda Galappatti, praticien psychosocial sri lankais depuis 12 ans a reçu le Prix Ramon Magsaysay 2008 pour Emergent Leadership. Galappatti a effectué un travail de consultant pour, entre autres, la Croix-Rouge Américaine et le Centre de Référence de la Fédération Internationale pour le Soutien Psychosocial. Il a été récompensé pour « son vigoureux engagement personnel à apporter des services psychosociaux appropriés et efficaces aux victimes de traumatismes dus à la guerre et aux catastrophes naturelles au Sri Lanka. »



Les prix sont remis annuellement dans six catégories à des individus et des organisations asiatiques pour l'excellence qu'ils ont atteinte dans leurs domaines respectifs. Le Prix Emergent Leadership honore « des individus, de quarante ans et moins, accomplissant un travail remarquable sur des questions de changement social dans leurs communautés, mais dont la qualité de dirigeant n'est pas encore largement reconnue hors de ces communautés. »

## Revue

# Facteurs de risque et de vulnérabilité suite à une exposition à des facteurs de stress

Par Peter Berliner et Stephen Regel

Les informations dont nous disposons montrent bien qu'il y a des facteurs de risque significatifs de développement de stress traumatique à la suite de catastrophes et des situations d'urgences<sup>2, 3, 4</sup>. Elles nous apprennent aussi généralement que les changements, parfois rapides, se produisent dans de nombreuses sociétés et cultures, et que le sentiment d'isolement, d'aliénation et de retrait est plus grand au sein de certaines communautés. Cela peut mettre à l'épreuve l'endurance de la communauté, de la famille et de l'individu<sup>5</sup>.

Nombre d'études examinées par les deux plus importantes méta-analyses de facteurs de risque<sup>2, 3</sup> n'incluent pas d'études de victimes de catastrophes dans des contextes et des cadres différents. Aussi, elles peuvent nécessiter une interprétation avec un certain degré de prudence lors de l'examen du risque et de la vulnérabilité

au traumatisme à travers les cultures. Cependant, il convient de noter que le facteur de risque dont l'effet est le plus fort dans toutes les études examinées était celui d'un manque de soutien social.

### Groupes de facteurs de risque

Il importe que ces facteurs de risque soient pris en considération lors de la planification et l'application des programmes psychosociaux, à la fois en général et au moment d'apporter un soutien à des groupes particulièrement vulnérables. Les facteurs de risque peuvent être divisés en deux groupes. Le premier peut être considéré comme rassemblant les facteurs de risque généraux de développement de réactions de stress post-traumatique. Parmi ceux-ci :

- Facteurs de stress antérieurs
- Problèmes psychologiques antérieurs
- Histoire psychiatrique familiale
- Faible soutien social
- Sexe (le risque est plus élevé pour les femmes)
- Groupes d'âge plus jeunes
- Réaction aiguë au stress
- Manque d'éducation et statut socio-économique inférieur
- Sévices durant l'enfance et événements négatifs durant l'enfance

Le second groupe de facteurs de risque et de vulnérabilité comprend ceux qui sont souvent considérés comme « péri-traumatiques », soit des facteurs agissant

autour de la période de l'événement et qui comprennent souvent :

- Proximité de l'événement
- L'individu subit une perte de contrôle
- Menace de mort subjective – ils croient qu'ils étaient sur le point de mourir au moment du traumatisme
- Culpabilité – qui prend souvent la forme de la culpabilité du survivant ou qui concerne des actes commis ou omis. Dans ce dernier cas, la personne croit que ses actions ou son inaction ont un résultat catastrophique pour les autres
- Événement impliquant la mort, une blessure grave ou évitée de peu
- Dissociation péri-traumatique – pouvant être décrite comme un ensemble de processus impliquant un bouleversement des sentiments habituellement stables de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception, ex. la personne peut décrire qu'elle s'était sentie comme « si le temps s'est arrêté », « tout se passait au ralenti »

Il se peut souvent que ce soit l'interaction complexe et à multiples facettes de nombre de ces facteurs qui dicte les effets sociaux et psychologiques.

### Références:

<sup>1</sup> Centre pour le rendement économique(2006). *The Depression Report*. The Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science. <http://cep.lse.ac.uk/research/mentalhealth>

<sup>2</sup> Brewin, C. R., Andrews, B., and Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 68(5),748-766.

<sup>3</sup> Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T.L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors o Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. Vol. 129(1), 52-73

<sup>4</sup> Perkonig, A., Kessler, R. C. & Storz, S. (2000). Traumatic Events and Post-traumatic Stress Disorder in the Community: Prevalence, Risk Factors and Comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol. 101, 46-59.

<sup>5</sup> Orford, J. (2008) *Community Psychology – Challenges, Controversies and Emerging Consensus*. Wiley: Chichester.

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

 **American Red Cross**

Croix-Rouge grecque

 ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Croix-Rouge canadienne

  
Canadian Red Cross

Croix-Rouge islandaise

 **Rauði kross Íslands**

Croix-Rouge finlandaise

  
**Punainen Risti  
Röda Korset**

Croix-Rouge norvégienne

 **Norwegian Red Cross**

Croix-Rouge française

  
croix-rouge française

Croix-Rouge suédoise

 **RödaKorset**

**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**