

# Face à la crise

Centre de Référence de la Fédération pour le soutien psychosocial



Retour sur ma première année au Centre de SP

Le soutien psychosocial comme plate-forme d'un programme de développement intégré

Les besoins psychosociaux des personnes âgées rescapés du tremblement de terre au Cachemire

La puissance de la connaissance et de l'appui

14 Communautés, 14 manières de comprendre la résilience

Soutien social et trauma - un compte-rendu



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

Croix-Rouge danoise 

## Toutes nos excuses pour le spamming

Certains de nos lecteurs ont reçu plusieurs centaines de fois l'e-mail de la dernière parution de Faire face à la Crise. Nous regrettons la gêne occasionnée. Notre service informatique et ses prestataires ont passé tous les systèmes au peigne fin mais le problème se situe malheureusement quelque part en dehors de nos systèmes. Cela signifie que nous n'avons pas été en mesure d'empêcher le renvoi intempestif du mail.

Nous avons fait l'acquisition d'une nouvelle solution informatique de distribution de bulletins électroniques plus sûre afin d'éviter ce problème dans le futur. Nous espérons sincèrement que cet incident ne se renouvellera pas.

## Retour sur ma première année au Centre de SP

*Par Nana Wiedemann, Directrice du Centre de Référence FICR pour le soutien psychosocial*

**A**u début du mois de mars 2007, j'ai rencontré grand-mère Leon sur une plage à Phuket, en Thaïlande. Lorsque le tsunami a frappé la côte, sa maison a été emportée et elle a perdu parents et amis. Elle porte toujours la même blouse qu'elle avait ce jour affreux il y a plus de deux ans.

Grand-mère Leon souffre du diabète, d'une pression artérielle élevée et a un mauvais foie. Elle me dit que les choses vont mieux à présent et qu'elle a un domicile. Mais avant le tsunami, elle vendait de la nourriture. Maintenant, elle n'a rien à faire. Elle me dit que la plupart des gens du village n'ont rien à faire. Elle voudrait retrouver du travail car elle n'a pas d'argent.

J'ai rencontré grand-mère Leon lors d'une visite technique destinée à soutenir l'effort de la Croix-Rouge thaïlandaise (CRT) dans sa candidature de financement auprès du Fonds de Secours aux victimes du Tsunami de la Croix-Rouge américaine (CRA), ainsi qu'à fournir en informations son système de contrôle et d'évaluation et à consulter la CRA et la CRT et l'unité de santé de la délégation locale sur l'augmentation et la prolongation d'un programme psychosocial de trois ans pour la population touchée par le tsunami.

Pendant cette seule mission, je me suis occupée de l'ensemble des trois éléments de la mission du Centre de SP : le soutien aux Sociétés Nationales, l'appui technique aux programmes et la documentation et la diffusion. J'avais, en plus, à nouveau remarqué à quel point le soutien psychosocial était approprié pas seulement tout de suite après le sinistre mais aussi dans la durée.

### Soutien aux Sociétés Nationales et aux Réseaux

Il y a un peu plus d'un an, je me suis attelée à la tâche impressionnante de maintenir et d'améliorer la bonne réputation du centre de SP et de continuer à assurer un soutien aux Sociétés Nationales, aux Délégations Régionales et à d'autres qui travaillent à

N° 2 2007

## Sommaire :

### Retour sur ma première année au Centre de SP

*Par Nana Wiedemann*

### Le soutien psychosocial comme plate-forme d'un programme de développement intégré

*Par Dr. Joseph O. Prewitt Diaz, Dr. Subhasis Bhadra, Dr. Preethi Krishnan*

### Les besoins psychosociaux des personnes âgées rescapés du tremblement de terre au Cachemire

*Par Gordon R. Dodge et Naeem Sarwar*

### La puissance de la connaissance et de l'appui

*Par Tapiwa Gomo*

### 14 Communautés, 14 manières de comprendre la résilience

*Par Michael Ungar*

### Soutien social et trauma - un compte-rendu

*Par Peter Berliner et Stephen Regel*

*Photo de la une : Vivianna Nyroos du Centre de Référence de la Fédération Internationale pour le soutien psychosocial*

### Publié chaque trimestre par :

Le Centre de référence pour le soutien psychosocial

### Déni de responsabilité :

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

Courriel :

[psp-referencecentre@drk.dk](mailto:psp-referencecentre@drk.dk)

Adresse Internet :

<http://psp.drk.dk>

ISSN : 1603-3027



*Grand-mère Leon porte toujours la même blouse qu'elle avait le jour où le tsunami a balayé sa maison et elle a perdu amis et parents.*

*Photo: Nana Wiedemann du Centre de Référence du FICR pour le Soutien Psychosocial*

renforcer le bien-être psychologique des gens vulnérables dans le monde. Grâce au grand effort fourni par l'équipe entière, nous avons beaucoup accompli.

Au cours de l'année dernière, le Centre de SP a soutenu des Sociétés Nationales et des programmes internationaux au Pakistan, au Sri Lanka, en Somalie, en Palestine, au Liban et en Syrie, en Thaïlande, au Kosovo, au Monténégro et à Beslan (Russie), fournissant des estimations, des formations, des conseils et des évaluations, dans le but à chaque fois de promouvoir le bien-être psychosocial des bénéficiaires, du personnel et des volontaires. Le Centre de SP a également apporté son soutien et pris part à des réunions de réseau et à des formations internationales à Grenade, au Réseau Européen pour le Soutien Psychosocial et au Réseau d'Asie du Sud-Est pour le Soutien Psychosocial, et au Canada, nous avons facilité un groupe de travail sur le PSP dans les Unités de Santé de Réponse en Situation d'Urgence. Nous avons contribué de manière substantielle au développement et au test sur le terrain du guide d'instructions pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence fourni par le

Comité Permanent Inter-Agences de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Centre de SP a aussi dirigé plusieurs formations sur le PSP en situation d'urgence pour des délégués et du personnel de Sociétés Nationales afin d'améliorer leurs connaissances sur le stress psychosocial et le bien-être et sur la manière d'éviter que des réactions émotionnelles normales ne se changent en désordres chroniques sur le long terme.

### **Documentation et Diffusion**

Le compte-rendu des leçons apprises et la mise en place de directives ont aussi été de grandes priorités de l'année passée. Nous avons ainsi travaillé sur l'élaboration de directives pour le PSP en situation d'urgence, sur l'estimation et sur le contrôle et l'évaluation, notamment pour la création d'indicateurs qualitatifs utiles et significatifs. En outre, nous entretenons une collaboration suivie avec le Bureau d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne (ECHO) pour soutenir leur développement de politiques et de directives pour le financement d'actions psychosociales en situation de crise internationales. Nous avons dirigé avec la Croix-Rouge danoise deux ateliers de "leçons apprises" et plusieurs sont en cours de réalisation avec des intervenants de l'IFRC et des intervenants significatifs de Sociétés Nationales comme la Croix-Rouge canadienne, la Croix-Rouge américaine et le Croissant-Rouge turc.

Le bulletin Faire face à la Crise a subi un examen minutieux au moment où nous menions une enquête pour évaluer les besoins de nos lecteurs et nous avons ajusté le bulletin en conséquence. Au début du mois de mai, notre nouveau matériel d'information sera disponible et nos trousseaux à outils distribués aux délégués psychosociaux sur le terrain partout dans le monde. Nous avons développé des stratégies de visibilité dans la collecte de fonds afin de gagner en visibilité et d'attirer l'attention sur le soutien psychosocial et la facilitation de la résilience dont bénéficiaires, personnel et volontaires ont besoin et que nous préconisons.

### **Roster**

Des consultants du groupe Roster ont apporté leur soutien au Centre de SP dans son élaboration d'indicateurs psychosociaux. Ils ont rédigés des articles, conduit des analyses et dirigé des formations, et ils ont attiré

l'attention sur le besoin psychosocial des bénéficiaires. En octobre, l'assemblée annuelle de Roster a traité de la question du développement d'indicateurs et nous avons travaillé au manuel de formation et à la gestion du programme de SP.

### **Collaboration avec le Secrétariat**

L'année dernière, nous nous sommes employés à atteindre l'objectif d'améliorer la coopération et les lignes de communication avec le Secrétariat à Genève. Cela a parfois été frustrant car nous ne possédons pas de personne focale pour le PSP à Genève. Le flux de l'information entre Genève et Copenhague a été grandement amélioré. Nous avons récemment entrepris en collaboration un projet sur le travail de la santé des détenus afin de banaliser et de garantir la composante psychosociale dans les programmes.

### **Nos Partenaires**

Le fait d'être basé à Copenhague au sein de la Croix-Rouge danoise s'est révélé à la fois précieux et stimulant. Il y a beaucoup à apprendre à être si proche d'une Société Nationale très active dans le soutien psychosocial, mais nous devons aussi à tout moment prioriser nos ressources et maintenir notre identité de centre de référence pour le mou-

vement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en entier. Le travail avec les autres Sociétés Nationales partenaires a aussi été très fructueux. La Croix-Rouge islandaise a souvent soutenu le centre en fournissant des délégués et accordé son soutien à l'élaboration de notre nouveau manuel de formation. La Croix-Rouge norvégienne a apporté son aide à un consultant hispanophone de Roster et nous avons entretenu une correspondance continue avec nos autres partenaires.

### **Le Futur**

Plusieurs missions auprès de Sociétés Nationales nous attendent : organiser des ateliers de leçons apprises - en Israël, en Afrique du Sud, au Zimbabwe et en Estonie -, la collaboration avec des interlocuteurs internationaux, des formations et une école de PSP. Nous travaillons pour nous implanter en Afrique du Sud pour soutenir le besoin psychosocial de bénéficiaires et de volontaires exposés au VIH ; nous pensons finaliser plusieurs modules de formation et travailler plus avec la notion de soin à l'ouvrier. Nous voulons nous engager plus avant dans les programmes post-conflituels et nous envisageons de compiler et de réécrire les approches du travail avec les enfants. ■

---

## **Le soutien psychosocial comme plate-forme d'un programme de développement intégré**

*Par Dr. Joseph O. Prewitt Diaz, Directeur de Programme ; Dr. Subhasis Bhadra, Directeur, Service de Santé Comportementale ; Dr. Preethi Krishnan, Directeur, École de Santé Publique, Croix-Rouge américaine — Délégation d'Inde, New Delhi, Inde*

**A la suite du tremblement de terre en Turquie (1996) et de la crise au Kosovo (1999), la Croix-Rouge américaine (AmCross) a engagé des opérations de santé mentale en situation d'urgence. Ces efforts furent éphémères et ne furent pas institutionnalisés. En fait, on n'a enregistré qu'une seule étude d'incidence : une collaboration de l'AmCross et de la Croix-Rouge danoise coordonnée par la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FISCR) (Dodge 1999) au Kosovo.**

Le programme de soutien psychosocial présent s'est développé à partir d'expériences

acquises en Amérique centrale à la suite de l'ouragan Mitch, en utilisant une description de la notion d'attachement au lieu (Fullilove 1996) et les conséquences sub-cliniques de la perte d'habitat, comme théorie de base. Prewitt Diaz et Saballos (1999) ont mené une étude qualitative visant à évaluer la réponse de la santé mentale en situation d'urgence à un glissement de terrain dans le volcan de Las Casitas au Nicaragua. Certaines des leçons apprises furent les valeurs de la consultation de la communauté, d'activités répondant aux contextes, de l'éducation non formelle et de l'identification et de l'utilisation du capital humain comme outil de récupération et de reconstruction.

Les tremblements de terre au Salvador (13 janvier et 13 février 2001) ont donné l'occasion de rapprocher l'action de santé mentale sous forme d'aide psychologique de première urgence (Prewitt Diaz, 2001) et les actions psychosociales (IFRC 2001). Le modèle psychosocial basé sur la communauté fut dévoilé concurremment avec la Croix-Rouge guatémaltèque (Prewitt Diaz et Bernal Ramirez 2002) lors d'un atelier d'une journée au Congrès de l'Association Psychiatrique d'Amérique Latine. Le modèle de soutien psychosocial qui y fut décrit sert de modèle d'action psychosociale aux situations de catastrophes en Amérique Centrale et du Sud.



*Des femmes lisent des informations sur une affiche de l'organisation "SAFE HOME" (ndlr "En SÉCURITÉ à la maison") lors d'une séance de communauté participative.*

*Photo : Croix-Rouge américaine*

### **La santé mentale en situation de catastrophe**

L'élaboration du programme a été influencée par la demande du Bureau américain d'Assistance aux sinistrés à l'étranger - Amérique Latine et Caraïbes - de l'USAIS et par celle de l'Agence de Gestion des situations d'urgences du Guatemala à la Croix-Rouge guatémaltèque, de concevoir un programme d'étude destiné au personnel non formé à la santé mentale en situation d'urgence. Un programme d'étude de 80 heures fut donc élaboré, testé sur le terrain et utilisé (Prewitt Diaz, Escorcía Delgado et Morales 2002) durant la visite du Pape en 2002.

A la suite du tremblement de terre de Gujarat de 2001, la Société de la Croix-Rouge indienne et l'AmCross élaborèrent ce qui devint connu comme le Programme de Santé Mentale (PSM) et de Soutien Psychosocial

(PSP) en situation de crise. L'aide psychologique de première urgence (Dayal et Dash 2003) est devenu l'outil de base des interventions après une crise ou une catastrophe et le processus de formation a été systématisé, le matériel élaboré en fonction des contextes, la documentation perfectionnée et les équipes de spécialistes d'interventions en situation de crise entraînées et déployées. Après le tsunami de 2004 en Asie, les équipes de PSM (*ndlr* DHM, en anglais) de la Croix-Rouge indienne étaient prêtes à intervenir. Aux Maldives (Ibrahim et Ha-meed 2006), au Sri Lanka et en Indonésie, ces équipes ont rapidement agi pour élaborer des PSP appliqués aux réalités de ces pays.

### **Critères et Conseils**

L'inclusion du soutien social et psychologique dans les critères de la SPHERE (2004) et de l'INEE (2004) a servi de guide dans l'élaboration d'activités scolaires formelles et informelles inclusives. Les critères naissants définis par le groupe de travail MHPSS de l'IASC (2007) qui évalue les signes de détresse, la planification et l'exécution, sont devenus des directives dans la planification et la réalisation d'activités de soutien psychosocial basées sur la communauté.

### **Le Modèle intégré**

Le modèle intégré de l'IRC et de l'AmCross en cours de planification se base sur des activités telles que le mappage de la communauté, l'écoute du langage de la détresse (l'identification de l'intensité et de la durée) et la découverte par la collectivité des moyens de résoudre les stimuli extérieurs qui causent le stress. On trouve au cœur même du PSP des problèmes touchant la communauté, la santé à l'école, l'eau et la salubrité. Les stratégies incluent des évaluations et programmes de développement participatifs, la mise en valeur des compétences, l'élaboration de matériaux adaptés aux situations contextuelles et l'établissement d'une radio communautaire comme outil de bonne diffusion de l'information. Les outils consistent en des processus scolaires et communautaires participatifs (tels que le mappage de la communauté, la mise en valeur des compétences, l'identification du capital humain et les activités de recherche de solution).

Une fois les consultations dans les écoles et les communautés achevées, différents grou-



*Des femmes lisent des informations sur une affiche de l'organisation "SAFE HOME" (ndlr "En SÉCURITÉ à la maison") lors d'une séance de communauté participative.  
Photo : Croix-Rouge américaine*

pes planifient divers projets pour améliorer leur sentiment d'attachement au "lieu". Ainsi, les rescapés et la nouvelle communauté sont capables de faire le deuil de leurs disparus et d'identifier leurs systèmes de soutien à travers les réseaux en train de se développer. Le résultat de ces activités est une santé, une hygiène et une condition émotionnelle améliorées. Ce modèle crée une base d'informations générée par la communauté à partir d'expériences antérieures, du brainstorming et de l'identification du capital humain.

A travers les projets de développement de la résilience, la communauté applique la nouvelle base de connaissances en s'engageant dans des projets qui améliorent la santé de la communauté, l'environnement et la capacité décisionnel. A la fin du projet, les rescapés ont développé une attitude positive vis-à-vis du processus, vis-à-vis d'eux-mêmes, individuellement et collectivement, et vis-à-vis de leur nouveau "lieu", et ils ont influencé le développement de leur bien-être psychosocial et physique, de leur environnement. Par la suite, les éléments du modèle liés à la santé, à l'eau et aux installations sanitaires font évoluer la perception des rescapés de celle de se trouver en situation de récupération de son attachement au "lieu" à celle d'avoir réussi à retrouver une communauté sûre et saine.

### **Composants du programme psychosocial**

La promotion des compétences : un continuum de promotion des compétences a été défini pour assurer la progression du stade de la participation aux séances de formation opérationnelle à celui d'être devenu un professionnel de l'intervention en situation de crise possédant une connaissance de base des réponses au stress lié aux catastrophes et d'être capable de mener une évaluation rapide, de délivrer une aide psychologique de première urgence, de diriger des actions d'auto-prodigation de soin et des activités d'évacuation du stress des enfants destinés aux enseignants.

Le Centre d'élaboration du matériel : le Centre d'élaboration du matériel participe à l'élaboration du matériel formatif utilisé pour la mise en œuvre du programme.

Les activités scolaires formelles : la connaissance des régions touchées par une catastrophe a démontré le potentiel des écoles pour servir de centre d'activités de réhabilitation et de soutien dans les communautés. Cela a constitué le fondement du Programme de Résilience Scolaire, le PSP de l'AmCross basé sur l'école.

Les activités scolaires informelles : Ces écoles travaillent avec des enfants de moins de 5 ans, des jeunes sortis du système scolaire et des groupes de personnes marginalisées, handicapés, personnes âgées et veuves.

Chacune de ces écoles informelles reçoit du matériel de détente et d'autres outils de soutien psychosocial.

Les activités communautaires : le programme identifie les volontaires au sein de la communauté et assure la formation de compétences afin qu'ils puissent devenir des facilitateurs de la communauté (des volontaires non rémunérés). Ces facilitateurs aident à l'élaboration d'activités de soutien psychosocial autogérés appartenant à la communauté en favorisant les attitudes positives pour faire face aux événements, les comportements individuels et de groupe et en renforçant les réseaux qui conduisent à la compétence psychosociale.

L'amélioration des comportements proactifs par les activités de résilience : basée sur des collections de choix centraux, elle doit inclure les éléments nécessaires de timing, de budget et de procédurisation par étape. Dans les situations d'urgences, le chaos environnant, la souffrance et les contraintes de temps poussent les agences humanitaires à agir rapidement, sans apprendre les croyances et pratiques locales.

Les évaluations participatives : la technique qualitative et quantitative "d'évaluation participative" identifie le mécanisme de réponse de la communauté, détermine les risques et définit l'étape pour le projet de résilience. Avant de mettre en œuvre le soutien psychosocial basé sur la communauté, les planificateurs de programme, les exécutants et les bienfaiteurs devraient fixer des buts précis. Par la suite, diverses actions de soutien psychosocial sont envisagées.

- a. L'utilisation du capital humain. La volonté des rescapés de se porter volontaires pour accomplir des services d'aide gratuits et de donner leur temps à leur communauté conduit au développement de celle-ci. La dévotion accrue des membres de la communauté augmente leur sentiment d'appartenance et accélère le processus de récupération.
- b. La tenue de réunions pour renforcer les réseaux est une autre activité cruciale pour rétablir le système de soutien érodé. Le soutien mutuel et le lien entre les membres d'un groupe dépendent de leur niveau de confort et de leur sensation de sécurité. Lorsqu'ils développent des connaissances en PFA et les stratégies d'auto-assistance sont déployées, ils développent leur soutien propre.

- c. Le renforcement des réseaux communautaires est habituellement facilité en s'assurant de la participation de tous les groupes sous représentés d'une communauté. Il existe divers programmes culturels, festivals communautaires ou projets communautaires auxquels les gens prennent part. Au fur et à mesure de leur inclusion dans le PSP, la confiance des gens envers leurs nouveaux voisins grandit, ils adaptent de nouveaux rituels et développent des attachements et une plate-forme de partage commune.
- d. Un centre communautaire fonctionnel est un élément important du PSP, car les gens s'y rencontrent pour planifier leurs activités. Il ne s'agit pas d'un espace d'interaction donné, mais plutôt d'un espace psychologique où les gens se retrouvent sans appréhension ni barrières socioculturelles.
- e. Un "projet d'attachement au lieu" permet aux gens de regarder leurs problèmes et d'élaborer un projet avec les ressources et le soutien disponibles. Après une catastrophe, une perte d'attachement, d'intimité et d'identité est chose commune. C'est pourquoi un "projet d'attachement au lieu" permet de rétablir les liens, les attachements et l'identité des rescapés. Il assure le sentiment d'appartenance culturelle, historique, physique, psychologique, environnementale et spirituelle au lieu tant il est basé sur les croyances et les pratiques culturelles locales.

Le soutien aux gouvernements hôtes : en collaborant étroitement avec les gouvernements des pays touchés, les programmes



La communauté apporte sa contribution à l'élaboration du matériel d'information du Dr. Joseph Prewitt.  
Photo : Croix-Rouge américaine

psychosociaux acquièrent l'acceptation et la viabilité institutionnelle. Dans les conséquences immédiates d'une catastrophe naturelle, les programmes de soutien psychosociaux de l'AmCross ont pour politique d'initier rapidement la coordination des efforts avec les groupes gouvernementaux et non gouvernementaux à travers la Société Nationale Hôte (NHS). Les groupes de coordination sont en règle générale représentés par des délégués de gouvernements clés comme celui de la Santé, de la Sécurité Sociale et de l'Éducation, et par des organismes des Nations Unies et des organisations nationales et internationales non gouvernementales.

Dans la plupart des cas, la Société Nationale utilise l'assistance technique fournie par l'AmCross pour participer aux programmes psychosociaux avec les ministères clés. Cela constitue un élément important, non seulement avec les ministères, mais aussi avec les Universités Nationales, les Écoles de Service Social et les Écoles de Formation des Maîtres. Cette activité a un grand impact, une grande portée, une grande visibilité et, parce qu'elle est co-financée par le gouvernement, une grande acceptation de la part du public. ■

*Les références trouvées dans cet article se trouvent sur les dernières pages de ce bulletin.*

---

## Les besoins psychosociaux des personnes âgées rescapés du tremblement de terre au Cachemire

*Par Gordon R. Dodge, PH.D, psychologue conseiller de situation de catastrophe naturelle et Naeem Sarwar, MA., coordinateur psychosocial, les ONG Helpage International et Merlin.*

**L**e 8 octobre 2006, un tremblement de terre d'une amplitude majeure frappa le Nord du Pakistan et la région du Cachemire sous administration indienne, tuant environ 80 000 personnes et faisant plus de 3 millions de sans-abris. A cause de la configuration montagneuse de la zone des secours, les efforts de rétablissement et de réhabilitation furent sérieusement gênés.

Au début de 2006, Helpage International détermina que les besoins des rescapés âgés du tremblement de terre dans la région du Cachemire sous administration pakistanaise n'étaient pas suffisamment couverts et finança la création de 3 postes détachés auprès de Merlin, une ONG qui assurait des services dans la région depuis peu après le tremblement de terre. Les trois postes furent ceux d'un instructeur en santé publique, d'un chargé en protection et d'un coordinateur psychosocial.

Les 3 postes furent rapidement pourvus mais il y eut une rotation du poste psychosocial et un accord fut donc passé avec Gordon Dodge pour mener une évaluation en profondeur des besoins et engager les programmes d'action, recruter du personnel de santé mentale pakistanais et assurer une

première série de formations de 10 semaines courant de la fin août au début de novembre 2006. Le projet a été poursuivi depuis début novembre sous la direction de Naeem Sarwar, un psychologue pakistanais, et doit, selon les prévisions, se terminer fin mai, à l'arrêt attendu du financement. En plus de Naeem Sarwar, une psychologue fut aussi recrutée pour ce projet. Cette parité est particulièrement utile pour travailler efficacement à la fois avec les segments masculins et féminins des populations servies.

### **Evaluation des besoins et plan de programme**

L'évaluation des besoins, tout en se concentrant sur les personnes âgées comporta aussi l'évaluation générale de la population rescapée. Par essence, l'approche de l'évaluation fut basée sur la participation de la communauté, sur le principe qu'en faisant cela, le processus d'évaluation lui-même peut avoir une action habilitante et cicatrisante en même temps qu'être la méthode la plus fine pour déterminer les approches nécessaires et les plus efficaces.

Les conclusions cliniques furent généralement en accord avec celles d'autres études sur les effets des catastrophes naturelles avec quelques restrictions importantes. On





*Une activité fréquente des femmes est d'aller chercher de l'eau à la rivière pour le foyer. La collecte de l'eau est l'heure de socialisation des femmes.*

*Photo: Gordon Dodge*

a considéré primordial de différencier les types et facteurs contributeurs probables des difficultés émotionnelles identifiées, en particulier en relation avec les conditions de vie actuelle, puisque cela constitue une différence significative dans les actions promettant le plus d'être efficaces. En outre, on a remarqué un nombre quelque peu moindre de PTSD que celui trouvé dans certaines études, cela étant peut-être dû, au moins en partie, au travail psychosocial déjà fourni par d'autres organisations. Des limites fonctionnelles furent également identifiées, la déception, la frustration et le désespoir étant particulièrement prédominants dans les camps, les complications dues à la peur et à l'anxiété l'étant aux lieux d'habitation dans les vallées et les villages au retour des gens. De forts sentiments rémanents de détresse et de perte subsistèrent dans toute la zone touchée par le tremblement de terre et chez tous les groupes de population.

De nombreuses forces sociologiques communautaires et autres réapparurent, en particulier à Muzaffarabad, la ville principale de la région touchée par le tremblement de terre, et dans les villages. Parmi ces énergies, notons des structures et activités sociales et civiques essentielles, un sens important de la famille et d'intérêt pour son voisin et sa communauté, la résolution de problèmes par la coopération, un soutien social, un sentiment de l'objectif identifié et des occasions de se mobiliser. Ces énergies furent cependant moins présentes dans les camps IDP, à l'exception des cas de soutien social informel qui s'est produit plus aisément

du fait de la proximité des gens. Dans l'ensemble, le plus grand obstacle au bien-être émotionnel de la frange de la population touchée et vivant dans les camps en particulier, fut l'absence d'opportunités suffisantes d'obtenir un emploi rémunérateur.

Les personnes âgées ressentirent la plupart des mêmes difficultés et forces que les autres. On nota cependant des préoccupations psychosociales plus prédominantes, telles qu'une isolation accrue, des sensations d'être plus un fardeau qu'un actif, la détresse d'être en vie alors que des enfants et des adultes avaient succombé, des conflits intergénérationnels et le fait de se rendre compte avec réalisme que les pertes principales subies ne seraient pas restaurées de leur vivant. Les pertes de membres de la famille, d'amis, de foyer et de communauté affectèrent aussi plus profondément nombre de personnes âgées.

Au vu des conclusions de l'évaluation des besoins et des ressources et obligations identifiées, le modèle d'intervention général choisi fut psychosocial par principe et mit l'accent sur les méthodes de mise en valeur des compétences de l'organisation communautaire, de la prévention et de l'éducation. Les objectifs organisationnels de la communauté sont d'établir, d'assurer et d'améliorer les activités et les structures sociales dont l'action est principalement préventive pour la santé mentale aussi bien que soignante pour ceux qui en ont besoin.

### **Formation et consultation**

Une large gamme de formations et de formations de formateurs fut élaborée comme

première partie des activités d'action du projet. Les objectifs pédagogiques étaient l'intégration des pratiques et principes psychologiques communautaires ainsi que l'amélioration du conseil et d'autres techniques d'intervention des travailleurs sociaux principaux dans les cadres servis. Les formations furent proposées en anglais et en urdu, selon les compétences linguistiques des participants. Les modules de formation incluaient :

- Les conséquences psychosociales des catastrophes sur les individus et les communautés ; les méthodes d'identification et d'évaluation.
- Les méthodes psychosociales en situation d'urgence ; les moyens efficaces d'aider les individus et les communautés.
- La capacité psychosociale opérationnelle et la formation des compétences en situation d'urgence, principes et méthodes d'aide psychosociale de première urgence et développement de résilience communautaire.
- Les principes et méthodes du soin d'équipe, comment les équipes peuvent faire face aux événements critiques et au stress cumulé des interventions en situation d'urgence.



*Des femmes participent à une évaluation. Par essence, l'approche de l'évaluation fut basée sur la participation de la communauté, sur le principe qu'en faisant cela, le processus d'évaluation lui-même peut avoir une action habilitante et cicatrisante en même temps qu'être la méthode la plus fine pour déterminer les approches nécessaires et les plus efficaces.*  
Photo: Gordon Dodge

Des approches efficaces avec les personnes âgées furent soulignées. Les participants aux formations et aux consultations du suivi comptèrent parmi eux l'équipe médicale de Merlin qui assurent des services d'aide dans les camps IDP et des sites de proximité, une autre équipe de Helpage, des équipes de personnel administratif et de gestionnaires

de services sociaux et de santé mentale de huit autres ONG locales et gouvernementales assurant toujours une aide dans les zones d'apport de soin, l'équipe du Bureau de la Santé du District pakistanais et, ce qui est le plus important, des dirigeants et gestionnaires de camps et de villages des localités avoisinantes, des guides religieux, des enseignants, des visiteurs à domicile, du personnel de santé et d'autres travailleurs sociaux autochtones.

### **Exemples d'interventions communautaires**

Comme il a été mentionné dans la partie décrivant les conclusions de l'évaluation des besoins, le projet s'est intéressé à deux cadres principaux, à savoir les camps IDP et les villages. Le premier exemple décrit ci-dessous est typique d'une activité psychosociale conduite dans un camp IDP ; le second décrit un effort psychosocial de proximité dans le cadre d'un village. Il est cependant important de noter que des activités similaires ont été dirigées dans les deux cadres et que les compétences développées dans de telles activités servent à la fois à s'atteler aux besoins de récupération existants et à développer la résilience et la capacité à mieux traiter les catastrophes futures et d'autres causes de stress majeures.

Un groupe d'hommes et de femmes âgées (entre 60 et 73 ans) bénéficia d'un accompagnement dans un des camps IDP. Leur sélection s'est basée sur les résultats de criblages initiaux d'une série d'outils (BDI, IES-R, GHQ et SET) et les recommandations des docteurs des camps. Certaines des difficultés psychologiques majeures auxquelles on s'est intéressé furent la dépression, les affections psychosomatiques, l'anxiété généralisée et les crises d'angoisse. Tous suivaient une médication pour ces problèmes et souffraient des handicaps fonctionnels associés.

Le groupe évolua de façon typique, gagnant en confiance, développant le partage des préoccupations, la résolution des problèmes, la désensibilisation, la restructuration cognitive et le soutien interpersonnel. Les expériences du tremblement de terre furent traitées et le groupe en arriva à s'atteler aux difficultés de la vie actuelle et aux défis futurs. 66% des participants signalèrent se sentir bien mieux et ressentir une réduction sensible de leur agitation et de leur désespoir à la suite des séances. Une réduction

significative correspondante de la médication fut rapportée.

Ce groupe a démontré les bénéfices du soutien mutuel et de la possibilité de se parler sous la supervision d'un accompagnateur en particulier et aussi que de telles occasions ne se présentent pas souvent de façon spontanée même plus d'un an après une catastrophe. La condition du groupe d'expérience améliora également la confiance et les compétences de la population à continuer à assurer une telle expérience d'entraide basée sur la communauté, comme requis, sans avoir besoin de la présence de professionnels. Un autre conclusion intéressante a été que les hommes et les femmes peuvent être réunis, même les personnes âgées, et discuter facilement de préoccupations personnelles importantes, et ce dans le cas d'une population rurale conservatrice à l'éducation formelle limitée et aux liens islamiques forts. Les auteurs de cet article sont cependant arrivés à la conclusion que les camps IDP et les camps de réfugiés, aussi perturbateurs et contraignants qu'ils puissent être à divers égards, offrent tout de même souvent des opportunités aux résidents de créer des structures et des activités d'interactions sociales nouvelles et utiles.

Le second exemple vient d'un travail géré par un pharmacien de l'équipe de Merlin travaillant dans ce que l'on appelle les "sites P" qui sont des cliniques de proximité indépendantes dans la basse Vallée de la Nee-lum, une zone rurale montagneuse sévèrement touchée par le tremblement de terre. Ce pharmacien fut formé par l'équipe psychologique du projet auquel il assura un suivi conseil. Un groupe de sept hommes et sept femmes âgés souffrant de problèmes psychologiques notables furent invités à se réunir pour trois séances lors desquelles on employa les mêmes processus thérapeutiques et pédagogiques de base que dans les groupes des camps. Avoir accru les possibilités de socialisation et de résolution des problèmes avec d'autres personnes du même âge fut particulièrement bénéfique et 76% des personnes du groupe s'est dit se sentir et fonctionner notablement mieux sur le court terme.

Ce travail d'intervention a démontré que des interactions nouvelles et utiles peuvent être proposées et établies dans les zones rurales touchées par des personnes-

ressources de la communauté et que de telles approches peuvent perdurer sans les conseils continus de professionnel de santé mentale. Des activités et des structures basées sur la communauté, naturelles et non cliniques, bien que thérapeutiques et de prévention, peuvent être créées de manière économiquement rentable et culturellement acceptable. De nombreuses activités et interventions similaires furent amorcées dans les camps comme dans les villages avec les personnes âgées comme avec des groupes d'âge différent. En outre, de nombreux travailleurs sociaux qui avaient reçu une formation lors du projet continuent de mener des interventions individuelles dans le cadre de leurs responsabilités en cours avec comme résultat l'amélioration journalière des personnes qu'ils servent. Cette capacité et ces compétences vont probablement être conservées dans les communautés longtemps après le terme du projet. De même, des approches élargies entreprises par les autres ONGs ayant profité des formations et des conseils fournis par l'équipe du projet indiquent que ces organisations ont augmenté leurs compétences, leur engagement et leur capacité à mener des activités psychosociales améliorées et agrandies en particulier pour les personnes âgées.

### **Program d'évaluation**

Un projet d'évaluation exhaustif fut élaboré au début du projet. Il devait déterminer l'efficacité des formations, des consultations de contrôle, des interventions communautaires et de la mise en valeur des compétences, au bénéfice des personnes âgées en particulier. Des données de niveau de référence relatives à ces activités d'étude ont été rassemblées au cours du projet. La manière dont le suivi complet des activités de ce projet d'évaluation sera effectué dépend principalement du financement ou non du projet au-delà de la fin mai. Si le projet est prolongé, on pourra certainement recueillir des données d'importance durant le suivi. En tout cas, un rapport final sera écrit même si le projet ne continue pas au-delà de la fin mai et les auteurs rendront les conclusions et les déductions accessibles à la communauté de la santé mentale en situation d'urgence et aux autres intéressés.



# La puissance de la connaissance et de l'appui

Par Tapiwa Gomo, Officier de l'Information Régionale Senior, Fédération Internationale de la Croix-Rouge et des Sociétés du Croissant-Rouge d'Afrique australe

**C'**est un chaud après-midi, dans le village de Makohliso de la zone de Chivi dans la province de Masvingo, environ à 300 kilomètres au sud de Harare, Zimbabwe. Il fait vert partout mais les récoltes dans les champs montrent des signes de fanage dus à un climat sec et chaud. C'est censé être la saison des pluies dans ce pays subsaharien de l'Afrique, où chacun espère que les pluies apporteront les bonnes moissons, qui sont une source de survie pour beaucoup.

À trois kilomètres de la route principale, au bout d'un sinueux et étroit chemin, se trouve la ferme d'Isaac Masvanike, un homme qui a travaillé comme mineur pendant 22 ans et qui a dû arrêter son travail pour cause de maladie. En approchant davantage de la ferme, vous apercevez six tombes juste devant l'entrée. Pour Isaac, elles sont un souvenir des ravages qu'une épidémie de sida peut occasionner.

Isaac a été diagnostiqué séropositif en 2005 après qu'il ait été admis deux jours à l'hôpital. "Je me suis senti mal et je suis resté au lit pendant deux jours. Le docteur a demandé à ma famille de prier pour moi car je disposais de moins de 24h pour me rétablir."

"Ça a été un triste moment dans ma vie et j'espère que ça ne se reproduira plus. Le docteur m'a très vite conseillé de faire un test de dépistage du VIH et de me préparer à accepter mon état. "

À partir de ce moment, la vie d'Isaac a basculé. Il a directement commencé un traitement antirétroviral. Heureusement, trois tests de dépistage ont confirmé le statut séronégatif de son épouse.

Isaac est un des quelques chanceux qui ont accès au traitement. Son neveu paye approximativement ZW\$50 00 à un centre médical privé pour les médicaments. Aujourd'hui, il est fort assez pour pouvoir travailler et, grâce à cela, envoyer ses quatre enfants à l'école.



Isaac Masvanike avec son épouse. Grâce au programme de soin et avec les bons médicaments, ils ont appris à contrôler l'état VIH positif d'Isaac. Au lieu de se préparer à mourir, Isaac attend maintenant avec intérêt de voir ses enfants grandir.

Photo : Tapiwa Gomo

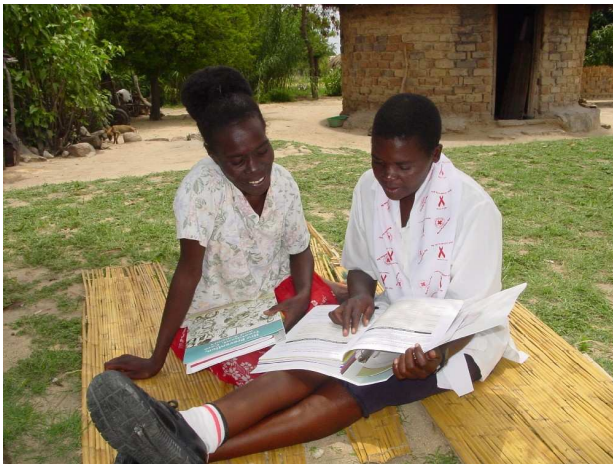
## Le tournant

Le 2 octobre 2006 a marqué un tournant pour les millions de personnes infectées par le VIH et le SIDA. En effet, la Fédération Internationale, l'Office Africain Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization Africa Regional Office – WHO/AFRO) et le Service de Diffusion de l'Information relative au HIV et au SIDA de l'Afrique australe (Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service – SAFAIDS) ont joint leurs forces pour élaborer un set de formations destinés aux volontaires des différentes communautés afin de traiter différents thèmes liés au VIH : prévention, traitement, soins et soutien.

C'est le premier set qui permet aux milliers de personnes infectées du VIH telles qu'Isaac, aux membres de leur famille et à leurs soignants de procurer des soins et du soutien en faisant appel à un minimum d'aide extérieure.

"Ce set est unique car il est focalisé sur le client et la communauté, avec des liens vers les services cliniques, les services de soins et les services de santé. De plus, il constitue également un lien entre les programmes de la communauté et les organismes impliqués dans la lutte contre le VIH et le SIDA", dit le Dr. Evelyn Isaacs de l'Orga-

nisation Mondiale de la Santé (AFRO). "Il est également conforme au principe d'accès universel à la prévention, au soin et au traitement tel que défini dans les Buts de Développement du Millénaire, lesquels tendent à modifier les dynamiques de l'épidémie dans tous les pays du monde."



*Priscilla Makambe (à droite) est une facilitante de soin de la Croix-Rouge du Zimbabwe. Elle considère l'histoire d'Isaac comme un miracle. Il n'est plus cloué au lit et sa capacité de faire face à la réalité et d'accepter son statut l'a aidé à gérer son état de santé. Elle est en compagnie de Tendai, qui est également un client du programme de soin.  
Photo : Tapiwa Gomo*

Nous sommes fiers que le set ait été pré-testé au Zimbabwe sur nos volontaires facilitateurs de soin et avec des experts du Ministère de la santé et du bien-être de l'enfant, du Conseil National de SIDA, de CONNECT, du centre, deux collègues de la société de la Croix-Rouge du Kenya et nos propres officiers", dit Mme Janet Muteiwa, la coordinatrice de Santé/HIV et SIDA pour la société de la Croix-Rouge du Zimbabwe.

"Nos facilitateurs de soin se sentent maintenant confiants pour aider des personnes qui vivent avec le VIH et le SIDA." La Croix-Rouge du Zimbabwe exécute un des meilleurs programmes de soin en Afrique.

### **L'intégration de l'appui psychosocial**

Le set est composé de huit modules et fournit une gamme étendue d'informations relatives au VIH et au SIDA, telles que le traitement, l'adhérence, les soins palliatifs et les soutiens pour les professionnels, l'état de préparation du traitement, la consultation, la nutrition et la vie positive. Pour chacun des modules, des questions relatives aux besoins des enfants sont abordées. De plus,

des manuels pédagogiques sont fournis pour aider les personnes à planifier, à mener et à évaluer les sessions et leur propre exécution. Le set rencontre également les besoins des volontaires en leur fournissant des brochures qui récapitulent les questions clés qu'il est intéressant de se rappeler à l'heure de la rencontre des clients dans leur milieu domestique.

"Avant la formation, nous avions l'habitude de nous limiter à fournir à nos clients un soutien psychosocial et des colis de nourriture mais, après avoir assisté à la formation, nous possédons maintenant plus d'outils qu'avant," dit Priscilla Makambe, 36 ans, volontaire facilitatrice de soin de la société de la Croix-Rouge du Zimbabwe qui a également participé à la formation.

"Ceci a permis à la plupart de nos clients d'être ouverts et de se libérer des membres de leurs propres famille, obtenant de ce fait un soutien adéquat de ceux-ci."

"Le set nous sert de référence chaque fois que nous avons besoin de répondre à une question. Nous le consultons directement, ce qui est bien plus facile que de devoir attendre une réponse des officiers du siège."

Pour Priscilla, la facilitante de soin, Isaac est un exemple vivant de la façon dont la connaissance a pu changer les vies de beaucoup de ses clients au cours des dix derniers mois. "Quand je regarde Isaac, je vois un miracle. Je venais toujours ici quand il était cloué au lit. Je pleurais toujours quand je regardais ses enfants".

"Isaac avait perdu du poids, mais sa capacité de faire face à la réalité et d'accepter son état a beaucoup aidé à contrôler sa maladie. C'était vraiment une histoire émouvante" a-t-elle dit.

### **Au-delà de la responsabilisation**

"La disponibilité de la thérapie anti-rétrovirale fait évoluer la forme des programmes de soin à domicile de la préparation à la mort à la préparation à la vie," explique Françoise Le Goff, chef de la Fédération Internationale de la délégation régionale en Afrique australe.

"Ce set n'aurait pas pu arriver à un meilleur moment puisqu'il valorise les personnes in-

fectées du VIH, les membres de leur famille qui leur fournissent les soins et les soutiennent, ainsi que les donateurs de soins, et qu'il améliore la protection du travail humanitaire. En tant qu'organisation communautaire, nous sommes convaincus que ce set fera un long chemin au sein de notre communauté en facilitant la vie de notre personnel sanitaire qui a besoin de soutien; nous prenons soin des professionnels."

Les fondations sont maintenant placées et les facilitateurs de soin sont maintenant disposés à offrir leur soutien. Des réunions et des ateliers communautaires avec des personnes infectées du VIH ont été déjà réalisés. Ceci a également contribué à réduire les stigmates et la discrimination liés à la pandémie.

"Nous avons déjà assisté à tant de réunions sur la manière de gérer nos propres condi-

tions de santé," dit Isaac. "J'étais heureux de m'occuper de l'atelier avec mon épouse qui prend soin de moi quand je suis malade."

"L'adhérence au traitement est d'importance capitale si vous voulez vivre plus longtemps", dit Isaac. "Nos facilitateurs de soin de la Croix-Rouge insistent sur l'importance de respecter l'horaire pour prendre les médicaments. Certains avaient tendance à prendre les médicaments de manière aléatoire, alors que d'autres partageaient les médicaments avec leurs amis. Mon épouse est très utile car elle me rappelle toujours de prendre mon médicament à l'heure", dit Isaac, en ajoutant que ceci l'a maintenu assez fort pour pouvoir maintenir sa famille. "Je souhaite vivre le plus longtemps possible pour voir mes enfants grandir." ■

---

## 14 Communautés, 14 manières de comprendre la résilience

*Par Michael Ungar, Professeur, École de Service Social, Dalhousie University, Halifax, Canada*

**C'est un cliché éculé de dire qu'il faut un village pour élever un enfant. Mais la recherche des facteurs prédisant la résilience d'un enfant, son développement et sa croissance saine en dépit de son exposition aux effets combinés de risques multiples nous disent que notre environnement social importe plus que nous pourrions le penser. Un groupe de chercheurs de l'International Resilience Project (IRP) de 11 pays répartis sur 5 continents s'est intéressé à comprendre la résilience des enfants grandissant dans 14 cultures et contextes différents.**

Ce qu'ils partagent, c'est une exposition à une grande adversité, notamment, la guerre en Palestine et en Israël, la déliquescence de l'économie en Russie, la violence en Afrique du Sud et en Colombie, la marginalisation due à la race ou aux orientations sexuelles au Canada et aux États-Unis, la migration domestique à Hong-Kong, la violence sectaire en Inde et la pauvreté en Gambie et en Tanzanie, par exemple.

La recherche de l'IRP montre que la résilience n'est pas uniquement la capacité d'un individu à vaincre l'adversité. C'est aussi la

capacité des écologies sociales et matérielles de l'individu à fournir ce dont les enfants ont besoin pour être en bonne santé. Cependant, pour être utiles, les outils fournis, comme l'éducation, doivent être culturellement significatifs. En d'autres termes, ce que nous proposons aux enfants des diverses communautés culturelles doit être le type de prestations pédagogiques que les enfants et leur famille estiment.

Bien sûr, les conclusions de l'étude sont bien plus complexes que juste cela. Par exemple, les garçons et les filles présentent des cas uniques vis-à-vis des facteurs personnels, relationnels, communautaires et culturels qui prédisent le mieux le bien-être. Dans l'ensemble, l'IRP fait la preuve que les facteurs et processus associés à l'accomplissement de la résilience en situation de stress sont à la fois dynamiques et enracinés dans le modèle culturel. ■

Pour plus d'information, veuillez contacter le directeur de projet :

Michael Ungar, Ph.D. Professeur, École de Service Social, Dalhousie University, [michael.ungar@dal.ca](mailto:michael.ungar@dal.ca) ou visitez les sites: [www.michaelungar.ca](http://www.michaelungar.ca) et [www.resilienceproject.org](http://www.resilienceproject.org)

# Soutien social et trauma - un compte-rendu

Par Peter Berliner et Stephen Regel



*Une recherche importante montre que le soutien social favorise la santé mentale, à la fois directement et par l'isolation en zone tampon des effets du stress. La recherche actuelle montre que les effets améliorants du soutien social sont plus liés à la prévention de la dépression qu'aux problèmes de fond du stress traumatique que sont la perte de contrôle et la fuite.*

*Photo: Jakob Dall, Croix-Rouge danoise*

**E**n 1988, House, Landis & Umberson ont effectué une analyse de la recherche sur le soutien social et la santé. La recherche a montré que les individus socialement isolés sont psychologiquement et physiquement en moins bonne santé et ont plus de chances de mourir. La mortalité est, par exemple, systématiquement plus forte chez les célibataires que chez les personnes mariées, toutes causes de mort confondues. On a trouvé quelques différences liées au sexe, indiquant que le fait d'être marié bénéficiait plus à la santé des hommes qu'à celle des femmes. Les femmes semblent mieux bénéficier des relations avec leurs amis et leurs parents.

Un certain nombre d'études épidémiologiques d'envergure menées entre les années 1960 et les années 1980 a démontré que les conséquences préjudiciables de l'isolation sociale étaient exceptionnellement visibles chez les hommes vivant en zone urbaine. En terme de développement post-traumatique, Park (1998) et Schaefer & Moos (1998) ont tous deux analysé la re-

cherche montrant que le soutien social a généralement un effet positif sur la santé.

Cassel (1976) et Cobb (1976) ont tous deux montré dans leurs comptes-rendus que les relations sociales protègent la santé. Ils ont expliqué que les interactions sociales encouragent dans la plupart des cas un comportement adaptatif et / ou des réponses neuroendocriniennes en situation de stress. Dans un compte-rendu de 1985, Bovard émis la conclusion selon laquelle le statut social stimulerait l'émission d'hormones de croissance et inhiberait la sécrétion d'hormones adrénocorticotropes, de cortisol, de catécholamines et d'activités autonomes sympathiques associées. Cette approche a été développée par la recherche en neuroscience qui montre comment nous pouvons comprendre cela comme une autorégulation des réactions de stress et comment ces processus sont influencés par des interactions sociales (Kolk *et al*, 1996; Stern, 1985), des activités corporelles (la danse, l'écoute de musique, les mouvements de l'œil et d'autres activités physiques) et des activités mentales (telle que la méditation et la plénitude de l'esprit) (Bessel van der Kolk,

1996).

Nous pouvons trouver deux points de vue dans cette recherche : (1) l'hypothèse de la zone tampon et (2) la théorie neuropsychologique des effets bénéfiques des relations sociales.

L'hypothèse de la zone tampon explique la corrélation établie entre la perception du bon soutien social et moins de symptômes de stress découlant d'événements potentiellement traumatisants par le fait que d'autres personnes peuvent aider à déterminer la signification d'expériences particulières et les réactions émotionnelles à celles-ci. Antonovsky (1984) explique les effets positifs du soutien social sur la santé en ce qu'il encourage un sentiment de cohérence et de gestionabilité. House, Landis & Umberton (1988) offre une explication proche avec l'accent mis le fait que le soutien social facilite les comportements soutenant la santé telle que le sommeil équilibré, le régime et l'exercice, la prévention d'abus de substance et qu'il peut aider les personnes et les groupes touchés à chercher une aide et un soutien appropriés. Une analyse longitudinale de femmes issues de la classe ouvrière conclut à la forte association du soutien social à la réduction du risque de dépression après exposition à un événement rude ou une difficulté majeure (Andrews & Brown, 1988, Joseph *et al.*, 1997, p.102). Joseph *et al.* résumant l'état de la recherche et établissent qu'il existe de plus en plus de preuve du rôle du soutien social comme facteur protecteur contre la détresse émotionnelle à la suite d'une exposition à un incident traumatique (p.103). On en trouve un exemple dans une étude sur des soldats des Nations Unis de retour de mission de maintien de la paix en ex-Yougoslavie. L'étude a montré une corrélation forte entre l'isolement sociale perçue par le sujet (la solitude) et les symptômes de stress traumatique sévères (Bache & Hommelgaard, 1994). Norris & Kaniasty (1996) ont soutenu que la perception de soutien social était plus indispensable que le soutien reçu, ce qui est en ligne avec les résultats de Bache & Hommelgaard. Yap et Devilly (2004) a soutenu sur la base d'un compte-rendu d'études sur des personnes victimes d'abus que des antécédents d'exposition chronique à la victimisation ou au trauma érodent les perceptions des victimes du soutien social qu'ils peuvent

recevoir.

House *et al.* (1988) ont aussi analysé l'état de la recherche sur l'impact des contextes socio-économiques sur l'accès au soutien social. Leur conclusion selon laquelle l'accès au soutien social est inhibé par des forces sociales telle que la migration, le statut de réfugié, l'âge et la pauvreté a été corroborée. Cohen *et al.* (1986), Schultz & Decker (1985) ont démontré que les efforts niant l'importance de l'association du soutien et des relations sociales avec la santé par des manipulations de variables de personnalité ont failli à ce jour. Ainsi, les décisions politiques peuvent jouer un rôle important dans l'établissement d'un environnement de soutien. Ceci est en ligne avec la démonstration actuelle de Silove sur le stress traumatique provoqué par l'accueil de réfugiés de la communauté hôte (Silove, 2004, 2005).

Basoglu a mené une recherche importante sur les conséquences particulières du trauma (2006, 2005, 1994, 1993 - cf. [www.bmj.com/cgi/eletters/333/7581/1230#160313](http://www.bmj.com/cgi/eletters/333/7581/1230#160313) pour un compte-rendu récent). Se basant sur une recherche solide, il conclut que le soutien social n'est pas directement lié au stress traumatique mais à la dépression. Les résultats de sa recherche ont montré que différentes interventions peuvent se révéler nécessaires pour trois composantes de l'expérience traumatique des rescapés : des stratégies cognitives et comportementales pour le traitement des symptômes PTSD, des stratégies maritales ou familiales pour minimiser l'impact du trauma sur la famille et des stratégies visant à améliorer le soutien social afin de minimiser la dépression après une captivité et l'anxiété.

La recherche sur l'impuissance apprise soutient cela (Peterson, *et al.* 1993). Même si la recherche sur l'impuissance apprise et sur le stress traumatique se concentre toutes deux sur la perte de contrôle, le stress traumatique relie celui-ci à un événement particulier qui continue de se répéter mentalement et socialement comme une fuite. Basoglu établit que les études sur le trauma de la torture montre que le manque de soutien social contribue à la dépression, non au PTSD (Basoglu *et al.*, 1994). Les réfugiés peuvent se sentir moins déprimés grâce à un soutien social approprié mais ils peuvent



quand même souffrir de PTSD dans toute leur ampleur. Le soutien social est important pour la prévention de la dépression mais pas du stress traumatique.

En conclusion, une recherche importante montre que le soutien social favorise la santé mentale, à la fois directement et par l'isolation en zone tampon des effets du

stress. La recherche actuelle montre que les effets améliorants du soutien social sont plus liés à la prévention de la dépression qu'aux problèmes de fond du stress traumatique que sont la perte de contrôle et la fuite. ■

*Les références citées dans cet article peuvent être trouvées dans les dernières pages de ce bulletin.*

## References for Social support and trauma – a review

Andrews, B. and Brown, G. W. (1988). Social support, onset of depression and personality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 99-108.

Antonovsky, A. (1984). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bache, M. and Hommelgaard, B. (1994) *Danish UN-Soldiers. Experiences and Stress Reactions*. Copenhagen: the Defence Centre for Leadership.

Basoglu, M. (2006). Rehabilitation of traumatized refugees and survivors of torture – After almost two decades we still do not use evidence based treatments. *British Medical Journal*, 333, 1230-1231.

Basoglu, M., Salcioglu, E., Livanou, M., Kalender, D., and Acar, G. (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: a randomized waiting list controlled trial. *Journal of Traumatic Stress* 18, 1-11.

Basoglu, M., Parker, M., Tasdemir, O., Ozmen, E., and Sahin, D. (1994) Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey.

Basoglu, M., Paker, M., Paker, O., Ozmen, E., Marks, I.M., Incesu, C., Sahin, D., and Sarimurat N. (1994) A comparison of tortured with matched non-tortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 76-81.

Bovard, E.W. (1985). Brain mechanisms in effects of social support on viability. In R. B. William (Ed.). *Perspectives on behavioural medicine*. New York: Academic Press.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cohen, S., Sherrod, D, D. R. and Clark, M.S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50, 963-973.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

House, J. S., Landis, K. R., and Umberson (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.

Joseph, S., William, R., & Yule, W. (1997). *Understanding Post Traumatic Stress - A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*. Chichester: Wiley.

Kolk, B.A. van der, Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., and Herman, J.L. (1996). [Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma](#). *American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl), 83-93.

Kolk, B.A. van der (1994). [The body keeps the score: Memory and the emerging psychobiology of post traumatic stress](#). *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.

Norris, F. H. and Kaniasty, K. (1996) Received and perceived social support in times of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.

Park, C. L. (1998) Implications of Posttraumatic Growth for Individuals. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, and L. G. Calhoun (Eds.). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Peterson, C., Maier, S. F., and Seligman, M. E. P. (1993) *Learned Helplessness*. Oxford University Press.

Schaefer, J.A. and Moos, R.H. (1998). The Context for Posttraumatic Growth: Life Crisis, Individual and Social Resources, and Coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, and L. G. Calhoun (Eds.) *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Schultz, R. & Decker, S. (1985). Long term adjustment to disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48. 1162-1172.

Silove, D. (2004). The Global Challenge of Asylum. In Wilson, J.P. & Drozdek, B. (Eds.). *Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims*. New York: Brunner-Routledge.

Silove, D. (2005). From Trauma to Survival and Adaptation: Towards a framework for guiding mental health initiatives in post-conflict societies. In David Ingleby (Ed.). *Forced Migration and Mental Health. Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. Utrecht University, Utrecht, The Netherlands: Springer.

Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

---

## References for Psychosocial Support as a Platform for an Integrated Development Program

Dayal, A and Dash, S (2003) *Psychological First Aid Module*, New Delhi: Indian Red Cross Society.

Dodge, G. R (2006) 'Assessing the Psychosocial Needs of Communities Affected by Disaster', in G. Reyes and G.A. Jacobs (eds) *Handbook of International Disaster Psychology, Vol. 1: Fundamentals and Overview*, Westport: Praeger Books.

Fullilove, M. T (1996) 'Psychiatric Implications of Displacement: Contributions from the Psychology of Place', *American Journal of Psychiatry* 153, 1516-23.

IASC (2007) *Guidance on Mental Health and Psychosocial Support*. Geneva, Switzerland: Interagency Standing Committee.

Ibrahim, A and Hameed, A (2006) 'Mental and Psychosocial Response after the Worst Natural Disaster in the History of Maldives', *International Review of Psychiatry* 18(6): 5767-5772.

IFRC (2001) 'Psychological Support: Luxury of Necessity', *Red Cross Red Crescent Magazine* 3: 11-16.

IFRC (2006) *Review of International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Recovery Operations: Summary Report*, Geneva: IFRC.

INEE (2004) *Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises, and Early Reconstruction*. Paris, France: International Institute for Educational Planning UNESCO.

Prewitt Diaz, J. O and Saballos Ramirez, M (1999) *Salud Psicosocial en un Desastre Complejo: El Efecto del Huracán Mitch en Nicaragua*. Managua, Nicaragua: Cruz Roja Nicaragüense.

Prewitt Diaz and Speck, M (2000) *Programa de Preparación Contra Desastres en Centro América*, Tegucigalpa: Cruz Roja Hondureña.

Prewitt Diaz, J. O (2001) *Primeros Auxilios Psicologicos*, San Salvador: Cruz Roja Salvadoreña Ministerio de Salud.

Prewitt Diaz, J. O, Escorcía Delgadillo, J and Morales, B (2002) *Diplomado para Interventores en Crisis*,

Guia Metodologica, Guatemala de la Asunción, Cruz Roja Guatemalteca.

Prewitt Diaz, J. O and Bernal Ramirez, L (2002) Apoyo Psicosocial en Desastres: Un Modelo para Guatemala, Guatemala de la Asunción: Cruz Roja Guatemalteca.

SPHERE (2004) The Sphere Handbook. Geneva: SPHERE Project.