

Apprendre, comprendre, agir de façon réfléchie

Brochure d'information destinée aux collaborateurs rémunérés et bénévoles intervenant auprès de réfugiés traumatisés



Croix-Rouge suisse
Service ambulatoire pour victimes
de la torture et de la guerre



Impressum

1^{re} édition août 2018

Editeur / copyright:

Croix-Rouge suisse
Département Santé et intégration
Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre
Werkstrasse 16, 3084 Berne-Wabern
Tél. 058 400 47 77
Courriel: GI.Ambulatorium@redcross.ch
www.redcross.ch/ambulatorium
www.torturevictims.ch

Auteur:

Viktoria Doll, Croix-Rouge bavaroise, remanié par la
Croix-Rouge suisse, département Santé et intégration

Premier éditeur:

Croix-Rouge bavaroise, produit grâce à un don privé

Photos: © CRS

Conception, mise en page et impression: graphic-print CRS

Sommaire

I. Notions élémentaires sur les traumatismes et les séquelles traumatiques

1. Traumatisme, un mot galvaudé | 5
2. Le traumatisme, une notion plurielle | 6
3. Lutter, fuir ou faire le mort? | 8
4. Que se passe-t-il dans le cerveau? | 10
5. Les séquelles traumatiques | 12
6. Spécificités chez les enfants et les adolescents | 14
7. La fuite comme processus traumatique | 16

II. Intervention auprès de réfugiés traumatisés

1. Attitude sensible au traumatisme | 18
2. Sécuriser, stabiliser | 20
3. Éviter les stimuli déclencheurs – est-ce possible? | 22
4. Comportement en cas de dissociation | 24
5. Quand les aidants ont besoin d'aide | 26

III. Ressources utiles aux réfugiés traumatisés | 29

Mention: les personnes représentées ne correspondent pas à celles dont il est question dans le texte.



I. Notions élémentaires sur les traumatismes et les séquelles traumatiques

1. Traumatisme, un mot galvaudé

Force est de constater que, dans l'usage courant, le terme traumatisme fait aujourd'hui l'objet d'une véritable inflation. Dans les rubriques sportives des journaux, on ne compte plus les footballeurs «traumatisés» par une débâcle en finale. Par respect pour les personnes traumatisées et leur vécu, il importe toutefois d'employer le terme avec parcimonie et à propos.

Le terme traumatisme est dérivé du grec ancien *trauma*, qui signifie **effraction, blessure**. De même qu'un traumatisme cranio-cérébral désigne un choc au cours duquel les structures du crâne et du cerveau sont lésées, le traumatisme psychique est un événement qui altère l'organisation de la psyché. Conformément à la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^e révision), le choc est consécutif à **«[une] situation ou [un] événement stressant (...), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents chez la plupart des individus»**.

2. Le traumatisme, une notion plurielle

Un traumatisme peut être induit par des événements très différents, que l'on peut classer selon deux variables:

- événement de **courte durée** ou unique par opposition à événement de **longue durée** ou répété;
- événement **naturel** ou fortuit par opposition à événement **causé intentionnellement par autrui**.

Ainsi, les victimes d'un accident de la route ou d'une catastrophe naturelle sont moins exposées à des troubles post-traumatiques que des personnes qui, par exemple, ont subi la torture de façon répétée pendant une période prolongée. L'expérience d'une violence délibérément exercée par autrui ébranle fortement et de façon difficilement réversible la **confiance profonde** qu'a l'individu en lui-même et en son environnement, et ce d'autant plus s'il existe une relation personnelle entre la victime et son bourreau. Un traumatisme peut être occasionné par un événement qui menace directement l'intégrité de l'individu, un événement auquel il a assisté **en tant que témoin**, ou encore un événement auquel il a été **confronté** indirectement **par le récit** d'autrui, comme l'illustrent les exemples suivants:



Zahira, âgée de 43 ans, vit à Alep. Une bombe s'abat sur le quartier résidentiel qu'elle traverse pour se rendre chez une amie. Elle est renversée par le souffle de l'explosion mais, par miracle, se relève presque indemne. En se retournant, elle aperçoit à côté d'elle le bras arraché d'un inconnu. Comme dans un rêve, elle s'entend crier avant de perdre connaissance.





Reza, âgé de 38 ans, vient d'Afghanistan. Au terme d'un voyage de plusieurs mois, il a gagné la Suisse avec son fils de 16 ans, laissant dans son pays sa femme et leur fille. D'une part, l'argent de la famille ne suffisait pas pour faire convoyer les quatre membres par les passeurs et, d'autre part, Reza craignait que les routes migratoires ne comportent trop de dangers pour les femmes. En Suisse, le père et le fils ont hâte de travailler et de gagner de l'argent afin de pouvoir y faire venir les deux autres membres de la famille. Dans le foyer où il est hébergé, Reza fait la connaissance de Hamid, qui a trois ans de moins que lui. Celui-ci lui confie sa culpabilité d'avoir dû assister, impuissant, au viol de sa sœur par des soldats. Ce récit plonge Reza dans un profond désespoir. Il est immédiatement saisi d'une vive inquiétude pour son épouse et leur jeune fille et accablé par l'idée de ne pouvoir les aider depuis la Suisse.



Une même situation peut susciter des réactions très **différentes**. Aussi n'y a-t-il pas d'événement intrinsèquement traumatisant. Il ressort de diverses études que l'âge, le sexe, l'optimisme, l'équilibre, la stabilité de l'environnement social et l'expérience de sa capacité d'agir – en ce qu'elle donne foi en sa capacité à maîtriser des situations difficiles par ses propres moyens – sont autant de facteurs qui favorisent la **résilience** de l'individu, c'est-à-dire sa résistance face aux épreuves.

3. Lutter, fuir ou faire le mort?

Une expérience traumatique est d'abord génératrice de **stress**. Dans une situation **perçue comme une menace vitale**, l'esprit et le corps mobilisent une **quantité d'énergie considérable** pour répondre au danger. Les réactions sont fondamentalement au nombre de trois (en anglais, les «trois F», pour fight, flight et freeze), leur mise en jeu servant à assurer la survie. Du point de vue de la biologie de l'évolution, ces réactions se sont constituées à un stade précoce non seulement chez l'homme, mais aussi chez les animaux, et peuvent donc être observées dans le règne animal.

Lutte (fight): le cerveau décide en l'espace de quelques secondes si l'agresseur peut être neutralisé. La libération subite d'adrénaline peut donner lieu à un déchaînement de pulsions. C'est pourquoi les personnes exposées à une menace semblent parfois douées de «forces surhumaines».

Fuite (flight): la fuite est un recours utile si elle offre une chance raisonnable d'échapper au danger. Du sucre stocké dans le foie est libéré et transformé en énergie. Les glandes sudoripares sont stimulées, la sudation permettant de protéger l'organisme d'une hyperthermie.

Inhibition ou figement (freeze): si ni la lutte ni la fuite ne sont praticables, le réflexe naturel consistant à «faire le mort» peut être induit. Cette réaction est souvent observée dans le règne animal. Le prédateur perd généralement son intérêt pour sa proie, qu'il présume déjà sans vie. Et si cela n'est pas le cas, ce comportement permet au moins à la victime de ne plus ressentir la douleur. Grâce à des substances endogènes, les animaux peuvent mettre fin à cet état en s'ébrouant ou en tremblant. Le figement est également observé chez l'être humain confronté à des situations particulièrement menaçantes, mais celui-ci ne dispose pas de

cette capacité d'évacuer le traumatisme en se secouant. Aussi l'énergie mobilisée et non dégradée reste-t-elle dans le système nerveux, parfois pendant des années voire des décennies.



4. Que se passe-t-il dans le cerveau?

Les deux régions du cerveau qui interviennent le plus dans la réponse au stress traumatique sont l'hippocampe et l'amygdale.

L'**hippocampe** (appelé ainsi à cause de sa forme) est responsable de la **mise en mémoire** des expériences et de leur **inscription** dans un espace, un temps et un contexte. Contrairement à une croyance répandue, lors de stress traumatique, les événements ne sont pas oubliés. Ils ne peuvent cependant pas être archivés dans notre mémoire, où les informations biographiques sont classées selon un ordre qui est celui de la chronologie, du lieu et du contexte et où les faits marquants du vécu peuvent généralement être volontairement mobilisés. Aussi l'élaboration



ultérieure des expériences traumatiques passe-t-elle par l'accès à une seconde mémoire. Or seuls les aspects émotionnels du vécu sont stockés dans cette dernière. Etant donné que ces états émotionnels ne sont pas, comme les autres, reliés à des contenus de mémoire structurés selon le contexte biographique, ils sont décrits par les personnes concernées non pas comme des souvenirs d'épisodes (traumatiques) situés «dans l'ailleurs et le passé», mais comme une expérience émotionnelle actuelle, située dans l'«ici et maintenant». D'où, en partie, le rôle important de l'amygdale chez les personnes traumatisées.

L'**amygdale** peut se concevoir comme le **système d'alarme** du cerveau. Elle sert à la survie: elle est activée en présence de stimuli associés à un danger pour empêcher que celui-ci ne se matérialise. Sous l'effet du vécu traumatique, l'amygdale est cependant **hyperactivée**, tous les détails associés à la situation traumatique étant assimilés sans discrimination à une menace imminente même s'ils ne comportent en soi aucun danger. Ceux-ci peuvent déclencher des réactions d'alarme et susciter de nouveau chez les personnes concernées des réponses telles que la lutte, la fuite ou l'inhibition. Un stimulus qui provoque une telle réaction indésirable est appelé **déclencheur**.



Joseph avait 13 ans quand il a été enlevé avec deux de ses amis et conduit dans un camp d'entraînement d'enfants-soldats. Ils ont souvent été maltraités et contraints à commettre des atrocités. L'un des hommes qui les a le plus chicanés sentait le citron. Même de nombreuses années après, cette odeur déclenche toujours chez Joseph des crises de panique.



5. Les séquelles traumatiques

La **réaction aiguë au stress** est la réponse immédiate de la plupart des individus à un événement traumatisant. Cette réaction dure de plusieurs heures à plusieurs jours voire, plus rarement, plusieurs semaines. Des symptômes persistant **pendant plus de quatre semaines** évoquent un **état de stress post-traumatique (ESPT)**, autrement dit une maladie qui requiert un traitement. Voici les principales manifestations de l'ESPT classique:

- **Reviviscence:** le vécu traumatique résiste à l'oubli. L'intrusion du passé dans le présent se manifeste par des «flash-backs» ou des cauchemars. L'expérience passée ressurgit aussi souvent sous la forme de souvenirs corporels, la personne souffrant par exemple de douleurs causées par des blessures anciennes.
- **Hyperéveil:** nombre de personnes concernées sont dans un état de qui-vive permanent visant à leur permettre de détecter à temps d'éventuels dangers ou menaces et, ainsi, de se prémunir contre tout nouvel événement traumatique. Souvent, elles se plaignent de troubles de l'endormissement ou de la continuité du sommeil, d'hypersudation, de tremblements et de fortes palpitations et disent être beaucoup plus irritables qu'auparavant. Elles sont aussi en proie à de vives réactions de panique et à des accès de colère qui peuvent se manifester par une agressivité.
- **Évitement:** les lieux, personnes, objets, activités et sensations qui sont associés à l'expérience traumatique sont évités, ce qui limite beaucoup les personnes concernées dans leur vie quotidienne.

La **dissociation**, qui s'apparente à un exil intérieur, constitue un cas particulier d'évitement. Cet état se caractérise par un émoussement émotionnel et par un détachement de soi qui vont

souvent de pair avec un brouillage des perceptions, l'individu ayant l'impression d'appréhender la réalité à travers le brouillard ou de derrière une vitre. Parfois, les victimes essaient d'y remédier en s'infligeant des blessures.

L'ESPT qui, dans sa forme classique, se caractérise par la reviviscence, l'hyperéveil et l'évitement, se distingue de l'ESPT complexe. Faisant l'objet d'une entité distincte dans la CIM-11, ce dernier survient des suites d'expériences traumatiques répétées ou prolongées. Dans l'ESPT complexe, les manifestations de l'ESPT classique vont de pair avec une humeur extrêmement instable, une dépréciation de soi et des troubles relationnels.

Une comorbidité est souvent observée, l'ESPT se doublant dans bien des cas d'autres tableaux pathologiques. Un **syndrome de dépendance** peut apparaître chez les personnes qui recourent aux médicaments ou aux drogues pour maîtriser leur hyperactivité neurovégétative. Le refuge dans l'alcool comme moyen d'atténuer ses symptômes traumatiques est aussi fréquent. Les souvenirs corporels peuvent évoluer en un **syndrome somatoforme douloureux**, dans lequel la vie de la personne est dominée par des douleurs d'origine inexpiquée donnant lieu de sa part à un nomadisme médical. En outre, des **troubles alimentaires** sont souvent rapportés chez les victimes de mauvais traitements et de viols. De nombreux **troubles dépressifs** pouvant aller jusqu'au **comportement suicidaire** sont imputables à l'ESPT, et ce notamment quand les personnes concernées n'ont pas élaboré leur expérience traumatique dans le cadre d'une thérapie et, de ce fait, n'ont pas pu l'inscrire dans leur vécu.

6. Spécificités chez les enfants et les adolescents

La réalité et l'impact des traumatismes psychiques ainsi que de leurs séquelles chez les enfants et les adolescents ont longtemps été sous-estimés. D'une manière générale, les enfants présentent une **vulnérabilité accrue**, et plus ils sont jeunes, plus ils sont vulnérables. Nombre d'enfants traumatisés ont un comportement qui n'est **pas conforme au développement correspondant à leur âge**. On assiste ainsi à une **parentification**, l'enfant prenant en charge une ou plusieurs tâches parentales qui finissent par l'épuiser. Par ailleurs, on constate que les enfants qui ont subi un traumatisme sont sujets à des **régressions**: ils recommencent à mouiller leur lit (énurésie) ou à déféquer dans des endroits inappropriés (encoprésie) et à s'exprimer dans un langage infantile. Ces comportements représentent autant de tentatives de se réfugier dans des stades antérieurs de leur développement, ceux-ci s'apparentant à des territoires pourvoyeurs de sécurité et de repères leur permettant d'échapper à l'impuissance qui les guette.

A l'école, les enfants et adolescents traumatisés présentent souvent, du fait de leur hyperexcitabilité, des déficits d'attention et de concentration. La mémorisation et la mobilisation des contenus enseignés sont difficiles. Cela signifie que les enfants traumatisés ont souvent des troubles de l'apprentissage qui constituent une entrave à l'expression de leur potentiel. En outre, leur irritabilité accrue les expose à des **conflits** avec les enseignants et les autres élèves.

Afin de prémunir les enfants contre des traumatismes additionnels et d'éviter aux autres membres de la famille de livrer des épisodes dégradants de leur vécu et, ainsi, de protéger leur pudeur, on s'abstiendra d'utiliser les enfants comme interprètes, a fortiori dans le cadre de conversations personnelles et intimes entre adultes.



Un autre danger parmi les enfants et adolescents traumatisés réside dans le bouleversement voire la rupture qui s'opère dans leur **rapport au monde, aux autres et aux valeurs**. Une réalité qu'illustre le témoignage que voici:

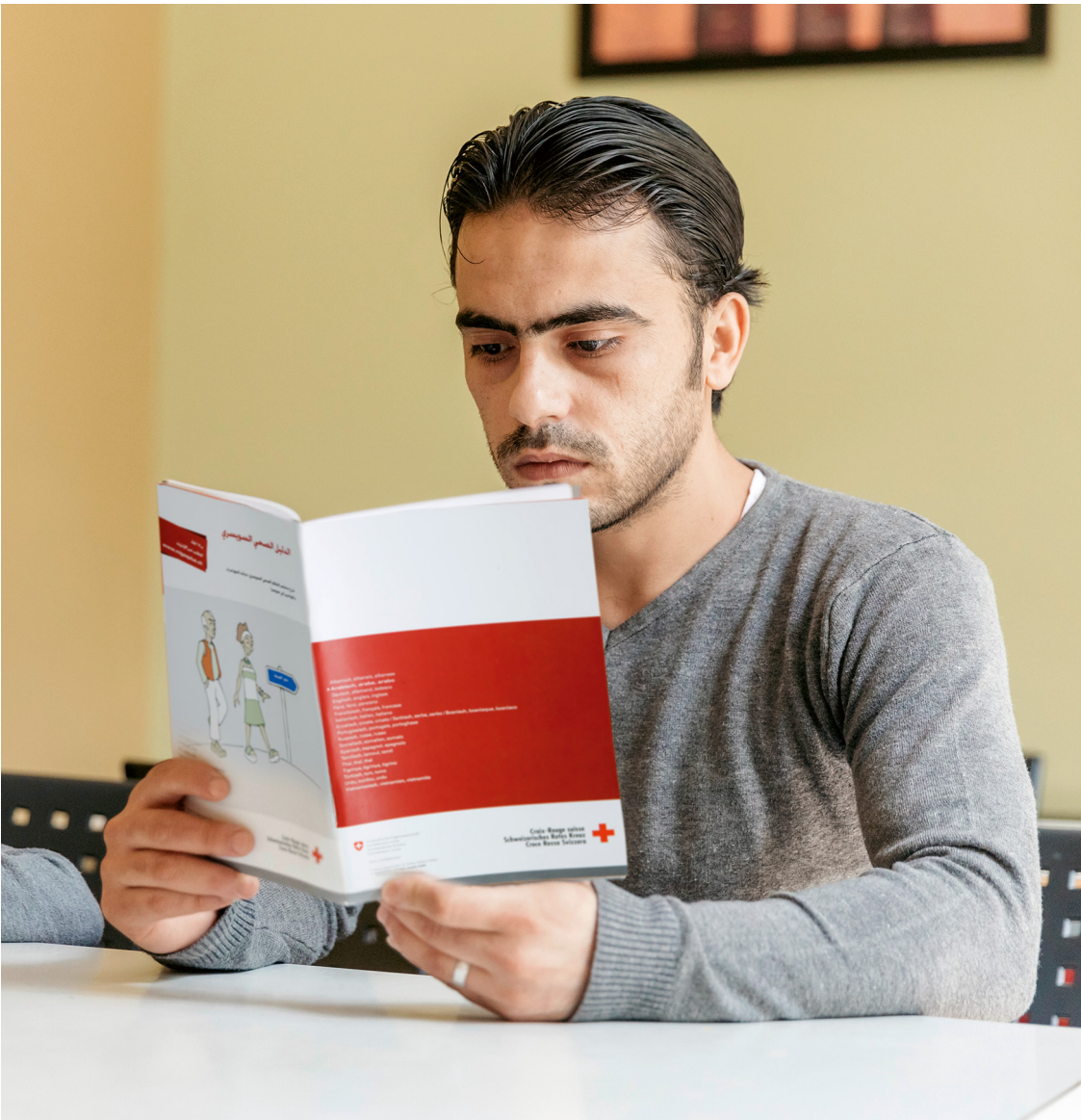


Fatma, 13 ans, raconte: «Dans mon village, tout n'était pas parfait, mais nous nous débrouillions et sentions en sécurité. Bien sûr, nous devons travailler dur pour assurer notre subsistance. Mais nous n'avions pas peur pour notre vie. Mais après tout ce que nous avons enduré pendant la guerre et l'exil et ce que nous avons appris par d'autres, j'ai changé. Je suis toujours sur le qui-vive et n'attends que de mauvaises choses de la part des autres. Je sais bien que ce n'est pas juste et qu'ici aussi, il y a beaucoup de gens bien. Mais c'est devenu plus fort que moi.»



7. La fuite comme processus traumatique

Les réfugiés présentent souvent un **traumatisme complexe**. Dans la plupart des cas, celui-ci est apparu sur un laps de temps assez long et sous l'effet de plusieurs événements différents qui s'influencent et se potentialisent entre eux. On parle ici de **traumatisme séquentiel**. Le processus traumatique commence généralement dans le pays d'origine, mais il ne s'y achève pas. Il se poursuit souvent sous l'action d'une série d'événements traumatisants ou propres à renforcer un traumatisme existant, notamment pendant la fuite et même après l'arrivée dans un pays d'accueil présumé sûr. Au nombre des facteurs de stress postmigratoires figurent la précarité du statut de séjour pendant une période prolongée, la perte des relations familiales et sociales, le manque de perspectives d'avenir, l'inquiétude pour les proches restés au pays, la perte du statut social, de possibles sentiments de culpabilité et de honte ainsi que la discrimination. Ces facteurs de stress post-migratoires dépassent souvent les possibilités d'adaptation du réfugié. Le présent peut ainsi devenir partie intégrante du processus traumatique et bloquer le processus de guérison voire réactiver le traumatisme.



II. Intervention auprès de réfugiés traumatisés

1. Attitude sensible au traumatisme

Les chapitres précédents comportent des informations utiles à l'identification d'un ESPT. Peut-être celles-ci permettront-elles de mieux comprendre des comportements qui, au quotidien, peuvent excéder ou incommoder. La non-présentation à un rendez-vous est peut-être – mais pas nécessairement – imputable à la ten-



dance à l'oubli induite par le traumatisme. De même, un manque d'égard pour autrui de la part d'une personne traumatisée pourra éventuellement s'expliquer par son refus d'être de nouveau une victime. Quelle que soit la **raison** de tel ou tel comportement, il y en a toujours une **valable**, aussi absurde puisse-t-elle paraître à première vue. Il suffit parfois de savoir qu'il y a une explication – et d'accepter qu'on ne peut pas toujours la connaître. Il est souvent utile d'exprimer ce fait, d'émettre par la même occasion un message personnel (à la première personne du singulier) et de rechercher une solution commune:



Je suis sûre que vous aviez une bonne raison de ne pas venir hier. Je trouve cela dommage, car je vous avais réservé du temps. Que puis-je faire pour que ça fonctionne la prochaine fois?



S'il est naturel de chercher une explication, on s'abstiendra d'aborder directement des questions sensibles. Ainsi, on se gardera de demander à la personne de coucher par écrit ses souvenirs atroces ou de les dessiner. Aussi bien intentionné que soit un tel conseil, la démarche risque de **raviver le traumatisme**. Si une relation de confiance s'est établie entre vous et que le réfugié souhaite s'ouvrir à vous, vous pouvez et vous devez bien sûr lui en donner la possibilité. Soyez disponible et à l'écoute. Avoir un interlocuteur qui recueille et supporte le récit de son vécu traumatique peut être très réconfortant. Veillez cependant à ne pas trop présumer de votre résistance et si vos limites sont dépassées, faites-le savoir.

2. Sécuriser, stabiliser

Qui a été exposé à une menace extrême a besoin de sécurité pour recouvrer sa tranquillité. Chez une personne traumatisée, la **confiance en soi et en son environnement** est souvent très ébranlée, d'où un **état constant d'hypervigilance** et, parfois, une impossibilité de reconnaître des **conditions réelles de sécurité**. Compte tenu de l'incertitude qui pèse sur le droit de séjour de nombreux réfugiés, il est vrai que cette sécurité est souvent toute relative. La menace d'une exécution de renvoi est naturellement source d'une hantise profonde qui, souvent, empêche toute stabilisation.

Outre le statut de séjour, l'hébergement est souvent très précaire et, donc, peu susceptible d'être sécurisant. Même en tant qu'intervenant dans le domaine de l'asile et des réfugiés, les moyens dont vous disposez pour accroître le sentiment de sécurité de ceux dont vous vous occupez sont limités et vous devriez leur signifier clairement que nombre de choses échappent à votre influence, ce afin de ne pas éveiller de faux espoirs. Si, comme conseiller, vous ne pouvez décider de l'issue d'une procédure d'asile, vous êtes cependant en mesure d'informer de façon compétente et exhaustive vos interlocuteurs sur leurs possibilités, et cela est pourvoyeur de repères. En votre qualité de bénévole, vous ne pouvez peut-être pas remédier au bruit et à l'agitation qui règnent dans les hébergements, mais vous pouvez contribuer à rendre les locaux plus accueillants et à aménager un espace-jeu pour les enfants.

Par son effet stabilisant, toute **offre contribuant à structurer la journée** telle que cours de langue, pratique du football au sein d'une association ou stage dans un atelier aide considérablement les personnes à surmonter leur traumatisme. Cuisine, peinture, travaux manuels, sport ou musique sont autant d'activités qui renforcent les ressources individuelles des personnes concernées et, à ce titre, sont très bénéfiques. Elles leur permettent en effet

de s'éprouver comme **sujets agissants**, de reprendre confiance en leurs propres compétences et ressources et, ainsi, d'être plus résistantes face aux épreuves.

Dans ce domaine, il importe de donner aux personnes le sentiment qu'elles ont **prise sur elles-mêmes et sur leur destinée**. Chez les personnes qui, du fait d'une expérience traumatique, ont été confrontées à une perte de contrôle et à une grande impuissance, le besoin d'avoir prise sur les choses est évidemment plus grand que chez d'autres.



Par votre action, vous fournissez une contribution décisive à la stabilisation des personnes traumatisées!



3. Eviter les stimuli déclencheurs – est-ce possible?

Dans le travail non thérapeutique – que nous intervenions auprès des réfugiés comme pédagogue social, enseignant, infirmier, pharmacien ou assistant médical, comme bénévole ou comme représentant d'une autorité – nous nous occupons essentiellement du **présent** et de l'**avenir**. Le traitement du passé et, notamment, l'élaboration des expériences traumatiques relèvent de la **psychothérapie**. Chez chaque personne, il existe différents thèmes et situations qui agissent comme déclencheurs et suscitent un sentiment de menace. Il n'est pas toujours possible de



Nazir, âgé de 16 ans, attirait l'attention par son refus d'assister aux cours. Parfois, il quittait la salle de classe sans motif apparent pour ne la regagner qu'une demi-heure plus tard. Puis il faisait comme si de rien n'était et refusait de parler de la situation. Quand on lui demandait pourquoi il était sorti, il se contentait de répondre, impassible: «Comme ça!» Lors de sa préparation professionnelle, une relation de qualité et de confiance s'est établie entre lui et l'assistante sociale scolaire, à qui il a fini par se confier. Quand il y avait du chahut dans la salle de classe, l'enseignante avait pour habitude de frapper le tableau du plat de la main pour se faire entendre. Nazir a expliqué que ce bruit réveillait chaque fois en lui l'image des déluges de mortiers qui s'abattaient sur sa ville natale et que, dans une telle situation, il était tenté de se tapir sous la table en pleurant. Honteux de ne pas mieux maîtriser ses réactions, il préférait faire croire à son enseignante qu'il n'avait pas envie d'assister à son cours.



les identifier, a fortiori de les anticiper. Mieux vous connaissez la personne, plus vous serez capable d'appréhender les thèmes et, d'une manière générale, les stimuli susceptibles de lui causer un stress et de susciter chez elle des réactions indésirables. Vous pouvez aborder le sujet avec elle afin que vous appreniez ensemble à mieux composer avec ces stimuli et à y réagir. La personne appréciera cette **sensibilité**.



4. Comportement en cas de dissociation

Lors de dissociation, les contenus de perception sont **découplés** des contenus de mémoire. Quand les contenus de mémoire relatifs à une expérience traumatique sont, quelle qu'en soit la raison, réactivés, la dissociation constitue un moyen de gérer le stress occasionné. Ce trouble se manifeste, dans sa forme modérée, par des **difficultés** de concentration et par d'apparentes **rêvasseries** et, dans sa forme aiguë, par des **convulsions psychogènes**. Les personnes qui en sont atteintes n'en sont souvent pas conscientes, d'où l'utilité d'aborder le sujet et d'expliquer que ce tableau est fréquent chez ceux qui ont un vécu douloureux. De plus, nombre d'entre elles pensent qu'elles ont basculé dans la folie ou qu'elles sont possédées, ce qui est source d'une grande **angoisse**. Aussi convient-il de faire preuve d'empathie et de souligner qu'il s'agit d'un **comportement** parfaitement **normal**. Certaines personnes ont déjà appris à composer avec les symptômes. Elles en reconnaissent les signes si rapidement qu'elles sont capables de vite réinvestir **l'ici et maintenant**.



Taneesha, 32 ans: «Il arrive que mes pensées dérivent complètement. Alors je ne suis plus du tout réceptive, comme déconnectée de la réalité. Juste avant, j'ai généralement une sensation de malaise et des maux de tête. Ces signes avant-coureurs sont pour moi devenus des signaux d'alarme. Ils m'alertent sur l'imminence d'un épisode. Alors je me lève pour aller au grand air ou avaler un verre d'eau. En plus, une amie proche m'a offert un bracelet que je peux faire claquer sur mon poignet. Cela me cause une douleur instantanée, mais me fait revenir immédiatement.»



Si vous remarquez que la personne n'est **plus réceptive à vos paroles**, qu'elle est comme absente, il importe de diriger son attention **de l'intérieur vers l'extérieur**. Appelez-la par son nom et répétez qui vous êtes et où vous vous trouvez. Si la personne réagit, essayez de **stimuler ses sens**. Posez-lui des questions sur ce qui l'entoure. Par exemple, demandez-lui de nommer cinq objets de couleur rouge qui se trouvent dans la pièce. Donnez-lui un verre d'eau ou tout autre objet afin de stimuler sa sensibilité tactile. A cet égard, les balles hérissées sont particulièrement indiquées, car elles activent la **circulation sanguine**. Si la personne ne réagit plus, prononcez son nom et rappelez-lui votre fonction, le lieu où vous vous trouvez et, éventuellement, la date du jour autant de fois que nécessaire. Des témoignages de personnes concernées font état de l'utilité de tels rappels, la voix de leur interlocuteur les aidant à «se hisser à la surface». Si un **contact tactile** s'avère nécessaire, il est impératif de prévenir la personne. Au cas où cet état persisterait ou qu'il représenterait un danger pour elle, cherchez de l'aide ou appelez les urgences (144). Généralement, la personne revient rapidement dans l'ici et maintenant. Il est alors utile de parler de ce qui s'est passé et, éventuellement, de **se concerter** sur la manière d'agir en cas de nouvel épisode. Interrogez-la sur ce qui lui a été utile et inutile, ce dont elle aurait souhaité bénéficier et comment agir une prochaine fois.

5. Quand les aidants ont besoin d'aide

La prise en charge de personnes traumatisées est souvent **éprouvante** pour ceux, bénévoles ou professionnels, qui interviennent au contact de réfugiés. Certains négligent leurs besoins au point de devenir malades. Quand il s'agit d'aider des personnes dans la détresse, il est difficile de dire «non» et de veiller à ce que ses **propres besoins** ne soient pas complètement éclipsés par ceux du public dont on s'occupe. Quand on prend soin de soi, on a mauvaise conscience, on se sent sans cœur et égoïste. Pourtant, pour rester opérationnel, il importe d'être attentif à ses propres besoins. Pousser son engagement jusqu'au sacrifice ne rend service à personne.



Mme Frey dirige un foyer pour requérants d'asile. Cette pédagogue sociale s'investit pleinement dans son travail et est là littéralement jour et nuit pour «ses réfugiés». Elle reste joignable sur son portable en soirée et le week-end pour le cas où quelqu'un serait en crise ou qu'un enfant tomberait malade. Au fil du temps, les contacts privés de Mme Frey s'amenuisent: d'une part, complètement accaparée par son activité, elle a peu de temps et d'énergie pour une vie sociale; d'autre part, lorsqu'elle rencontre des amis, elle n'a quasiment plus d'autre sujet de conversation que son travail, ce qui amène certains d'entre eux à prendre leurs distances. Bientôt, toute sa vie gravite autour du foyer, ses contacts se limitent à «ses réfugiés» – jusqu'au jour où elle craque sur son lieu de travail, une défaillance qui laisse «ses réfugiés» en plein désarroi. Car, en cas de difficulté, Mme Frey était toujours leur première interlocutrice.



On observe un effet de contagion, les manifestations post-traumatiques étant, dans une certaine mesure, transmissibles aux intervenants («**traumatisme secondaire**»). Les personnes qui décident de travailler dans le domaine de l'asile et des réfugiés sont souvent sensibles et capables d'une grande **empathie**. Souvenez-vous de Reza, contaminé par les séquelles traumatiques de son ami: confronté au récit du viol de la sœur de ce dernier, il avait conçu pour sa femme et leur petite fille une inquiétude qui s'était muée en profond désespoir.

Nombre de réfugiés ont tendance à partager leurs expériences douloureuses avec d'autres, faute de pouvoir les porter seuls. Il ne faut y voir ni malveillance ni provocation, mais le signe d'une **profonde confiance**. Si les récits, photos, vidéos et autres impressions vous poursuivent, c'est le signe très net que les **limites de votre résistance** sont **dépassées**. Dans de telles circonstances, il n'est pas honteux de dire «Je ne peux plus et je ne veux plus!» ni de recourir à une **aide professionnelle**. Peut-être bénéficiez-vous régulièrement d'une **supervision** dans le cadre de laquelle vous pouvez parler des cas difficiles ou éprouvants. Renseignez-vous auprès de votre supérieur sur les possibilités de soutien au sein de votre organisation. La confrontation avec des histoires éprouvantes peut ouvrir d'anciennes blessures chez soi. Dans ce cas, il est recommandé de **se faire accompagner par un thérapeute**.

Prenez conscience de la mesure dans laquelle vous pouvez et voulez vous investir ainsi que de la distance dont vous avez besoin. Quand vous serez au fait de vos possibilités et de vos **limites**, vous pourrez les signaler de façon transparente aux personnes dont vous vous occupez et serez pour elles **plus prévisible**. A leur contact, veillez en outre à distinguer ce qui relève des **sphères professionnelle et privée**. Parfois, les deux se confondent, la frontière devient floue et il n'est pas rare que la **distance professionnelle** requise par l'intervention disparaisse. Dans une telle

situation, le risque est grand que les attentes que nourrissent les deux parties l'une envers l'autre soient déçues. N'oubliez pas que l'intervention professionnelle n'exclut pas des relations personnelles empreintes d'empathie, même si vous n'êtes pas «ami-e» sur Facebook de ceux dont vous vous occupez et que ceux-ci ne connaissent pas les membres de votre famille ni ne savent où vous habitez.

Si vos limites sont dépassées, signalez-le clairement et prenez du recul – temporellement et/ou spatialement. Pour beaucoup, il est utile de «**déconnecter**» à la fin de la journée de travail. Eteindre son portable, s'interdire de consulter son courrier électronique professionnel et s'abstenir, pendant son temps libre, de lire des ouvrages consacrés à la psychotraumatologie ou de regarder des reportages sur des zones en guerre, ou, au moins, réserver à ces activités un cadre bien délimité – voilà autant de précautions utiles. Toute personne qui constate que son activité la poursuit en dehors des horaires de travail et qu'il lui est difficile de se concentrer sur des loisirs peut essayer de s'imposer un **rituel**. Des expériences concluantes ont été faites avec le changement de tenue après la fin du service. Montres, chaînes, bagues et autres accessoires peuvent aussi être mis au début du service et enlevés au terme de celui-ci. De telles habitudes peuvent aider à se consacrer pendant son temps libre à des activités qui permettent de se **ressourcer**. Massage relaxant, week-end de randonnée, chant dans un chœur, soirée cuisine avec des amis, sortie au théâtre: vous seul-e savez comment faire le plein d'énergie. Il existe une multitude d'activités bienfaitantes qui aident à reconstituer ses forces et à **prévenir le stress** et, ainsi, vous permettront de rester longtemps disponible pour les personnes dont vous vous occupez ainsi que pour votre employeur – ce qui est vraiment méritoire!

III. Ressources utiles aux réfugiés traumatisés

- Services de psychiatrie: dans des villes comme Bâle, Berne, Genève, Lausanne, Winterthour ou Zurich, il existe, dans les cliniques et policliniques psychiatriques ainsi que dans d'autres institutions, des consultations psychiatriques ou psychothérapeutiques pour migrants. Celles-ci sont assurées en présence d'interprètes si nécessaire. Ces derniers sont soumis au devoir de discrétion.
- Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre, Croix-Rouge suisse, Werkstrasse 16, 3084 Berne-Wabern.
Tél. 058 400 47 77, www.redcross.ch/ambulatorium
- Gravita, Centre de psychotraumatologie, Croix-Rouge suisse Canton de Saint-Gall, Bahnhofplatz 5, 9000 Saint-Gall.
Tél. 058 229 08 28, www.gravita.ch
- Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre Clinique de consultation en psychiatrie et psychosomatique, Hôpital universitaire de Zurich, Culmannstrasse 8, 8091 Zurich.
Tél. 044 255 49 07, www.psychiatrie.usz.ch
- Consultation pour victimes de la torture et de la guerre Genève (ctg Genève), Département de médecine communautaire, Boulevard de la Cluse 75, 1205 Genève.
Tél. 022 372 53 28, www.hug-ge.ch
- Consultation pour victimes de la torture et de la guerre Lausanne (ctg Vaud), Appartenances, Rue des Terreaux 10, 1003 Lausanne.
Tél. 021 341 12 50, www.appartenances.ch

- Association Suisse des psychothérapeutes: liste des psychothérapeutes parlant une langue étrangère.
Tél. 043 268 93 00, www.psychotherapie.ch
- migesplus.ch, portail en ligne de la CRS: compilation de brochures, de vidéos et d'autres supports d'information plurilingues sur le thème de la santé (pour la plupart gratuits)
www.migesplus.ch
- Portail en ligne de la CRS sur les jeunes réfugiés traumatisés: informations sur le traumatisme, les offres de conseil et de thérapie ainsi qu'indications relatives à des formations
<http://traumatisierung.migesplus.ch>
- Groupement «Support for Torture Victims», qui fédère les cinq structures de Berne, Genève, Lausanne, Zurich et Saint-Gall spécialisées dans la prise en charge des traumatismes chez les victimes de la torture et de la guerre.
www.torturevictims.ch
- Institut suisse de psychotraumatologie (SIPT)
Neuwiesenstrasse 95, 8400 Winterthur.
Tél. 052 213 41 12, www.psychotraumatologie-sipt.ch
- Schweizerisches Institut für Traumatherapie (SITT)
Albulastrasse 52, 8048 Zurich.
Tél. 044 251 50 38, www.sitt.ch

En cas d'urgence

- Services médicaux de garde: si vous ne pouvez pas joindre votre médecin généraliste, adressez-vous à un service médical de garde ou à un service psychiatrique ambulatoire.
- En cas d'urgence vitale due à un accident ou à une maladie, composez directement le numéro d'appel d'urgence 144.

Deutsch, allemand, tedesco

Französisch, français, francese

Italienisch, italien, italiano

Adresse de commande:

www.migesplus.ch – le portail d'information
sur la santé en plusieurs langues

Croix-Rouge suisse
Service ambulatoire pour victimes
de la torture et de la guerre

