

Accueillir et soutenir les
victimes de violences
sexuelles
Approche orientée vers la
solution

EVELYNE JOSSE

evelynejosse@yahoo.fr

Licence en psychologie, hypnose éricksonnienne, EMDR, thérapie brève
Psychothérapeute en consultation privée, psychologue à Médecins Sans Frontières

Définition de la violence sexuelle	5
1. La violence sexuelle.....	5
2. Les formes de violence sexuelle à l'égard des femmes.....	5
Les conséquences des violences sexuelles.....	6
1. Les conséquences sur la santé physique	6
2. Les conséquences sociales.....	7
3. Les conséquences psychologiques/émotionnelles : le « rape trauma syndrome »	8
3.1. Introduction.....	8
3.2. Le « Rape Trauma Syndrome »	8
3.2.1. La phase aiguë	8
3.2.2. La phase de réorganisation.....	11
Le soutien psychosocial	12
1. Donner du soutien.....	12
2. Les règles de base de l'aide aux victimes.....	12
3. Le premier contact avec une victime de violences sexuelles.....	13
3.1. Un préalable : créer la confiance.....	13
3.2. Importance du premier entretien.....	13
La communication (orientée vers la solution)	14
1. Introduction.....	14
2. La vérité.....	16
2.1. Une vérité ? Une réalité ?.....	16
2.2. Les effets des « vérités »	16
2.2.1. L'effet Rosenthal : nos croyances vis-à-vis d'autrui.....	17
2.2.2. L'effet placebo : nos croyances sur nous-même	17
2.2.3. L'effet placebo : croyance et langage non verbal.....	17
2.3. Le jugement.....	18
2.4. L'accompagnant, outil de communication.....	18
3. Une communication efficace	18

4. Différentes façons de communiquer.....	19
5. Qu'est-ce que la communication ?	19
6. Les valeurs de la communication	20
7. Comment bien écouter?	20
8. La communication non verbale	21
8.1. L'arrangement des places.....	21
8.1.1. L'occupation de l'espace	21
8.1.2. La position.....	21
8.2. Le ton de la voix.....	21
8.3. L'expression faciale	21
8.4. Rires et plaisanteries	22
8.5. Le contact visuel	22
8.5.1. Le regard.....	22
8.5.2. Que faut-il écouter avec les yeux ?.....	22
8.6. Les silences	23
9. La communication verbale.....	23
9.1. Savoir poser des questions	23
9.1.1. Les questions fermées.....	24
9.1.2. Les questions « dirigées ».....	24
9.1.3. Les questions ouvertes.....	24
9.2. S'assurer que l'on est compris	25
9.3. S'assurer que l'on a compris	25
9.4. Les obstacles à la communication.....	26
9.5. Prendre le temps.....	27
9.6. Communiquer sa confiance.....	28
10. Accueillir une personne victime de violences sexuelles.....	28
11. Soutenir psychologiquement une victime de violence	30
11.1 Comment construire une relation de confiance avec une victime de violence?.....	30
11.2. Renforcer les ressources d'une personne victime de violences sexuelles	31
12. Les difficultés de communication avec les personnes victimes de violences...33	33
12.1. La personne ne parle pas	33
12.2. La personne ne dit pas la vérité ou ne répond pas à vos questions	33
12.3. L'intervenant ne sait pas quoi dire	34
12.4. L'intervenant fait face à des souvenirs douloureux	34
12.5. Indications sur le comportement à adopter avec les personnes en situation de détresse psychique aiguë	35
12.5.1. Réconfort et soutien.....	35
12.5.2. Aider la personne à se prendre en charge	35
12.5.3. Situations spécifiques	36
Le counselling, une communication orientée vers la solution.....	38

1. La grille de la thérapie brève.....	38
1.1. Le problème	39
1.2. Client et style de collaboration avec l'accompagnant	41
1.2.1. L'acheteur ou le client demandeur/l'acheteuse ou la cliente demandeuse ..	41
1.2.2. Le collaborateur caché/la collaboratrice cachée	41
1.2.3. Le visiteur/La visiteuse.....	41
1.2.4. Le plaignant/la plaignante	42
1.3. Les tentatives de solution.....	43
1.4. L'objectif.....	43
1.4.1. Quel est l'objectif ?	43
1.4.2. L'objectif de la patiente	44
1.4.3. Un objectif concret	45
1.4.4. L'objectif minimal.....	46
2. Les ressources des patient(e)s	46
2.1. Les patient(e)s ont des ressources	46
2.2. Les exceptions et les succès intérieurs	46
2.2.1. La question des succès antérieurs	47
2.2.2. La question des exceptions	48
3. La position.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	49

Définition de la violence sexuelle

1. La violence sexuelle

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence sexuelle comme suit :

Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail ». (OMS, 2002)

La coercition vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces (par exemple, la menace de blessures corporelles, le renvoi d'un emploi ou la menace de ne pas obtenir un emploi recherché). La violence sexuelle peut survenir alors que la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée ou incapable mentalement de comprendre la situation.

2. Les formes de violence sexuelle à l'égard des femmes

La violence sexuelle englobe, sans y être limitée, les formes suivantes¹ :

- ⇒ La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels à l'égard des enfants de sexe féminin, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mariages forcés, les mutilations génitales et autres pratiques préjudiciables à la femme, la violence non conjugale et la violence liée à l'exploitation.
- ⇒ La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la collectivité, y compris les viols, les sévices sexuels, le harcèlement et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée.
- ⇒ La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'Etat, où qu'elle s'exerce.

¹ D'après la Déclaration sur l'Élimination de la Violence à l'égard des Femmes adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies, 1993

Les conséquences des violences sexuelles

Points-clé

Les violences sexuelles subies par une personne ont des répercussions sur sa santé physique et mentale, son bien-être social, sa famille et sa communauté.

Ces répercussions dépendent du type de violence sexuelle.

La mort, y compris les homicides et les suicides, ne sont pas rares.

La tendance la plus significative dans de nombreuses sociétés est la stigmatisation des victimes et le fait de les accuser d'être responsables de ce qui leur est arrivé (cf. femmes immigrées issues d'une « culture d'honneur »).

La stigmatisation et la réprobation augmentent la souffrance psychologique et émotionnelle et influencent souvent le comportement des personnes que nous voulons aider.

Les victimes d'agression sexuelle sont généralement plus à risque d'être ultérieurement abusées ou d'être une nouvelle fois victimes (du fait de la déconsidération et de la dévalorisation).

1. Les conséquences sur la santé physique

Sans nous étendre, citons les différentes conséquences des violences sexuelles sur la santé physique des victimes.

□ **Issue fatale**

- Le suicide
- La mortalité suite aux blessures
- La mortalité liée à l'infection à HIV
- Dans certaines cultures, l'homicide (victime assassinée par un membre de la famille pour « laver l'honneur », meurtre de l'agresseur perpétré par la victime ou par un membre de sa famille pour se venger des dommages subis) et l'infanticide des enfants nés du viol

□ **Problèmes physiques aigus**

- Les douleurs
- Les blessures
- Les traumatismes (crânien, abdominal, thoracique)

- Les infections
- **Problèmes physiques chroniques**
 - Les douleurs
 - Les handicaps, les invalidités
 - Les infections
 - Les problèmes gastro-intestinaux
 - L'abus d'alcool, les comportements autodestructeurs
- **Problèmes de santé reproductive**
 - Les fausses couches
 - Les grossesses non désirées
 - Les avortements clandestins pratiqués dans de mauvaises conditions d'asepsie
 - Les infections sexuellement transmissibles
 - Les troubles menstruels
 - Les troubles gynécologiques
 - L'infertilité
 - Dysfonctionnement sexuel

2. Les conséquences sociales

Les conséquences sociales les plus fréquentes sont :

- ⇒ la distanciation du ou de la partenaire, voire la séparation.
- ⇒ de l'isolement ou des comportements de fuite (déménagement, etc.)
- ⇒ la perte de la possibilité de fonctionner dans la société :
 - une réduction des capacités parentales (impossibilité de s'occuper des enfants et de satisfaire leurs besoins ; l'abandon, le rejet, la maltraitance ou l'infanticide des enfants nés du viol etc.)
 - des arrêts de travail ou des interruptions des activités professionnelles (temporaires ou définitifs), des interruptions de la scolarité (incapacité physique et/ou psychologique à poursuivre ses études).
 - une incapacité à mener à bien les tâches quotidiennes
- ⇒ des comportements autodestructeurs (suicide, tentative de suicide).
- ⇒ des abus d'alcool ou de médicaments psychotropes
- ⇒ de la violence de la part de la victime, notamment à l'égard de ses propres enfants Un risque accru d'être à nouveau l'objet de violences sexuelles, la victime étant déconsidérée et dévalorisée par les membres de sa communauté

Dans certaines sociétés dont sont issues les femmes immigrées, la virginité et la chasteté des filles reflètent l'honneur de la famille. Dès lors, les agressions sexuelles sont perçues comme une honte et les victimes, tout comme leur famille, sont stigmatisées. Les victimes sont alors rejetées par leur famille et/ou par leur conjoint et/ou par leur communauté ou forcée à

épouser leur agresseur. La femme violée est également souvent considérée comme adultère et punie en conséquence.

3. Les conséquences psychologiques/émotionnelles : le « rape trauma syndrome »

3.1. Introduction

La majorité des répercussions psychologiques et émotionnelles doivent être vues comme des réactions humaines normales en réponse à un événement hors norme, terrifiant et horrible. Les principales conséquences psychologiques sont :

- ⇒ L'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) ou en anglais, Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (reviviscences, évitements, hyperactivité neurovégétative)
- ⇒ La dépression
- ⇒ L'anxiété, la peur
- ⇒ L'agressivité
- ⇒ La honte, l'insécurité, l'auto-accusations, la haine de soi
- ⇒ La maladie mentale
- ⇒ Les pensées, les comportements et les tentatives suicidaires

3.2. Le « Rape Trauma Syndrome »

Le « Rape Trauma Syndrome » ou RTS a été décrit en 1974 par Ann Burgess et Lytle Holmstrom. Il s'agit d'un ensemble de réponses émotionnelles rencontrées chez la plupart des victimes de violences sexuelles.

Le RTS se décompose en deux phases :

- ⇒ une phase aiguë
- ⇒ une phase de réorganisation

3.2.1. La phase aiguë

Cette phase survient immédiatement après l'agression sexuelle et dure de quelques jours à quelques semaines. Les réponses varient d'une personne à l'autre et dépendent de facteurs internes (personnalité) et externes (culture, type et circonstances de l'agression, etc.). Les manifestations cliniques du traumatisme liées au viol varient entre les extrêmes d'une décompensation psychotique et de troubles réactionnels réversibles.

Ces manifestations sont à considérer comme des réactions normales, du moins attendues, au regard d'un événement hors du commun.

L'état de choc : dans les heures qui suivent l'agression

Les réactions dans les heures qui suivent l'agression s'expriment selon deux modalités comportementales :

- Le style « expressif » : la victime exprime bruyamment ses émotions de peur, d'anxiété et de colère au travers son comportement (pleurs, cris, rires, agitation, etc.).
- Le style « contrôlé » : la victime cache ou masque ses émotions ; son comportement est calme et posé.

Une victime peut alterner ces deux types d'expression de son vécu. Elle peut se sentir en colère, avoir peur puis se réjouir d'être encore en vie, être triste, etc.

La phase immédiate

On appelle phase immédiate la période qui débute quelques jours après l'agression et se poursuit quelques semaines après.

La victime peut présenter un large éventail de réactions physiques, comportementales et émotionnelles. Ces réactions sont en partie déterminées par les circonstances de l'agression. Par exemple, si la personne a été agressée alors qu'elle se trouvait seule, elle peut vouloir être constamment accompagnée ; si elle a été violée par plusieurs personnes, elle peut manifester un retrait social et vouloir s'isoler.

Les réactions immédiates après un viol sont :

⇒ **Les symptômes physiques du stress**

- des évanouissements
- une sensation de froid, des frissons, des tremblements, des sursauts, des palpitations
- la désorientation, la désorganisation mentale, la confusion
- des nausées, des vomissements, des maux d'estomac
- des céphalées, des douleurs dorsales, des douleurs diffuses dans tout le corps
- de la fatigue

⇒ **Les symptômes comportementaux**

- des pleurs, des cris, des rires nerveux, de la logorrhée (besoin de beaucoup parler)
- un état d'alerte permanente, de l'hypervigilance, une impossibilité de se reposer ou de se relaxer, de l'agitation, des troubles du sommeil (insomnie, réveils nocturnes, cauchemars)
- une préoccupation accrue concernant l'hygiène (se laver de façon compulsive), des rituels conjuratoires compulsifs (par exemple, séances interminables de prière)
- le refus d'être touché(e) physiquement

- des évitements de tout ce qui rappelle l'agression (lieux, personnes, discussions, relations sexuelles, etc.)
- de la méfiance et de la suspicion par rapport à autrui et en particulier par rapport aux hommes (tant pour les hommes que pour les femmes victimes)
- des difficultés de concentration
- des troubles de l'appétit
- une consommation ou une augmentation de la consommation de substances psycho-actives (alcool, drogue)
- un retrait émotionnel (isolement, perte d'intérêt pour les autres, pour les activités habituelles et/ou pour la sexualité)
- une dépendance affective (par exemple, ne pas vouloir rester seul(e))
- des bégaiements
- des sautes d'humeur, de la colère et de l'agressivité souvent manifestée à l'égard de l'entourage pour des choses banales
- des actes de revanche
- une accentuation des problèmes comportementaux préexistants

⇒ **Les symptômes psychologiques**

- la peur : peur de ne pas être crû(e), peur de subir une autre agression sexuelle, peur de la réaction de l'entourage, peur des inconnus, peur d'avoir contracté une infection sexuellement transmissible (en particulier le HIV/SIDA), etc.
- des angoisses, des attaques de panique, de la terreur, des réactions d'épouvante (impression de vivre un cauchemar, crises de larmes, cris)
- des sentiments d'impuissance
- des sentiments d'humiliation, de gêne, de honte, de déshonneur, le sentiment d'être sale et souillé(e), un dégoût de soi, une perte de l'estime de soi.
- des idées d'endommagement corporel (impression que le corps a subi un dommage irréversible)
- des sentiments de culpabilité par rapport à son propre comportement (par exemple, de ne pas s'être défendu(e)), sentiment de culpabilité par rapport à autrui (par exemple, dans certaines cultures, d'avoir infligé le déshonneur à la famille).
- des sentiments d'isolement, une impression de ne pas être compris(e)
- de la colère, de l'agressivité vis-à-vis de l'agresseur
- de l'euphorie, un soulagement d'avoir évité la mort
- une absence d'émotions, du mutisme, un repli sur soi (besoin de la victime de se protéger psychologiquement et d'intégrer ce qu'elle vient de vivre)
- le déni de l'agression ou de la gravité de ses conséquences
- des symptômes dépressifs, des idées ou des passages à l'acte suicidaire
- un État de Stress Aigu (symptômes dissociatifs, reviviscence de l'événement traumatique, évitements, symptômes d'activité neurovégétative persistante)
- des décompensations psychotiques (délires)

- une accentuation des problèmes psychologiques préexistants

3.2.2. La phase de réorganisation

La phase de réorganisation dure de quelques mois à plusieurs années et débute lorsque la victime commence à résoudre et à intégrer l'expérience de l'agression.

La durée de cette phase varie d'un individu à l'autre. Elle dépend de différents facteurs liés à l'agression elle-même (contexte, intensité, durée, fréquence, etc.), à l'individu (âge, personnalité, capacité de coping¹, etc.) et au milieu de récupération (soutien ou rejet de l'entourage).

La phase post-immédiate : dans les semaines et les mois qui suivent l'agression

Durant cette phase, on relève les symptômes suivants :

- ⇒ la persistance ou l'exacerbation des symptômes sus-cités
- ⇒ une peur subsistante : peur des représailles, inquiétude et anxiété face aux démarches à accomplir et face à l'impact de l'agression sur la vie, etc.
- ⇒ des pseudo-phobies² : peur des hommes, de la foule, des étrangers, des relations sexuelles, d'être touché(e) physiquement, de rester seul(e)
- ⇒ une diminution du seuil de tolérance de la victime dans des situations perçues comme étant une menace pour sa sécurité et son intégrité physique
- ⇒ des troubles dépressifs³
- ⇒ une fatigue chronique
- ⇒ un ébranlement identitaire : le sentiment d'être « mort(e) à l'intérieur », d'être « cassé(e) », « brisé(e) », de ne plus exister (sentiments liés à la perte d'intégrité), le sentiment d'avoir changé de nature, de ne plus être « la/le même »
- ⇒ la résignation, une absence d'espoir dans l'avenir, un sentiment d'impuissance
- ⇒ le déni de l'agression ou, du moins de ses conséquences, est une réaction courante dans la phase post-immédiate
- ⇒ l'Etat de Stress Post-Traumatique (symptômes dissociatifs, reviviscence de l'événement traumatique, évitements, symptômes d'activité neurovégétative persistante)

La phase à long terme

Les manifestations cliniques du traumatisme peuvent se ressentir à long terme voire durant toute la vie de l'individu.

¹ Les stratégies de coping représentent les efforts cognitifs et comportementaux d'une personne pour gérer (réduire, tolérer, contrôler) les demandes (internes et externes) d'une transaction stressante (Lazarus, 1984).

² On entend par phobie, une anxiété intense et incontrôlée ressentie par une personne lorsqu'elle est en présence d'objets ou de situations qui n'ont pas en eux-mêmes de caractères dangereux. Dans des syndromes psychotraumatiques, les complications phobiques sont davantage des pseudo-phobies dans la mesure où elles ont été acquises par conditionnement à partir d'une situation réelle, ce qui n'est pas le cas dans les phobies « vraies ».

³ Selon le DSM IV, pour parler de troubles dépressifs, la personne doit avoir présenté un certain nombre de symptômes dépressifs pendant une période d'au moins 2 semaines.

- ⇒ une persistance des symptômes sus-cités
- ⇒ de la colère contre le(s) agresseur(s)
- ⇒ une diminution de la capacité de jouir de la vie
- ⇒ de l'hypervigilance par rapport au danger (par exemple, peur face aux nouvelles situations)
- ⇒ des dysfonctions sexuelles (diminution significative du désir et du plaisir, réminiscences traumatiques pendant les rapports sexuels consentis)

Le soutien psychosocial

1. Donner du soutien

Il existe de multiples façons de donner du soutien et du réconfort :

- ⇒ Certains ont besoin de contacts physiques. Les patients peuvent apprécier certains contacts physiques amicaux (mains, bras, épaules). Néanmoins, il s'agit d'être prudent car les personnes sexuellement abusées répugnent souvent à être touchées.
- ⇒ Certains ont besoin de parler de ce qu'ils vivent.
- ⇒ Certains ont besoin d'un conseil.
- ⇒ Certains ont besoin d'**être rassurés** :
 - Il peut être indiqué de rassurer: « Je connais d'autres personnes qui ressentent la même chose que vous. C'est une réaction normale après ce que vous avez vécu. »
 - Ne rassurez jamais lorsque vous n'êtes pas certain de la suite des événements ou du sérieux de la situation car le patient pourrait perdre confiance en vous ou ne pas se sentir compris.

Rappelez-vous que les patients ont connu des expériences de maltraitance et d'abus. Par votre comportement, vous devez **créer un environnement dans lequel la justice et la morale sont des valeurs importantes**. Si vous montrez du respect et de la consistance dans vos relations avec les victimes, vous leur communiquez qu'elles peuvent avoir confiance dans l'être humain. Ceci est essentiel pour qu'elles puissent, dans le futur, développer des relations positives avec autrui.

2. Les règles de base de l'aide aux victimes

- **L'intérêt de la victime.** La prise en charge doit être guidée par l'intérêt de la victime et ses décisions doivent être respectées. Elle doit être informée qu'elle n'est pas obligée de répondre aux questions, qu'elle a le droit d'en poser, qu'elle peut

interrompre l'entretien (médical, psychologique, social, etc.) ou refuser toute intervention proposée par les membres de l'équipe qu'elle juge irrecevable.

- ❑ **La sécurité.** La sécurité physique de la victime doit être assurée. Si ce n'est pas possible sur place, des mesures doivent être prises (hospitalisation, accueil temporaire dans un centre ou une association, etc.).
- ❑ **La confidentialité.** Une confidentialité stricte est essentielle. Déroger à cette règle peut avoir de graves conséquences pour la victime, en particulier si des mesures de protection adéquates ne sont assurées. Cette confidentialité doit être garantie vis-à-vis de la famille (proche et élargie), de la communauté et si la victime le souhaite, des autorités (police).
- ❑ **La stigmatisation.** Il est essentiel d'éviter la stigmatisation. L'équipe doit prendre les précautions nécessaires pour que les personnes qui viennent chercher assistance ne soient pas identifiées comme ayant subi une agression sexuelle.

3. Le premier contact avec une victime de violences sexuelles

3.1. Un préalable : créer la confiance

Certains patients, du fait de la pression émotionnelle interne qu'ils ressentent, se mettent à parler spontanément à tout intervenant qui leur manifeste de l'intérêt.

Cependant, le plus souvent, on ne doit pas s'attendre à ce qu'une victime de violence sexuelle se confie immédiatement à quelqu'un qu'elle ne connaît pas ou qu'elle n'a rencontré qu'épisodiquement.

Etablir une relation avec les victimes de violence n'est pas facile car **elles ont appris à se méfier** :

- ⇒ Elles ont souvent des raisons d'être suspicieuses et d'avoir peur. Elles craignent d'être critiquées, rejetées, stigmatisées, voire punies.
- ⇒ Certaines personnes sont en colère contre les hommes parce qu'ils les ont maltraitées ou n'ont pas pris soin d'elles.
- ⇒ Certaines peuvent se sentir honteuses ou coupables de ce qui leur arrive et donc refuser de parler de leurs difficultés.

Généralement donc, les intervenant ont à construire préalablement une relation de confiance.

3.2. Importance du premier entretien

Le premier entretien est capital. Dans certaines situations, il sera le seul possible.

Il permet :

- ⇒ de reconforter et de rassurer des victimes choquées et traumatisées.
- ⇒ de les informer et de les préparer à la prise en charge médicale en facilitant l'acceptation et le bon déroulement de l'examen clinique.
- ⇒ de les informer de toutes les aides disponibles, de leur procurer toutes les informations utiles et de les préparer aux éventuelles suites sur un plan médical, psychologique, social et juridique.
- ⇒ de déterminer de quelle aide chaque victime a besoin (suivi médical ultérieur, counselling, avis légal, etc.) et le cas échéant, de la référer vers les services adéquats.

Par ailleurs, le premier contact est déterminant pour le suivi ultérieur. De lui dépendra la poursuite de la prise en charge globale (psychologique, sociale, médicale, juridique).

La communication (orientée vers la solution)

1. Introduction

Les préceptes de la communication orientée vers la solution :

- ⇒ Coopération est le mot clé de cette approche.
- ⇒ Chaque personne a une façon unique de communiquer et de coopérer avec nous.
- ⇒ Les personnes ont des ressources et des forces sur lesquelles nous pouvons nous appuyer. Elles sont vues de façon positive même si elles connaissent des difficultés.
- ⇒ Plutôt que de se focaliser sur les causes du problème, on met l'accent sur la recherche de solutions.
- ⇒ On fait en sorte que la personne s'appuie sur ce qu'elle fait déjà de bon et sur ses réussites.

Le dilemme du prisonnier

Les participants forment des paires et choisissent qui se nomme A et qui se nomme B.

Ils reçoivent ensuite les informations suivantes :

« Vous et votre complice avez été fait prisonniers suite à un délit que vous avez commis ensemble. Cependant, les preuves n'étant pas formelles, le juge vous convoque l'un après l'autre. »

Le juge vous propose à tous deux le même marché : « Les charges à votre encontre ne sont pas suffisantes pour vous condamner à plus de 2 ans de prison. Cependant, si vous acceptez de témoigner contre votre complice, vous aurez droit à la liberté, tandis que lui sera condamné à 5 ans de prison ».

Lorsque vous lui demandez : « Et si nous témoignons tous les deux l'un contre l'autre ? », il répond : « Dans ce cas, vous serez tous deux condamnés à 4 ans de prison ».

Si vous niez tous les deux les faits, dans ce cas, vous serez tous deux condamnés à 1 an de prison.

Bien entendu, vous n'avez aucun moyen de savoir ce que l'autre va faire. Votre dilemme est de savoir si, en dehors de toute considération d'amitié ou d'honneur, vous avez intérêt à trahir (témoigner) ou coopérer (nier le délit).

Voici un petit tableau récapitulatif :

	Participant B coopère avec son complice (nie les faits)	Participant B trahit A
Participant A coopère avec son complice (nie les faits)	A et B : 1 an	A : 5 ans, B : libre
Participant A trahit B	A : libre, B : 5 ans	A et B : 4 ans

Les participants réfléchissent, chacun dans leur coin durant 10 minutes.

Points-clé

Que se passe-t-il dans la tête des participants ?

- ⇒ Mettons-nous à la place de A. Celui-ci se dit : « Imaginons que B me trahisse. J'ai alors le choix entre coopérer (ce qui me vaudra 5 ans de prison) ou trahir (ce qui me vaudra 4 ans de prison). Si B coopère, je peux soit coopérer aussi (ce qui me vaudra 1 an de prison), soit le trahir (ce qui m'évitera la prison). J'ai donc, dans tous les cas, intérêt à trahir ».
- ⇒ Evidemment B tient le même raisonnement.

En général, A et B trahissent et finissent par faire 4 ans de prison. Or, s'ils avaient coopéré, ils s'en seraient tirés avec 1 an seulement, pour leur bénéfice commun. Le paradoxe est que **chaque prisonnier a intérêt individuellement à trahir** mais que **collectivement la collaboration** (entre complices, c'est-à-dire nier les faits) **est une bien meilleure option**.

Cependant, on comprend pourquoi **la collaboration** est difficile à maintenir car coopérer **n'est pas toujours à première vue dans l'intérêt individuel** des participants.

- ❑ Cette métaphore doit nous rappeler que lorsque nous accompagnons une personne en difficulté, nous avons intérêt à collaborer (par exemple, accepter de travailler sur ce qu'elle considère comme important pour elle) plutôt que d'imposer nos objectifs (la forcer à changer ce que nous considérons être son problème). Car si nous pouvons avoir raison individuellement (la personne a bien le problème que nous lui attribuons), nous aurions tort collectivement (elle rechignera à travailler avec nous).
- ❑ Cette métaphore nous aide aussi à comprendre pourquoi les patient(e)s ont parfois difficile à collaborer. En effet, bien souvent ils/elles ne peuvent s'apercevoir que leur intérêt individuel passe par la collaboration.

2. La vérité

2.1. Une vérité ? Une réalité ?

Force est de constater qu'il y a **plusieurs réalités**. L'accident de voiture : 10 témoins, 10 versions.

Ce que nous pensons être **la vérité est un système de valeurs et de croyances en évolution constante**, toujours en train de se transformer et idéalement de s'améliorer. **Les vérités ne sont que des possibilités actuelles.**

Lorsque nous sommes face à 5 patient(e)s, nous devons reconnaître qu'il y a 5 vérités « actuelles » présentes.

Pour entretenir une bonne communication, nous devons entrer dans le monde de l'autre et apprendre son langage. C'est l'**accompagnement**.

Il arrive que nous imposions involontairement nos vérités aux autres. Ceci est vrai même lorsque nous voulons aider les gens, que nous les aimons et que nous croyons les accepter dans leur différence.

Dans l'approche centrée sur la solution, **on ne met jamais d'étiquette négative** sur les personnes. Elles sont considérées comme des humains avec des problèmes humains.

2.2. Les effets des « vérités »

- ⇒ Nos présuppositions et nos croyances créent nos attentes vis-à-vis de l'autre.
- ⇒ Nos présuppositions, nos croyances et nos attentes ont un effet sur l'autre.
- ⇒ Quand nous croyons détenir la vérité :
 - Nous jugeons l'autre.
 - Nous avons besoin de convaincre et d'imposer notre point de vue.

2.2.1. L'effet Rosenthal : nos croyances vis-à-vis d'autrui

Revenons sur les effets des vérités :

⇒ Nos présuppositions et nos croyances créent nos attentes vis-à-vis de l'autre.

⇒ Nos présuppositions, nos croyances et nos attentes ont un effet sur l'autre.

Rosenthal et Jacobson (1968) ont montré que **les idées préconçues des enseignants sur les compétences des élèves affectent véritablement les performances de ces derniers**. Lorsque des enseignants étaient amenés à penser que leurs élèves étaient brillants, ces derniers avaient effectivement tendance à obtenir de bons résultats (prophétie auto-réalisante). Ainsi, ce point de vue suggère que **le comportement et les résultats scolaires des élèves sont liés aux croyances de leur enseignant et des autres adultes de leur entourage**.

Comme on le constate, **la façon dont une personne en perçoit une autre détermine sa réaction. En retour, cette réaction a des effets**. En considérant le comportement du patient/de la patiente sous un angle différent (recadrage), on aboutit souvent à une réaction différente qui conduira à un changement dans le comportement de la personne que nous voulons aider.

2.2.2. L'effet placebo : nos croyances sur nous-même

L'effet placebo illustre l'importance de nos croyances et l'influence des pensées sur le corps.

Deux groupes de personnes souffrant de douleur ont été sélectionnés. Aux patients du premier groupe, on a donné de la morphine (antidouleur puissant) en déclarant leur administrer un antidouleur léger. Au deuxième groupe, on a fourni un placebo (pilule de sucre) en leur prétendant qu'il s'agissait de la morphine.

→ Une pilule de sucre étiquetée comme un antidouleur puissant est plus efficace que la morphine étiquetée comme un antidouleur léger.

Les croyances des patients affectent véritablement l'effet du produit.

2.2.3. L'effet placebo : croyance et langage non verbal

Lorsque les médecins, persuadés de donner de la morphine, administraient le placebo (en disant au patient qu'ils leur donnaient de la morphine), l'effet antidouleur augmentait significativement. Inversement, lorsqu'ils donnaient la morphine en croyant donner un placebo (en disant au patient qu'ils leur donnaient de la morphine), l'effet antidouleur diminuait.

Les croyances des médecins affectent véritablement l'effet produit par le médicament

Les patients sont donc très sensibles aux croyances des médecins.

Ceci nous montre qu'il y a toujours **2 niveaux de communication** : le niveau verbal et le niveau non verbal. En effet, les médecins ont transmis leur conviction à leurs patients de façon non verbale.

Selon certains théoriciens, seulement 7% du message est verbal, 93% relèvent du non verbal. Le langage non verbal parle très fort !

2.3. Le jugement

Rappel : Quand nous croyons détenir la vérité :

⇒ Nous jugeons l'autre.

⇒ Nous avons besoin de convaincre et d'imposer notre point de vue.

Levez la main et pointez du doigt une personne. Observez ce qui se passe. En retour, 3 doigts se pointent contre vous !

Les jugements négatifs au sujet d'une personne constituent une forme de résistance qui entraîne la persistance des problèmes et des difficultés.

Si vous blâmez, si vous culpabilisez l'autre personne, vous la dévalorisez, vous la privez de ses ressources et vous entrez en conflit.

2.4. L'accompagnant, outil de communication

En tant qu'accompagnant, votre outil de communication, c'est vous-même, c'est votre système de croyances, votre attitude (langage non verbal), ce sont vos présuppositions et vos attentes.

Porter assistance signifie aider des personnes qui ne partagent pas les mêmes valeurs que vous. Les valeurs des patient(e)s doivent être respectées ainsi que les choix qu'ils/elles font et les décisions qu'ils/elles prennent.

L'écoute et la communication sont des compétences qui s'apprennent.

3. Une communication efficace

□ **Ce qui est encourageant**

- Regarder la personne de façon adéquate (quantité de regards, regard bienveillant)
- L'encourager par des hochements de tête, des sourires, des mimiques
- Emettre de petits bruits d'encouragement (« Hmm... hmm ») et relancer le récit par des petits mots (« Et après ? », « Et alors ? », etc.)
- Être sympathique, patient, tolérant
- Montrer de l'intérêt, écouter attentivement
- Poser des questions pour éclaircir un sujet, demander des détails
- Donner de bons conseils (concrets et spécifiques)
- Ne pas interrompre
- Ne pas juger ou critiquer
- Susciter l'évidence qu'on peut avoir confiance en vous
- Tenir une distance physique adéquate

□ **Ce qui est décourageant**

- Dévisager avec un regard « dur », insistant, investigateur
- Etre antipathique
- Etre agressif
- Ecouter distraitement ou ne pas poser de questions
- Interrompre
- Critiquer et juger
- Se montrer embarrassé ou inconfortable quand des émotions sont exprimées (verbalement ou non verbalement)
- Parler au lieu d'écouter
- Contredire
- Argumenter, tenter de convaincre
- Parler de soi, de son expérience, se citer en exemple
- S'occuper d'autres choses pendant que l'on écoute
- Suivre le regard ou les gestes de l'interlocuteur plutôt que d'être attentif à ses propos
- Plaisanter ou rire de façon inopportune
- Garder trop ou trop peu de distance
- Oublier ce que la personne a dit précédemment
- Etre trop « stimulé » par ce que dit la personne (être trop enthousiaste ou trop affecté)

4. Différentes façons de communiquer

□ **Les différences culturelles**

- Dans chaque culture, il existe des façons spécifiques d'exprimer ses sentiments, de faire face à la souffrance et aux deuils, de parler de soi, de donner des conseils, d'apporter du réconfort, d'aborder la sexualité, etc.
- Il existe également de grandes variations entre cultures dans la communication non verbale (sourire, silence, hochement de tête, etc.).

- **Les différences au sein d'une culture.** Au sein d'une même société, les manières de communiquer sont différentes en fonction de la classe sociale, du milieu (rural ou urbain), de l'âge, du degré d'intimité entre les interlocuteurs.

5. Qu'est-ce que la communication ?

La communication est un processus par lequel un message passe d'une personne à une autre.

La communication est un double processus qui inclut le fait :

- ⇒ De **comprendre** les pensées et les sentiments que les autres expriment.
- ⇒ De **répondre** de façon « aidante ».

Ceci signifie que pour communiquer, nous avons besoin :

- ⇒ De compétences pour écouter, observer et comprendre les messages d'autrui.
- ⇒ De compétences pour transmettre nos propres idées et sentiments de sorte que cela puisse aider l'autre.

Ces compétences font partie intégrante de la vie sociale quotidienne mais lorsque nous devons faire face à des personnes inquiètes, fâchées, tristes, honteuses ou qui ont besoin de notre assistance, nous devons réfléchir à la meilleure manière de leur répondre.

6. Les valeurs de la communication

Les points-clés de la communication sont :

- ⇒ Le support moral
- ⇒ Le fait d'avoir quelqu'un à qui se confier
- ⇒ Le réconfort et le soulagement. La charge émotionnelle est moins lourde lorsque l'on peut partager ses difficultés et son chagrin avec un quelqu'un.
- ⇒ L'opportunité de dépasser l'expérience difficile :
 - Parler permet de prendre de la distance par rapport à ses émotions.
 - Echanger avec quelqu'un permet de recevoir un point de vue différent sur ce qu'on vit.
 - Echanger avec quelqu'un permet de constater qu'on n'est pas seul à vivre ces problèmes.
 - Parler permet d'apprendre comment résoudre les problèmes de la vie quotidienne.
 - Parler permet de concevoir graduellement une approche orientée vers le futur.

7. Comment bien écouter ?

Il est important d'écouter son interlocuteur à deux niveaux : au niveau verbal et non verbal

Il est important d'observer s'il y a cohérence entre les messages verbaux et non verbaux.

Il est important d'être conscient que vous vous **exprimez vous-même à ces deux niveaux**.

8. La communication non verbale

Une grande part de la communication est non verbale. Cette communication non verbale emprunte différentes voies.

8.1. L'arrangement des places

8.1.1. L'occupation de l'espace

Deux personnes communiquent par **la façon dont chacune occupe l'espace** : la distance à laquelle elles s'assoient l'un de l'autre (distance publique : 3 mètres et plus, sociale : 2 mètres, personnelle : 1 mètre, intime : moins d'un mètre), la position respective des corps (face-à-face, côte à côte, en oblique, le dos tourné, etc.), etc.

8.1.2. La position

Tout en tenant compte de la culture, de la personnalité de chacun et de la situation, il convient d'aider la personne à se sentir à l'aise.

Intervenant et patient(e) communiquent aussi par **la façon dont chacun s'assoit** : fermeture (bras et jambes croisés), ouverture, se pencher légèrement vers l'interlocuteur ou rejeter le corps vers l'arrière, etc.

Il est généralement conseillé que l'intervenant et le patient/la patiente soient assis (même niveau), légèrement en biais (éviter le face-à-face, position généralement associée à la confrontation).

La synchronisation du langage non verbal de l'accompagnant (esquisser les mêmes gestes et mimiques que la patiente) avec celui de son interlocuteur/interlocutrice donne à celui/celle-ci le sentiment d'être écouté(e).

Remarque : Il est important de laisser aux personnes timides ou venant de vivre une expérience traumatisante le temps de se sentir en confiance et ne pas s'asseoir trop près.

8.2. Le ton de la voix

Il est important d'être conscient que le ton de la voix peut donner à la personne le sentiment que l'intervenant est indifférent, réprobateur, fâché ou qu'il est inquiet, préoccupé par son sort, etc.

8.3. L'expression faciale

- La personne s'arrêtera rapidement de parler si vous :
 - ⇒ vous laissez distraire par ce qui se passe autour de vous.

- ⇒ si vous manifestez votre ennui.
- ⇒ si votre expression est inappropriée (par exemple, si vous souriez quand elle aborde un sujet triste, douloureux, angoissant, etc.).
- Des **encouragements sonores ou verbaux** (« Hmm... humm », « Et après ? », « Et alors ? »), des hochements de tête et des mimiques (selon le contexte) manifesteront votre intérêt.
- Votre expression s'accordera aux émotions exprimées par la personne.

8.4. Rires et plaisanteries

- Les plaisanteries, les sourires et les rires peuvent en certaines circonstances détendre la personne et l'**aider à se sentir à l'aise** et à se sentir en confiance avec l'intervenant.
- Cependant, **certaines personnes rient ou sourient lorsqu'elles sont embarrassées** ou qu'elles ne savent quoi dire. Il est alors important de déterminer ce qui vous met mal à l'aise et/ou ce qui embarrasse votre interlocuteur.

8.5. Le contact visuel

8.5.1. Le regard

- Les sociétés diffèrent dans la façon d'être en contact visuel quand deux personnes parlent ensemble.
- Si vous regardez constamment la personne, elle peut se sentir inconfortable, être intimidée. Si vous ne la regardez pas, vous ne pourrez pas capter ses sentiments (mal à l'aise, fâchée, inquiète, besoin d'être réconfortée, etc.).
 - **Un certain degré de contact visuel est nécessaire** (établir un contact visuel et garder un contact visuel adéquat).
- Remarque : Il est important de laisser aux personnes timides ou venant de vivre une expérience traumatisante le temps de se sentir en confiance et éviter de les regarder avec insistance.

8.5.2. Que faut-il écouter avec les yeux ?

Il est important d'être attentif au comportement non verbal de la personne :

- Sa **gestualité** : comportements autocentrés (se gratter constamment, tortiller un bout de tissu, tripoter un objet), relationnels (se pencher, toucher le bras de l'intervenant, etc.), mimiques, postures, gestes soulignant la pensée ou se substituant aux mots, etc.
- Son **regard** : direction, mobilité, intensité, expressivité, larmes, etc.
- Son **tonus** : nonchalance, vitalité, nervosité, etc.

- ❑ La **forme de son message** : débit de parole, intensité sonore, les pauses, l'intonation, etc.

8.6. Les silences

- ❑ Certains **silences** sont **normaux** dans une conversation.
 - ⇒ Laissez à la personne le temps d'aboutir sa réflexion intérieure.
 - ⇒ Laissez-lui le temps de parler.
 - ⇒ Gardez le silence un moment pour l'aider à exprimer des pensées ou des sentiments plus profonds.
- ❑ Les silences peuvent également indiquer que la personne **est troublée** par le thème abordé.
 - ⇒ Gardez le silence un moment puis aidez-la à s'exprimer en lui posant des questions.
 - ⇒ Au besoin, demandez-lui si elle préfère réaborder ce thème ultérieurement.

9. La communication verbale

- ❑ La communication verbale inclut 3 processus : écouter, parler et comprendre/être compris.
- ❑ Être écoutée attentivement donne à la personne le sentiment qu'elle a de la valeur. L'expérience suggère qu'écouter est plus important que parler pour stimuler la collaboration et construire une relation de confiance.
- ❑ Une bonne communication entre deux personnes exige un **langage commun**. Les accompagnants et les patient(e)s peuvent éprouver des difficultés à se comprendre pleinement. Lorsque les patient(e)s sont issu(e)s d'un milieu socioculturel défavorisé, les intervenants doivent veiller à utiliser des mots simples qui peuvent être compris par ceux/celles-ci.
- ❑ Il est important de ne jamais pousser la personne à en dire plus qu'elle ne désire. Rappelez-vous : **parler aide la personne uniquement lorsqu'elle est disposée à se confier**.
- ❑ Lorsqu'il y a disparité entre la communication verbale et non verbale, il est important de s'interroger sur ce que vit la personne.

9.1. Savoir poser des questions

Le meilleur intervenant n'est pas celui qui a les meilleures réponses, c'est la personne qui pose les meilleures questions !

- Chaque question que nous nous posons ou que nous posons aux autres oriente notre attention ou celle des autres.
 - ⇒ Les questions que l'accompagnant décidera de poser, comment, quand et à qui exerceront donc une influence fondamentale.
 - ⇒ A des moments précis, dans un contexte déterminé, ne pas poser de question exerce également une forte influence
 - On se centre sur certains aspects de la vie de la personne et on en ignore d'autres
- Rappelez-vous que poser de nombreuses questions peut éveiller la **suspicion** et la méfiance de certaines personnes.
- Poser des questions de façon adéquate **aide la personne à se relaxer et à communiquer** librement.
- On commence généralement par poser des questions d'ordre général avant d'aborder des sujets spécifiques et/ou douloureux.
- Posez des questions ! Ne présumez jamais de ce que la personne ressent par rapport aux événements.

9.1.1. Les questions fermées

- Il s'agit de questions qui requièrent des **réponses courtes**.
 - ⇒ « Quel âge avez-vous ? »
 - ⇒ « D'où venez-vous ? »
 - ⇒ « Où avez-vous mal ? »
- Il est parfois important de poser ce type de questions, notamment en début de conversation. Cependant, il faut rester conscient qu'elles n'encouragent pas la personne à s'exprimer.

9.1.2. Les questions « dirigées »

- Ces questions suggèrent la réponse.
 - ⇒ « Tout va bien ? »
 - ⇒ « Vous êtes d'accord ? »
- Beaucoup de patients éprouvent des difficultés à répondre « Non » car ils ont le sentiment que l'intervenant n'est pas disposé à accepter leurs sentiments négatifs ou leurs difficultés. De plus, dans la majorité des cultures, les patients craignent que répondre « Non » soit considéré comme une opposition à l'intervenant.

9.1.3. Les questions ouvertes

- Elles **encouragent les personnes à exprimer** leurs idées et à parler de leurs sentiments. Elles ne suggèrent pas qu'il y a de bonnes ou de mauvaises réponses.
 - ⇒ « Qu'est-ce qui s'est passé ? »
 - ⇒ « Parlez-moi de votre famille, de votre situation »

- ⇒ « Qu'est-ce qui est difficile pour vous en ce moment ? »
- Les commentaires émis par l'intervenant par rapport aux réponses de la personne montrent qu'il écoute attentivement. Ces commentaires encouragent la personne à poursuivre.
 - ⇒ « Cela a du être effrayant »
 - ⇒ « Ce qui vous est arrivé est vraiment triste »
- La personne cessera de parler si vous changez de sujet.
- Il est important de ne poser qu'une question à la fois sans quoi la personne risque d'être confuse.

9.2. S'assurer que l'on est compris

- Utilisez un langage simple.
- Lorsque vous abordez des sujets émotionnels avec la personne (le viol, le rejet par son conjoint, ses douleurs, etc.), elle risque de ne pas vous comprendre parce qu'elle est agitée par de forts sentiments. Si vous voulez vous assurer qu'elle vous a compris, ce n'est pas suffisant de demander « Avez-vous compris ce que j'ai dit ? » (question « dirigée »).

Demandez plutôt à la personne :

- ⇒ de répéter ce que vous avez dit. « Voyons si je me suis exprimé clairement. Pouvez-vous me répéter ce que j'ai dit ? Si je n'ai pas été clair, je recommencerai ».
- ⇒ si elle a des questions.
- ⇒ si elle a besoin d'explications supplémentaires pour que ce soit plus clair.

9.3. S'assurer que l'on a compris

- Comprendre ce qui est dit :
 - ⇒ Reformulez, récapitulez, paraphrasez (redites en d'autres mots) ce que la personne a dit.
 - ⇒ Demandez des éclaircissements quand vous ne comprenez pas.
- Ayez l'air embrouillé par **des incohérences ou des lacunes**. Les personnes sont généralement disposées à vous venir en aide.
 - ⇒ « J'ai l'esprit un peu embrouillé, pouvez-vous m'expliquer... »
 - ⇒ « Je ne comprends pas tout à fait... »
- Ecouter les émotions :

⇒ Soyez attentif aux émotions (langage verbal et non verbal) et reflétez les émotions perçues.

⇒ Aidez la personne à les exprimer.

9.4. Les obstacles à la communication

❑ **Donner des ordres** (diriger, commander)

- « Vous devez... », « Vous ferez... », « Arrêtez de... », « Il faut que vous... »

⇒ Les injonctions suivantes dictent non seulement des conduites et des comportements mais aussi des ressentis, des sentiments, des savoir-faire et des savoir-être.

- « Vous ne devez pas être triste », « Vous devez pardonner », « Vous devez oublier »

❑ **Faire des menaces** (avertissement, punition)

- « Vous feriez mieux de faire ... sinon... », « Faites attention à..., vous allez avoir des ennuis si vous continuez comme ça »

❑ **Sermonner** (faire la morale, obliger)

- « Vous feriez mieux de... », « Vous devriez... »,

❑ **Persuader** (raisonner, argumenter)

- « Vous avez tort parce que... », « Ce n'est pas vrai »

❑ **Conseiller** (recommander, offrir des solutions)

- « Moi, à votre place, je ferais... », « Vous devriez... »

❑ **Critiquer** (insulter, blâmer, porter un jugement négatif)

- « Vous auriez du ... », « Vous êtes sûr que vous n'auriez pas pu vous enfuir? », « Vous êtes... », « Vous êtes trop », « Vous n'avez pas assez », « Vous n'avez pas de volonté », « Vous êtes naïve de penser que... »

❑ **Dévaloriser** (disqualifier, comparer)

- « Prenez exemple sur..., elle au moins elle... », « Vous ne croyez pas sérieusement que vous êtes capable de réussir ça », « Si vous croyez que c'est en vous y prenant comme ça que vous allez y arriver, vous vous trompez »

❑ **Culpabiliser** (rendre responsable)

- « Votre famille s'inquiète à cause de vous », « Comment votre famille va-t-elle s'en sortir sans vous? »

- ❑ **Prêter des intentions** (prêter une intention négative, imaginer à la place de l'autre ce qu'il va faire ou ressentir)
 - « Vous allez vous sentir Quand », « Vous allez vous mettre en colère quand je vais vous dire de quoi il s'agit »
- ❑ **Taquiner** (agacer, ridiculiser)
 - « Vous vous êtes levée du mauvais pied ce matin ? »
- ❑ **Diagnostiquer** (interpréter, deviner)
 - « Votre problème, c'est... », « Vous essayez d'attirer l'attention »
- ❑ **Investiguer** (interroger, arracher des confidences)
 - « Pourquoi avez-vous fait cela ? A moi vous pouvez le dire »
- ❑ **Refuser de discuter**
 - « Je préfère ne pas discuter avec vous », « De toute façon, vous n'écoutez jamais mes conseils »

9.5. Prendre le temps

Le jeu des citrons

L'animateur place dans un panier autant de citrons (ou autres fruits disponibles) qu'il n'y a de participants.

Les participants sont invités à prendre un citron. Ils l'observent brièvement et le remettent dans le panier.

On demande aux participants de retrouver « leur » citron dans le panier et de le regarder un peu plus longtemps que la première fois. Ils le replacent ensuite dans le panier.

Les participants doivent à nouveau reprendre « leur » citron dans le panier.

La plupart des participants devraient être maintenant capables de retrouver leur citron.

Points-clé

La première observation est superficielle. A la deuxième sélection, le citron devient plus « familier » ; les participants sont plus confortables et développent un sentiment de « propriété ».

Dans la vie réelle, la distance entre vous et les patient(e)s dépend du nombre de contacts que vous avez avec eux/elles. La familiarisation mène au développement mutuel de l'intérêt et de la reconnaissance (identification).

Lorsque vous rencontrez les patient(e)s, utilisez vos capacités d'observation pour connaître leurs besoins, leurs problèmes, leurs émotions, etc.

9.6. Communiquer sa confiance

Points-clé

- ⇒ Pendant que vous écoutez le récit de la personne, prenez soin de repérer et de souligner (verbalement et non verbalement : hochements de tête, mouvements des mains, etc.), toute référence que la patiente fait à ses ressources, ses forces, ses réussites, aux exceptions à son problème.
- ⇒ Communiquez à la patiente que vous avez confiance en un futur intéressant pour elle en lui posant des questions à ce sujet. Si vous ne mentionnez pas le futur, cela peut vouloir dire qu'il n'est pas assez intéressant pour qu'on le mentionne.
- ⇒ Communiquez votre confiance dans le fait que la patiente a la volonté ou la capacité de tirer parti de la consultation d'aujourd'hui en vous comportant comme si elle était un hôte de valeur avec laquelle vous vous réjouissez de passer du temps.
- ⇒ Laisser entendre que quelque chose de positif va résulter de l'entretien d'aujourd'hui et communiquez ceci à la patiente non verbalement à travers l'expression de votre visage.
- ⇒ Communiquez votre confiance en la capacité que possède la patiente de donner sens aux événements de sa vie en évitant d'interpréter vous-même et en vous intéressant à ses propres interprétations. Par exemple :
 - « Comment expliquez-vous cela ? »
 - « D'après vous, qu'est-ce que (quelqu'un qui soutient la patiente) penserait de cela ? Et êtes-vous d'accord ? »
 - « Quelle est, à votre avis, la manière la plus productive (aidante, utile) d'envisager cela ? »
- Si vous travaillez avec une patiente hostile, récalcitrante ou cynique, essayez de faire la présupposition que ce que vous considérez comme de la paresse ou de la résistance est en fait du désespoir ou la peur de l'échec et remarquez comment ceci influe sur votre perception de l'interlocutrice.

10. Accueillir une personne victime de violences sexuelles

- ⇒ Accueillir la personne victime de violence dans un endroit garantissant la confidentialité (dans un centre médical ou de santé mentale, au domicile de la victime, ou ailleurs).

- ⇒ Toute distraction ou interruption doit être évitée. On veillera à ne pas être dérangé par des coups de téléphone ou par l'irruption d'un collègue.
- ⇒ Idéalement, l'intervenant et la victime seront les seules personnes en présence à moins que cette dernière ne souhaite être accompagnée d'un proche.
- ⇒ D'abord, se présenter. La personne sexuellement agressée a été « l'objet » d'une ou de plusieurs personnes mal intentionnées. L'équipe accueillant une victime, quoique bien intentionnée, s'adresse souvent à elle en lui donnant des consignes, en la plaçant ici ou là. La victime se retrouve encore l'objet des intervenants.
- ⇒ Ne pas partir du principe que l'on sait ce que la personne ressent, que l'on connaît son problème. Ecouter d'abord ce qu'elle a à dire (langage verbal et non verbal de la victime).
- ⇒ S'asseoir face à la personne et la regarder. Lui accorder toute son attention et lui faire comprendre qu'on l'écoute et ce, par le regard, le geste et la parole (langage verbal et non verbal de l'aidant). Elle doit sentir qu'on lui manifeste de l'intérêt et qu'on souhaite vraiment l'aider.
- ⇒ Essayer de saisir le sens des mots et des phrases pour comprendre ce qu'elle veut dire et la façon dont elle pense.
- ⇒ Etre attentif au son de sa voix, à ses expressions, à ses mouvements.
- ⇒ Etre attentif aux silences et essayer de comprendre ce que la personne ne dit pas ou ne peut pas dire.
- ⇒ L'aider à s'exprimer par des paroles rassurantes : « Racontez-moi ce qui est arrivé » (inciter à parler), « Cela a dû être terrifiant » (attester que l'on comprend).
- ⇒ Souvent les personnes commencent par évoquer les faits ou des plaintes physiques. Les encourager à parler de ce qu'elles pensent mais surtout de ce qu'elles ressentent, de leurs sentiments et de leurs émotions. En aidant à exprimer le vécu émotionnel, on les aide à libérer l'angoisse liée à l'expérience, à reprendre graduellement le contrôle de leurs sentiments (d'impuissance, de peur, de honte, de culpabilité, de douleur, de colère et de désespoir) et à retrouver une certaine stabilité. Ne pas réprimer les manifestations émotionnelles : elles soulagent à condition qu'on puisse ensuite calmer et rassurer par des paroles ou des gestes de sympathie.
- ⇒ Poser des questions pour comprendre le problème tout en continuant à suivre le fil de la pensée de la personne. Les poser lentement, calmement, sans insister sur le mode de la conversation. Ne pas donner l'impression d'un interrogatoire. Penser à ce que la personne pourra éprouver en répondant. La laisser parler à son rythme. Poser des questions ouvertes qui relancent le dialogue.
- ⇒ Donnez à la personne l'assurance que ce qu'elle fait, ressent et pense se situe dans la gamme du comportement humain normal étant donné sa situation difficile.
- ⇒ On peut faire un pas de plus en lui disant que c'est vraiment surprenant que les choses n'aillent pas plus mal étant donné les grandes difficultés de sa situation.

11. Soutenir psychologiquement une victime de violence

11.1 Comment construire une relation de confiance avec une victime de violence?

- ⇒ Ayez une attitude positive, chaleureuse et ouverte.
- ⇒ Créez une atmosphère sécurisante.
- ⇒ Soyez patient, la confiance exige du temps pour s'établir.
- ⇒ Commencez par poser des questions neutres (nom, âge, santé, intérêts, etc. en fonction du contexte). De la sorte, vous manifestez à la personne que les petites choses quotidiennes de sa vie vous importent.
- ⇒ Montrez-vous intéressé par ses intérêts, ses espoirs et ses difficultés.
- ⇒ Prenez le temps de discuter avec elle. Les personnes traumatisées ont besoin de temps pour commencer à se confier. Pour celles en grande détresse, il sera préférable d'avoir des contacts réguliers mais de brève durée.
- ⇒ Chaque fois que c'est possible, soyez d'accord avec la personne. Le point décisif est souvent qu'il sente sa position acceptée et ses sentiments reconnus comme légitimes.
- ⇒ Respectez sa façon de faire et ses croyances. Comportez-vous comme si vous acceptiez sa façon de faire, de voir et d'expliquer les choses même si ça ne vous semble ni logique ni réaliste : cela l'est pour elle ! Souvent, ce point de vue lui a été un atout précieux quoique cette façon de faire puisse parfois l'avoir mise en difficulté.
- ⇒ Ne la contredisez pas directement. Evitez d'entrer dans des débats ou des disputes (→ attitude défensive). Vous n'avez aucune chance de la faire changer d'idée par le raisonnement. Si cette démarche était la bonne, elle aurait déjà réussi!
- ⇒ Evitez de donner des conseils, de fournir des solutions, de moraliser, d'interpréter, etc.
- ⇒ Prenez une position « basse » :
 - non pouvoir
 - non compréhension
 - non savoir
- ⇒ Montrez que vous avez confiance dans les capacités de la personne à trouver ses propres solutions.
- ⇒ Mettez-vous à sa place et imaginez ce que vous voudriez qu'on fasse pour vous. Représentez-vous ce qui est important pour la personne qui se trouve face à vous.
- ⇒ Montrez que vous êtes disposé à faire ce qui lui serait utile (« Je suis ici pour vous aider autant que possible »).
- ⇒ Utilisez des mots simples et neutres. Evitez le mot « problèmes » et préférez les mots tels que « soucis », « difficultés », « solutions ».

- ⇒ Recherchez les mots-clés ou la façon particulière dont la personne utilise certains mots, reprenez-les et répétez-les lorsque vous parlez avec elle.
- ⇒ Recherchez les succès passés, même petits, ordinaires, insignifiants. Demandez-lui comment elle y est arrivée. Cette question à elle seule devient un compliment indirect.
- ⇒ Recherchez n'importe quels petits succès actuels. Demandez-lui comment elle y arrive et ce qu'il faudrait qu'elle fasse pour les répéter et les étendre à d'autres domaines. C'est une indication de votre confiance dans sa capacité à résoudre les problèmes.
- ⇒ Chaque fois qu'il est possible de le faire, dirigez la conversation vers une action future.
- ⇒ Employez des mots centrés sur l'action : « Qu'avez-vous besoin de faire pour ... ? ».
- ⇒ Si pour réponse vous obtenez de fréquents « Je ne sais pas », posez des questions en vous plaçant du point de vue des autres : « Que dirait votre copain, votre mère, etc. sur ce que vous avez besoin de faire pour ... ? ».

11.2. Renforcer les ressources d'une personne victime de violences sexuelles

Ce chapitre est notamment inspiré du document « Raviver l'espoir et la joie de vivre après un traumatisme » du séminaire « Les journées d'Accords » d'Yvonne Dolan (2003).

- Tout d'abord, demandez toujours à la personne ce dont elle a besoin. Écoutez-la très attentivement et exprimez-lui de l'empathie. En fonction de ce qu'elle répond, proposez-lui une ou plusieurs des questions suivantes dès que vous pouvez le faire de façon respectueuse.
 - ⇒ « Jusqu'à aujourd'hui, comment avez-vous fait/comment faites-vous pour réussir à traverser quelque chose d'aussi difficile et arriver jusqu'au degré où vous êtes arrivé(e) maintenant ? »
 - ⇒ « Qu'avez-vous besoin de faire dans les prochaines vingt-quatre heures pour vous prouver à vous-même que vous êtes en train de progresser autant que possible étant donné les circonstances ? »
 - ⇒ « Y a-t-il des choses (que vous avez faites et) qui vous ont aidé au moins un petit peu ? Si oui, quelles sont celles qui vous semblent les plus importantes de continuer à faire ? » (L'intervenant écrit ces informations et en donnera une copie à la personne pour qu'elle puisse les garder)
 - ⇒ « Qu'avez-vous besoin de faire dans les prochaines 24 heures (ou dans un intervalle plus long) pour vous prouver que vous êtes en train de progresser autant que possible étant donné les circonstances ? »
 - ⇒ « Comment vous ou les autres vont-ils repérer que vous êtes en train de guérir/d'aller mieux ? »
 - ⇒ « Quels sont les signes qui se sont déjà produits et quels sont ceux qui vont se produire ensuite ? »

- ⇒ « Comment avez-vous fait pour ... ? »
- ⇒ « Comment faites-vous pour ... ? »
- ⇒ « Quand vous ferez ... »
- ⇒ « Y a-t-il autre chose que je doive vous demander ou que vous désirez me dire ? »

□ Exemples de ressources

- ⇒ Je suis capable de penser/parler du traumatisme quand c'est approprié
- ⇒ Je suis capable de penser/parler d'autres choses que du traumatisme
- ⇒ Je dors normalement et je ne tombe pas de sommeil dans la journée
- ⇒ J'appartiens à une famille qui me soutient
- ⇒ Je tiens mes positions, je suis raisonnablement assertive/assertif (confiante en moi)
- ⇒ Je prends soin de mon apparence physique : poids, cheveux, ongles, etc.
- ⇒ Je travaille, j'arrive à l'heure et je suis normalement productive/productif
- ⇒ Je suis satisfait(e) de mon travail/de mes activités
- ⇒ Je suis engagé(e) dans des activités sociales hors de la maison
- ⇒ Je mange normalement
- ⇒ Je prends soin des enfants, de mon mari/de mon épouse, de ceux que j'aime, d'animaux (des autres)
- ⇒ Je m'adapte à des situations nouvelles
- ⇒ Je prends l'initiative de contacts avec des amis ou ceux que j'aime
- ⇒ J'ai le sens de l'humour
- ⇒ J'ai de l'intérêt pour des objectifs à venir
- ⇒ J'ai des activités pour le plaisir
- ⇒ Je fais régulièrement de l'exercice
- ⇒ Je prends des mesures de sécurité raisonnables dans la maison et en dehors
- ⇒ Je choisis des relations qui me soutiennent plutôt que l'inverse
- ⇒ Je sais me détendre sans drogues ou alcool
- ⇒ Je tolère assez bien les critiques constructives
- ⇒ J'accepte bien les compliments et je remercie les personnes qui m'en font
- ⇒ J'apprécie une relation sexuelle saine
- ⇒ Je sais donner et recevoir de l'intimité
- ⇒ J'ai des amis de longue date
- ⇒ Je suis satisfait(e) des relations avec mon partenaire ou époux (se)

- ⇒ Mon partenaire ou époux dirait que notre relation est saine et satisfaisante
- ⇒ Mes rêves sont en général tolérables et non pas préoccupants
- ⇒ Mon attention est assez bonne et j'arrive bien à me concentrer
- ⇒ Je fais l'expérience de toutes sortes d'émotions, agréables et désagréables
- ⇒ Les gens diraient que je suis calme plutôt qu'agitée

12. Les difficultés de communication avec les personnes victimes de violences

12.1. La personne ne parle pas

- Différentes raisons sont possibles :
 - ⇒ Vous n'encouragez pas la communication.
 - ⇒ Elle a des problèmes de langage (incapacité à comprendre votre langage, incapacité à traduire en mots un vécu, etc.), etc.
 - ⇒ Elle vit des émotions intenses.
 - ⇒ Elle n'a pas confiance.
 - ⇒ Elle est honteuse.
- Ce que vous pouvez faire :
 - ⇒ Soyez attentif à ce qu'elle exprime par son comportement non verbal.
 - ⇒ Ayez un contact physique avec elle (main sur l'épaule, par exemple), ayez une attention particulière.
 - ⇒ Parler d'autre chose pour l'aider à se relaxer et à se sentir en sécurité.
 - ⇒ Ne lui mettez pas la pression, réagissez positivement à ses efforts.
 - ⇒ Parlez-lui même si elle ne répond pas.

12.2. La personne ne dit pas la vérité ou ne répond pas à vos questions

- ⇒ Il est important de connaître quelles sont les raisons à l'origine du mensonge et/ou le pourquoi du refus de répondre. Rappelez-vous que ne pas dire la vérité (en mentant ou en ne répondant pas) a **une utilité**. Ne la jugez pas. Comprenez pourquoi elle a besoin de vous mentir. Acceptez qu'il s'agit pour elle d'une façon d'exprimer certains sentiments. Elle a donc de bonnes raisons de le faire !
- ⇒ Elle désire que les choses soient autres (pensée magique)

- ⇒ Elle évite un sujet douloureux.
- ⇒ Elle a peur des représailles, d'être critiquée, condamnée, etc.
- ⇒ Elle veut faire plaisir
- ⇒ Elle n'a pas confiance

12.3. L'intervenant ne sait pas quoi dire

- ⇒ Il est **éprouvant d'écouter les souffrances** et les difficultés que vivent les patient(e)s surtout lorsque l'on doute de la meilleure façon de répondre ou lorsque l'on craint de rendre la situation plus difficile ou douloureuse.
- ⇒ **Il peut être tentant d'éviter la souffrance** de la personne en lui disant « Ne pleurez pas », « Vous ne devez plus penser à ça ». Cela est à éviter impérativement car elle risque de ne plus jamais oser aborder ses problèmes.
- ⇒ On se sent inutile et impuissant lorsqu'une personne se présente avec un problème difficile et qu'on a le sentiment de ne pouvoir l'aider. Dans ce cas, **la tentation est grande de donner un conseil**. En corollaire, l'accompagnant risque d'être fâché ou déçu si ce conseil n'est pas suivi.
- ⇒ Rappelez-vous que vous pouvez aider quelqu'un rien qu'en l'écoutant.
- ⇒ Encouragez la personne à s'exprimer petit à petit sur ce qui lui pèse. Prenez le temps nécessaire. Étape par étape, posez des questions qui l'orientent vers les solutions ou vers le futur.

12.4. L'intervenant fait face à des souvenirs douloureux

L'intervenant a pu vivre des événements similaires à ceux vécus et exprimés par la personne. Ceci peut ressusciter des souvenirs douloureux. Il peut être embarrassé, éprouver l'envie de pleurer ou craindre de perdre le contrôle.

Dans cette situation :

- ⇒ L'intervenant doit se concentrer sur la personne et non sur lui.
- ⇒ L'intervenant peut marquer une pause. Il peut alors dire « Ces choses me rendent triste aussi »

12.5. Indications sur le comportement à adopter avec les personnes en situation de détresse psychique aiguë

12.5.1. Réconfort et soutien

- ⇒ Amorcer le contact de manière calme et courtoise, faire preuve de gestes rassurants (se pencher vers la patiente, contact physique si cela est adéquat, tendre un mouchoir, offrir une boisson, etc.)
- ⇒ Eviter les gestes brusques. Parler doucement sans manifester d'impatience. Eviter de surprendre la personne surtout si elle est anxieuse.
- ⇒ Donner lui le sentiment d'être protégée, d'être en sécurité (sans déresponsabiliser, surprotéger ou bêtifier)
- ⇒ Se montrer attentif, détendu, accueillant et compréhensif. Reconnaître la pénibilité des événements vécus par la victime. Ne pas dramatiser, ni banaliser (ce qui provoquerait le sentiment de ne pas être compris). Par l'écoute, les paroles et les gestes, par la sincérité des réactions, faire comprendre à la personne qu'elle peut compter sur notre soutien et notre compréhension.
- ⇒ Avoir des gestes de sympathie : tendre un mouchoir, un verre d'eau, etc.
- ⇒ Répéter aux personnes qu'elles réagissent normalement au stress et que c'est dans l'ordre des choses étant donné les circonstances. Insister sur le côté passager des réactions. Savoir qu'elles ne deviennent pas folles et que leurs réactions sont normales et de courte durée est rassurant et facilite leur rétablissement.
- ⇒ Encourager la personne à s'exprimer (dépasser le niveau des événements pour faire exprimer les émotions), sans la forcer. Une entrée en matière insistante peut être ressentie comme intrusive
- ⇒ Rester auprès de la personne en crise aiguë (panique). Si possible, rester auprès d'elle jusqu'à ce que la crise soit passée (baisse de tension, pensée ordonnée, prise de conscience des événements, volonté d'agir seul). Veiller à ce que quelqu'un prenne la relève si l'on est appelé à d'autres tâches : autre membre du staff, équipe psychosociale, membre de la famille

12.5.2. Aider la personne à se prendre en charge

- ⇒ Encourager l'autonomie : il est important d'aider les gens à retrouver leurs forces.
- ⇒ Montrer qu'on a confiance dans leur capacité à dépasser la situation difficile.
- ⇒ Ne pas donner trop de conseils, ne pas imposer ses propres solutions, ne pas tout faire à la place de la victime (sans quoi, on délivre implicitement le message qu'elle est incompétente).
- ⇒ Chercher une solution ensemble.

12.5.3. Situations spécifiques

Situation	Comportement/réaction du staff MSF
Pleurs, cris, tristesse, profonde douleur	Laisser s'exprimer la douleur. Offrir une présence attentive et rassurante. Sécurité et protection.
Peur, anxiété	Laisser verbaliser, écouter attentivement. Rassurer si possible.
Agitation, hyperactivité, panique	Rester calme, tenter d'apaiser davantage par le comportement que par le discours.
Etat de choc, immobilité, mutisme	Etre présent tout en gardant une certaine distance, poser des questions pour aider à verbaliser. Eventuellement, faire participer la personne à une activité pour l'aider à reprendre pied dans la réalité. Ne pas la secouer.
Confusion	Explications (éléments de compréhension par rapport à l'événement, redondance des informations). Clarifier les notions de peur, de besoins, d'attente et de désirs. Eventuellement, faire participer la personne à une activité utile pour l'aider à concentrer son attention et encourager la maîtrise de soi.
Désarroi, désorientation, perte du sens de la réalité	Mettre en place une structure claire (conseils, aide concrète, informations pratiques). Donner un sentiment de sécurité plus par le comportement que par le discours. « Trier » les problèmes, clarifier une chose après l'autre.
Refus d'admettre la réalité, négation de l'événement	Ne pas contredire ou corriger la vision des faits immédiatement. Essayer d'abord de

	<p>comprendre.</p> <p>Donner des informations rationnelles, sans insistance.</p>
Méfiance, refus de toute aide	<p>Essayer de comprendre.</p> <p>Ne pas le prendre personnellement, ne pas se vexer.</p> <p>Ne pas s'imposer.</p>
Agressivité, colère	<p>Supporter l'agressivité (ne pas considérer qu'elle est dirigée contre vous), ne pas appuyer les accusations, ne pas défendre ou excuser les « accusés ».</p> <p>Aider la personne à exprimer cette agressivité de manière adéquate</p>
Sentiment de culpabilité	<p>Laisser s'exprimer, essayer de comprendre, ne pas vouloir corriger dans l'immédiat.</p> <p>Accompagner dans un processus d'acceptation de ses limites. Eventuellement recadrer (processus progressif) certains comportements (la sidération et la soumission ont pu être des comportements adaptatifs qui ont limité les dégâts ou assuré la survie).</p>
Auto-agressivité	<p>Protéger la personne d'elle-même, utiliser éventuellement la manière forte pour l'empêcher de se faire du mal.</p> <p>La conduire dans un lieu calme.</p>
Incertitude	<p>Ne pas vouloir rassurer à tout prix tant que l'on est sûr de rien.</p>
Question sur le pourquoi	<p>Ne pas répondre mais ne pas être sourd au cri de détresse derrière la question</p>

Le counselling, une communication orientée vers la solution

1. La grille de la thérapie brève

**« Aussi horrible qu’ait été le passé, demain est une autre journée »
(M. Erickson)**

L’accompagnement doit viser le renforcement de l’habileté des patient(e)s à faire face de façon positive et adaptative aux défis de la vie quotidienne. Ces ressources sont entre autres :

- ⇒ La capacité à prendre des décisions et à résoudre des problèmes
- ⇒ La capacité de penser de façon créative et critique
- ⇒ La capacité à communiquer et à être en relation avec autrui
- ⇒ La capacité d’empathie
- ⇒ La capacité à prendre conscience de sa vie intérieure, l’estime de soi, la confiance en soi
- ⇒ La capacité à **gérer ses émotions** et son stress

Par exemple :

- ⇒ La confiance en soi aide les patient(e)s à communiquer leurs besoins et à résister aux pressions sociales (celles de la communauté, de leur famille, de leur conjoint(e), etc.).
- ⇒ Développer l’estime de soi augmente la prise de conscience de leurs forces intérieures, de leurs intérêts, de leurs priorités personnelles et de leurs buts et réduit les attitudes passives et attentistes.
- **Ces ressources sont interdépendantes.** Par exemple, pour pouvoir prendre des décisions, les personnes doivent être capables d’identifier leurs sentiments par rapport à leur situation ou de déterminer ce qu’elles veulent faire de leur vie (objectifs).

La grille

- Quel est le **problème** ?
 - Concrètement
 - En quoi est-ce un problème ?
- La personne est-elle **cliente** ?
 - Est-elle acheteuse ?
 - Plaignante ?
 - Visiteuse ?
 - Est-elle acheteuse pour un autre problème ?
- Quelles sont les tentatives de solution ?
 - Qui fait quoi pour régler quel problème ?
 - Qu'est-ce qui a marché, qu'est-ce qui n'a pas marché ?
- Quelles sont **les exceptions** au problème ? Les aggravations ?
- Quel est **l'objectif** de l'accompagnement ?
- Quel est **l'objectif minimum** attendu ?
- Quelle est la position du client ?
 - Valeurs, croyances
 - Ressources
 - Position par rapport au problème, par rapport à l'accompagnant, par rapport à la thérapie ?

1.1. Le problème

Le comportement d'un individu survient dans le contexte d'un environnement. L'environnement influence le comportement de l'individu et l'environnement est lui-même influencé par le comportement de cet individu.

Cette observation élargit la notion de problème : un problème, ce n'est plus seulement ce qu'une personne présente, c'est aussi quelque chose qui fait partie de son système d'interactions.

Quel est le problème ?

- ⇒ Le problème doit être exprimé **en termes concrets et actuels** : situations précises, moments précis où le problème apparaît (action, dialogues, etc.).
- ⇒ Obtenez **une description** et non des explications, des abstractions ou des définitions.
- ⇒ Exemple : « J'ai été violée » devient « J'ai été violée et à cause de ça »
 - J'ai des problèmes de santé qui m'empêchent d'avoir une vie sociale
 - Mon mari m'a rejetée et je n'ai plus de soutien financier
 - J'ai peur d'avoir contracté le SIDA
 - Je me sens sale et je n'ai plus l'impression de pouvoir vivre comme les autres

- Je suis enceinte
- ⇒ Il est important d'**établir des priorités** par rapport aux différents problèmes dont la personne se plaint. Demandez-lui quel problème elle veut résoudre en premier lieu. N'abordez le problème suivant que lorsque celui-ci est résolu.
- ⇒ Le problème défini par la personne peut être très différent de celui décrit par l'accompagnant, la famille, les voisins, etc. !
- **En quoi est-ce un problème ?**
 - ⇒ **Deux problèmes peuvent sembler identiques** et cependant être différents.
 - ⇒ Exemples:
 - Une femme est enceinte à la suite d'un viol. Elle accepte l'idée de garder l'enfant mais son mari menace de la quitter si elle n'avorte pas.
 - Une femme est enceinte à la suite d'un viol. Elle est très croyante et se demande si l'enfant qu'elle attend est envoyé par Dieu. Elle se fait néanmoins avorter mais elle désespère de pouvoir être mère à l'avenir car elle craint une rétorsion divine.
 - Une femme est enceinte à la suite d'un viol. Elle se fait avorter mais elle craint que les violences subies durant le viol aient endommagé son corps de façon telle qu'une grossesse ultérieure ne sera plus possible.
- **Problème versus solution**
 - ⇒ Dans la communication centrée sur la solution, une fois le problème circonscrit, on s'intéresse à la réalité que l'on veut créer et à la manière d'atteindre son but.
 - ⇒ On se demande quels sont les petits pas que l'on peut faire pour avancer vers l'objectif réaliste que l'on s'est fixé. On cherche ce que l'on peut accomplir à court terme.
- **L'étude du problème peut décourager** et laisser de moins en moins d'espoir de changement. Vous risquez de déclarer que la personne est un cas désespéré avant même d'avoir commencé à l'aider.
- Si vous êtes accablé par le caractère apparemment désespéré du cas ou par sa difficulté, vous risquez de communiquer cette impression à la personne. En retour, ceci augmentera son sentiment de désespoir, son manque de confiance en elle ou développera sa résistance au changement (Cf. Effet Rosenthal).
 - ⇒ L'évaluation du problème influence donc non seulement l'orientation de votre pratique mais aussi le point de vue du patient/de la patiente.
- Si la croyance de base est qu'il faut comprendre le problème, on pose beaucoup de questions à son sujet.
 - ⇒ Poser des questions sur son histoire, sur les détails de sa survenue et sur ses terribles conséquences renforce inévitablement la focalisation sur ce qui va mal. Le résultat, c'est qu'en se focalisant sur le problème, on le renforce et on aggrave la situation.
 - ⇒ Si les personnes sont bloquées par l'idée que leur situation est irréversible (c'est souvent le cas), plus on parle du problème et plus celui-ci prend de l'ampleur.
 - ⇒ Ce processus est « désénergisant », déprimant et dévalorisant tant pour le patient/la patiente que pour l'accompagnant.

1.2. Client et style de collaboration avec l'accompagnant

- ❑ Vous serez amené à rencontrer des personnes clientes demandeuse mais également des plaignantes et des visiteuses. Qu'entend-on par cliente demandeuse, plaignante et visiteuse ?

Peut importe ce que l'autre fait, c'est sa façon personnelle de coopérer !

1.2.1. L'acheteur ou le client demandeur/l'acheteuse ou la cliente demandeuse

- ❑ La personne avance à vitesse rapide.
- ❑ **Elle a une plainte précise** sur elle-même ou sur autrui et à propos de laquelle **elle désire très clairement faire quelque chose**, ce pourquoi elle sollicite de l'aide.
 - « Il faut faire quelque chose », « Ca ne peut plus continuer comme ça », « Je ne sais plus quoi faire »
 - ⇒ Elle reconnaît avoir un problème.
 - ⇒ Elle a des idées sur l'objectif à atteindre.
 - ⇒ Elle explore des solutions.
 - ⇒ Elle pense qu'il doit y mettre du sien pour que les choses changent.
 - ⇒ Elle semble prête à agir.

1.2.2. Le collaborateur caché/la collaboratrice cachée

- ❑ Derrière le visiteur/la visiteuse, peut se cacher un collaborateur/une collaboratrice.
- ❑ **La personne ne reconnaît pas le problème que les autres lui attribuent mais elle est désireuse de devenir un collaborateur/une collaboratrice pour ce qu'il/elle considère personnellement comme important.**

1.2.3. Le visiteur/La visiteuse

- ❑ La personne avance à vitesse lente.
- ❑ Sur le plan conscient, un visiteur/une visiteuse n'a aucune attente ni aucun désir de changement.
 - « Je n'ai aucun problème. Tout va bien »
- ❑ Elle ne s'implique pas. Même s'il est évident pour les autres personnes ou pour l'accompagnant qu'elle présente bien un problème, ce n'est pas dans son programme, au moins dans un premier temps, de le reconnaître, d'en parler ou de recevoir de l'aide.
 - ⇒ La personne ne voit pas de problème ou bien celui-ci reste flou.
 - ⇒ Elle n'a ni but, ni attente de changement.

- ⇒ Elle n'apporte aucune piste de solution.
- ⇒ Elle ne voit pas en quoi elle pourrait aider, ni quoi faire.
- ⇒ C'est « l'autre » qui prétend qu'elle a un problème.
- Souvent, nous nourrissons des attentes excessives vis-à-vis des personnes que nous voulons aider. Lorsqu'elles ne répondent pas à nos attentes, nous les étiquetons comme manquant de motivation, de volonté, de désir de changer, de coopérer, etc. On les dit difficiles, négatives, résistantes, etc.

En réalité, c'est l'accompagnant qui est résistant car il veut aller dans une direction différente de celle de la personne ! En s'entêtant, il provoque de plus en plus de résistance de la part de cette dernière. En se focalisant sur l'idée que celle-ci résiste, l'accompagnant ne peut apprécier ses efforts de coopération.

- Si quelqu'un vous déçoit ou vous énerve, pensez-vous qu'il ne s'en rend pas compte? Le non verbal parle très fort ! En revanche, quand vous l'acceptez, il le sent aussi.
- Si vous comprenez et acceptez que la personne que vous voulez aider est une visiteuse, vous serez étonné de ce qui se passera à mesure que les rencontres avanceront. Elle trouvera des solutions insoupçonnées et qui vous étonneront.

1.2.4. Le plaignant/la plaignante

- La personne avance à vitesse moyenne.
- **Elle a une plainte**, précise ou vague, sur elle-même ou sur quelqu'un d'autre dont elle est prête à parler, quelquefois longuement. Elle peut être dans la position où **elle estime que c'est aux autres de changer**, pas à elle.

« C'est terrible ! C'est insupportable, je souffre »

Si vous lui dites : « Vous pourriez faire ceci ou cela », elle vous répond « Mais vous savez bien que je ne peux pas le faire parce que... », « Oui mais..., oui mais..., oui mais... ».

- ⇒ Elle se voit comme une spectatrice innocente qui doit supporter les difficultés que lui causent les autres. Elle est victime.
- ⇒ Elle ne se perçoit pas comme une des causes du problème.
- ⇒ Toute solution qu'elle envisage ne peut venir que des autres.
- ⇒ Elle souffre mais n'est pas engagée dans une démarche de changement.
- Lorsque les personnes disent « Je suis démunie, je suis une pauvre victime passive et sans ressources, je ne peux rien faire », il est très important de ne pas les contredire et de reconnaître leur vérité actuelle.
- La détresse qu'une personne ressent ou exprime n'est pas une indication suffisante pour penser qu'elle est prête à faire des efforts pour régler ses problèmes!
 - ⇒ Attention : **Ne pas confondre un client acheteur/une cliente acheteuse à court de solution et découragé(e) avec une personne qui se plaint sans avoir essayé de résoudre son problème**

1.3. Les tentatives de solution

***Si ça marche, ne change rien !
Si cela ne fonctionne pas, ne le fais plus ! Fais quelque chose de différent !***

- ❑ Le but de la thérapie est de mettre fin aux solutions inefficaces.
- ❑ 90% des situations sont résolues par le bon sens. C'est dans les 10 autres % qu'il y a un paradoxe : plus on agit avec un apparent bon sens, moins les choses s'arrangent !
- ❑ On entend par tentative de solution, tout ce que la personne a essayé de manière délibérée et intentionnelle pour résoudre son problème. Tentative infructueuse, bien entendu.
- ❑ Il ne s'agit donc pas de ce qui aide ou a pu aider la personne.
- ❑ Quelles solutions ont été tentées par la personne pour résoudre son problème ?
- ❑ Remarque :
 - ⇒ **La personne opte pour le meilleur choix qui s'offre à elle pour le moment**
Chaque comportement relève d'une intention positive. Vous devez faire la différence entre le comportement et l'intention.
 - ⇒ La plupart des personnes en difficulté ne disposent que peu de choix au niveau conscient. Elles se sentent démunies. En effet, il est pratiquement impossible de changer de tentatives de solutions par soi-même. Les solutions que l'on applique pour résoudre un problème sont le produit de notre culture (ou de notre sub-culture) et de nos croyances implicites personnelles que nous n'analysons que très rarement. Votre rôle, en tant qu'accompagnant, est de découvrir l'intention positive de la personne cachée derrière son comportement problématique. Lorsque vous la connaissez, vous pouvez l'aider à dégager des choix mieux appropriés pour réaliser son intention positive.

1.4. L'objectif

1.4.1. Quel est l'objectif ?

- ❑ Dans l'orientation vers les solutions, on pense :
 - ⇒ qu'**il existe pour les individus de nombreuses façons de mener leur vie.**
 - ⇒ que **les moyens d'adaptation d'une personne**, bien que pouvant apparaître complètement inadéquats à son voisin (ou à l'accompagnant !) **peuvent représenter pour elle la manière la plus efficace de composer avec son environnement**
- ❑ Les objectifs sont habituellement en relation avec le fait de se débarrasser d'un problème quelconque ou de changer une situation problématique. Dans l'orientation vers les solutions, on se centre sur les solutions et non sur le problème ! **On préfère s'intéresser à la tournure de la situation lorsqu'elle aura changé, c'est-à-dire se focaliser sur un avenir débarrassé du problème.**

- ⇒ Il est plus simple et plus profitable de construire une solution plutôt que de faire disparaître un problème.
- ⇒ L'objectif doit être défini comme une présence plutôt que comme une absence de quelque chose. Il est décrit comme le début d'un nouveau comportement et non comme la fin d'un comportement indésirable.
- ⇒ L'attention excessive portée au comportement problématique ou indésirable ne semble pas être d'une aide quelconque. Il est plus utile de rester rivé sur l'objectif désiré plutôt que de continuer à se focaliser sur le comportement - problème.
- ⇒ Non seulement l'absence du problème peut être difficile à mesurer et à reconnaître en tant que changement mais certaines personnes n'ont aucune idée de ce qu'elles feront au lieu de pleurer, de se cacher, de boire, de se prostituer, etc.
- ⇒ Il est plus facile de répéter des comportements qui réussissent déjà que d'essayer de stopper ou de changer un comportement-problème existant.
- ⇒ Plus on entre dans les détails en ce qui concerne le remplacement du comportement indésirable, mieux c'est. Les nouveaux comportements visés constitueront pour la personne des indices qu'elle se rapproche de son objectif.

Cesser d'avoir un comportement indésirable n'est pas facile. Il est plus simple d'y substituer un comportement différent !

En communication orientée vers les solutions, nous choisissons d'arroser les fleurs et les graines, pas les mauvaises herbes !

1.4.2. L'objectif de la patiente

- L'objectif de la personne, pas celui de l'accompagnant !

La métaphore du cheval égaré

Un cheval égaré arrive dans une ferme. Le fils du fermier monte en croupe (inutile de porter le cheval sur le dos). Il le guide doucement vers la route, l'empêchant, avec respect et douceur, de brouter (on l'empêche de s'égarer dans le champ de problèmes). Le cheval commence à trotter dans une certaine direction (on accepte le chemin de la patiente) puis à galoper (on respecte la vitesse de la patiente) jusqu'à une ferme. Il s'arrête devant un cultivateur. « Comment as-tu su que c'était mon cheval ? » demanda le cultivateur. « Je ne le savais pas mais lui le savait ! » répondit le fils du fermier.

- En communication orientée vers la solution, on part du principe que c'est la personne que l'on veut aider qui sait où elle doit aller et non l'accompagnant. On suit son initiative pour établir les objectifs du traitement et élaborer les projets qu'elle accomplira.
- Il n'y a pas qu'une solution, il y en a des milliers. Le rôle de l'accompagnant est d'aider la personne à trouver la solution la plus appropriée pour elle. Si elle trouve elle-même la solution, elle sera davantage portée à l'appliquer.
- Il est prudent d'adhérer à ce que la personne désire changer plutôt que de lui dire ce qu'elle doit changer !

- ⇒ Il est toujours préférable pour la personne d'arriver à ses propres solutions plutôt que de s'entendre dire ce qu'elle doit faire. Lorsqu'il s'agit de sa propre idée, elle a plus de chance de s'engager à l'appliquer.
- ⇒ Si une solution émane des ressources existantes de la personne, elle s'adapte naturellement à sa façon de faire et il lui est plus facile d' « en faire plus ».
- ⇒ Quand on propose une solution et que la personne ne l'applique pas, on se sent frustré et découragé. Elle aussi ! La tendance est alors de l'étiqueter négativement : « Elle est difficile, elle n'est pas motivée, elle est résistante, elle n'est pas collaborante, etc. ».

***Rappelez-vous : il est impossible de forcer quelqu'un à changer !
En vous efforçant d'atteindre l'inaccessible, vous rendez
impossible ce qui serait réalisable !***

- L'objectif doit être important pour la personne.
 - ⇒ Elle doit considérer que l'atteinte des objectifs présente des effets positifs et bénéfiques pour elle.
- L'objectif doit être perçu comme demandant un « rude travail » à la personne.
 - ⇒ On commet facilement l'erreur de dire à la personne à quel point il est simple et aisé pour elle d'accomplir telle ou telle tâche, d'adopter telle ou telle attitude, de trouver d'autres moyens pour faire face aux difficultés qu'elle rencontre, etc. Cette attitude banalise son expérience personnelle.
 - ⇒ Même l'accomplissement du plus petit changement peut apparaître comme une tâche monumentale alors que la personne se sent déjà épuisée, frustrée et que tout semble aller de travers.
 - ⇒ Lorsque vous faites des remarques sur la difficulté à résoudre le problème qu'a la personne, vous faites porter le blâme sur le problème et non sur son manque d'effort ou sur son manque d'intelligence, de volonté, etc.
 - ⇒ Quand la personne réussit à accomplir le « dur travail », elle peut s'en attribuer le mérite.

1.4.3. Un objectif concret

- Les objectifs doivent être :
 - ⇒ **précis, concrets, clairs**
 - ⇒ **exprimés en terme de comportements ou d'interactions** de façon à devenir les indicateurs externes des changements internes qui se produisent.
- Les critères d'un « bon » objectif :
 - ⇒ Il est **réalisable**.
 - ⇒ Il est **réalisable à court terme**.
 - ⇒ Il peut **être mis en oeuvre par la personne** (il n'est pas dépendant de circonstances extérieures).

1.4.4. L'objectif minimal

- ❑ Quelle est la petite chose que la personne peut faire pour avancer un petit peu vers l'objectif ?

Quel est le plus petit changement possible qui soit suffisamment petit pour être faisable et suffisamment différent pour être vraiment un changement ?
- ❑ On détermine des étapes minimales (mais possibles à réaliser) en direction de la réalité désirée (sur le chemin de la solution).
- ❑ L'objectif doit être petit, simple et réalisable.
 - ⇒ C'est généralement quelque chose que la personne peut faire immédiatement.
 - ⇒ Il doit être réellement réalisable par elle étant données les circonstances difficiles de sa vie. En effet, elle a besoin de réussites et non d'échecs pour reprendre confiance en elle.
 - ⇒ Des succès concrets et de taille réduite renforcent les chances de la personne d'arriver par la suite à des réussites plus importantes.
 - ⇒ Un petit changement dans un aspect de sa vie peut entraîner des changements dans d'autres parties de sa vie : c'est l'effet de vague.
 - ⇒ Si vous mettez l'accent sur ce qui est positif, sur les petites avancées dans la bonne direction, vous allez amplifier ces améliorations, ce qui créera davantage de coopération avec la personne.

2. Les ressources des patient(e)s

2.1. Les patient(e)s ont des ressources

- ❑ Vous devez être capables de reconnaître les ressources mises en œuvre par les patient(e)s pour faire face à l'adversité et identifier des stratégies efficaces pour mieux assister les plus vulnérables.

2.2. Les exceptions et les succès intérieurs

- ❑ Les exceptions sont les moments où le problème attendu ne se produit pas.
- ❑ Il est important d'interroger :
 - ⇒ sur les moments où le problème n'en était pas un (ou pas autant)
 - ⇒ sur les moments, dans le contexte actuel, où il ne se produit pas.
- ❑ Il est important de découvrir en détail ce qui se produit lorsque la personne n'a pas de problème car elle peut apprendre à transférer, dans une autre situation, les capacités utilisées avec succès dans un cadre déterminé.

⇒ En effet, les exceptions au problème constituent des ressources. **Au travers de celles-ci, il s'agit de découvrir comment et de quelle façon la solution est déjà à l'œuvre.**

⇒ Ces exceptions fournissent des indices sur ce que la personne doit faire de plus. La répétition de ces comportements de faible importance mais couronnés de succès, constitue le fondement des solutions.

Si ça marche, faites en plus !

- Les moments où la plainte est absente sont considérés comme négligeables par la personne ou demeurent complètement ignorés. Elles ne pensent pas que ces exceptions doivent être signalées étant donné qu'elles apparaissent insignifiantes en comparaison des énormes problèmes qu'elles ont à affronter.
- **2 types d'exception :**
 - ⇒ L'exception effectuée de façon **volontaire** que la personne est capable de décrire étape par étape.
 - « Je me suis forcée à... »
 - « J'ai pris sur moi pour ne pas... »
 - ⇒ L'exception se produisant **par hasard**
 - La personne est incapable de décrire ses réussites ou bien elle les attribue à quelqu'un d'autre ou à quelque chose d'autre comme si elle n'avait aucun contrôle sur cet épisode.
 - Elle ne peut reproduire cette exception.
 - On lui demandera de prédire le genre de journée qu'elle aura le lendemain. Une révision de ce qu'elle aura fait pour avoir une bonne journée apportera des directives sur le contenu du « faites en plus ».

2.2.1. La question des succès antérieurs

- Cela **redonne du pouvoir** à la personne de prendre conscience qu'elle a eu, dans sa vie, une période où elle réussissait mieux :
 - « Comment vous y êtes-vous prise pour ... ? »
 - « Comment avez-vous trouvé assez de force pour ... ? »
 - « Après avoir traversé ce que vous avez traversé, comment avez-vous trouvé assez de force pour continuer ? »
 - « Qu'est-ce que ça vous demanderait de faire pour retrouver la confiance que vous aviez lorsque ... ? »
 - « Comment vous y prenez-vous pour vous obliger à ... ? »
 - « Que faites-vous pour continuer à espérer et à essayer une fois de plus ? »

2.2.2. La question des exceptions

***Découvrez, dénicher une fleur qui peut être arrosée !
Dès que vous savez ce qui fonctionne, ce qui va bien, faites en
davantage !***

- ❑ Ces exceptions vous entraînent vers de solutions potentielles.
- ❑ Il est toujours plus facile de construire avec les forces et les réussites (passées et présentes) que d'essayer de corriger les erreurs ou les échecs du passé.
- ❑ Beaucoup de personnes font des **généralisations négatives** : « Tout va mal, rien ne marche. Ca ne changera jamais. ». Mais en observant attentivement la situation, on découvre qu'il y a des hauts et des bas. Et chaque haut est ce que l'on appelle une exception.
- ❑ Cette question vous aide à **dénicher les ressources et les solutions actuelles** des personnes que vous souhaitez aider. Vous cherchez des informations sur ce qui se passe quand le problème n'est pas là. Ce n'est pas du tout une négation du problème : c'est la valorisation des solutions actuelles. Vous n'êtes pas en train de culpabiliser l'autre, de le blâmer ou de le convaincre de quelque chose. Vous vous adressez à ses ressources. Vous l'aidez à revenir à ses ressources, à ses solutions insoupçonnées, jusqu'alors négligées.
- ❑ Remarque

Si vous avez affaire à une personne plaignante qui vous dit : « C'est insupportable, rien ne marche dans ma vie », vous ne pouvez pas dire « Y a-t-il des moments où ça va mieux ? ». Il vaut mieux ralentir et poser des questions sur la situation actuelle. On va l'accompagner dans le champ de problème et c'est très délicatement qu'on va le ramener sur le chemin des solutions et des exceptions (vous demanderez alors éventuellement « Y a-t-il des moments où ça va un tout petit peu moins mal ? »).
- ❑ Les questions sur les exceptions présupposent qu'il y a des moments où les choses vont mieux. Il s'agit d'amener la personne à prendre conscience que **les exceptions sont le résultat de quelque chose qu'elle a fait** plutôt que de quelque chose qu'elle a vécu passivement.
- ❑ Exemples
 - « Est-ce qu'il y a déjà des moments (des exceptions) où ça va même juste un tout petit peu mieux ? (ou « un tout petit peu moins mal »)
 - « Quand est-ce que vous ne connaissez pas ce problème ? »
 - « Quand est-ce que vous expérimentez le moins le problème ? »
 - « Qu'est-ce qui est différent à ces moments-là ? »
 - « Comment se fait-il que le problème ne se pose pas dans ces moments-là ? »
 - « Comment avez-vous été capable de faire ça ? »
 - « Qu'est-ce qui est différent pour vous dans ces moments où vous ne ... (comportement-problème) ? »

- « Comment expliquez-vous que le problème ne survienne pas dans ces moments-là ? »
 - « Que faudrait-il qu'il arrive pour que vous fassiez ça plus souvent ? »
 - « Que faites-vous d'autre, de différent, quand le problème ne se produit pas ? »
- Ces questions devraient être suivies par des **questions qui renforcent l'idée de succès** :
- « Ainsi, qu'avez-vous à faire pour continuer à ... ? »
 - « Qu'est ce que votre ami dirait qui doit arriver pour que cela se produise plus souvent ? »
 - « Combien de temps diriez-vous que ça doit continuer pour que vous ayez l'idée que votre problème est résolu ? »
 - « Et quoi encore ? »
 - « Qu'est-ce qui explique encore que ça va mieux ? »
 - « Qu'est-ce qui explique encore que vous avez été capable d'avancer un peu plus vers votre but ? »
- Cette technique d'exploration et d'explication de l'exception permet de susciter de stratégies de réussite.

3. La position

- Ce terme « position » se réfère à la **prise de position** d'une personne quand elle parle
- d'elle-même et des personnes incluses dans le problème
 - des solutions à y apporter
 - de ses objectifs
 - de ses croyances, de ses valeurs
- ⇒ C'est le cadre de référence de la personne, c'est de là que vient son « cadrage » (= sens donné).
- ⇒ Exemples de valeurs : être utile, aider les autres, réussir, relever des défis, etc.
- Quelle est la position de la patiente face à son problème ? Face à l'accompagnement ? Quelles sont ses valeurs et ses croyances personnelles ?
- La position, c'est aussi l'ensemble des **capacités** et des **ressources**.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (1994), "DSM IV" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) , Washington D.C. American Psychiatric Press
- Audet J., Katz J.-F.(1999), « Précis de victimologie générale », Paris, DUNOD.
- Avega « Agahozo » (1999), « Etude sur les violences faites aux femmes », Kigali, document de l'association.
- Baubet T., Le Roch K., Bitar D., Moro M.R. (2003), « Soigner malgré tout », Tome 1 « Trauma, cultures et soins », France, Bibliothèque de l'Autre, Collection « Pratiques de la psychiatrie en situation humanitaire », La pensée Sauvage.
- Burgess A.W., Holmstrom L.L. (1974), « Victims of crisis », Robert J. Brady Co, Maryland
- CICR (2002), « Les femmes face à la guerre », Division de la doctrine et de la coopération au sein du Mouvement, Genève
- Dolan Y. (1996), « Guérir de l'abus sexuel et revivre », Bruxelles, SATAS
- Dolan Y. (2003), « Raviver l'espoir et la joie après un traumatisme, document de session du séminaire « es journées d'Accords »
- d'Oliveira P. L. A., Diniz G. S., Schraiber B. L. (2002), "Violence against women in health-care institutions: an emerging problem", The Lancet, vol. 359, May 11.
- IASC (2005), « Guidelines for gender based violence interventions in humanitarian emergency settings »
- Josse E. (2004), "Le traumatisme psychique. Théorie », Médecins Sans Frontières-Belgique.
- Josse E. (2004), "Les violences sexuelles. Guide de prise en charge psychosociale», Médecins Sans Frontières-Belgique.
- Josse E. (2004), "Le trauma. Guide de prise en charge psychosociale», Médecins Sans Frontières-Belgique.
- Lopez G., Sabouraud-Seguin A. (1998), « Psychothérapie des victimes », Paris, DUNOD.
- Morbois C., Casalis M-F. (1986), « Recevoir des femmes confrontées à a violence sexiste », Lutter contre les violences sexistes en Ile-de-France ».
- MSF-Belgium Sierra Leone (2002), « Sexual and gender based violence workshop. Training manual", MSF, Document interne.
- OMS (1997), « La violence contre les femmes », Santé de la famille et Santé reproductive, Genève.
- OMS (1999), « Introduction aux techniques de counselling dans la prise en charge des victimes de violence. Module B ».

OMS (2002), “Rapport mondial sur la violence et la santé”, chapitre 6 “La violence sexuelle”, sous la dir. de Krug E. G., Dahlberg L.L., Zwi A., Lozano-Ascencio R., Genève.

Osario Miléna (2005), « Sexual and gender based violence workshop. Training manual », MSF-Spain/Darfur

Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux (2003), « Document de formation sur l'intervention psychosociale auprès des victimes d'agression sexuelle ».

Roisin J. (2003), « Victimes d'agression sexuelle. Les ressources thérapeutiques des groupes de parole », La revue « Stress et Trauma », 3 (3) :163-175.

Sironi F. (1999), « Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture », Paris, Editions Odile Jacob.

Swan M. A. (2004), « Mental health and psychosocial care for victims of sexual violence », Médecins Sans Frontières – Hollande.

UNHCR (1994), « Refugee Children : Guidelines on Protection and Care », Geneva.

UNHCR (1997), “How to guide. Reproductive health in refugee situation. A community-based response on sexual violence against women”. Crisis intervention teams, Tanzania

UNHCR (1995), “Sexual Violence against Refugees. Guidelines on Prevention and Response”, Geneva.

UNHCR (2001), « Prevention and Response to Sexual and Gender-Based Violence in Refugee Situations”, Geneva.

UNHCR (2003), “Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons”, Geneva.

Vann B. , « Communication skills in working with survivors of gender-based violence. A five-day training curriculum », Reproductive Health Response in Conflict Consortium

Vann B. (2004), “Training manual facilitator’s guide. Multisectorial and Interagency prevention and response to gender-based violence in population affected by armed conflict”, JSI Research and Training Institute/RHRC Consortium, Gender-based Violence Global Technical Support Project

WHO (1996), “Mental health of refugees”, Geneva.