Dispositif de prise en charge psychologique de groupe : expérience clinique avec les enfants traumatisés de Centrafrique

E. Dozio, N. Bonal, C. Galliot, C. Bizouerne

► To cite this version:

E. Dozio, N. Bonal, C. Galliot, C. Bizouerne. Dispositif de prise en charge psychologique de groupe : expérience clinique avec les enfants traumatisés de Centrafrique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2019, 67, pp.89 - 98. 10.1016/j.neurenf.2018.10.005 . hal-03486703

HAL Id: hal-03486703

<https://hal.science/hal-03486703>

Submitted on 21 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial| 4.0 International
License

Titre en français : Dispositif de prise en charge psychologique de groupe : expérience clinique avec les enfants traumatisés de Centrafrique

Title in English: Psychological device for groups: clinical experience with traumatized children in Central Africa Republic

Auteurs :

Elisabetta Dozio, Psychologue, Phd

- Référente Santé Mentale et Pratiques de soins infantiles, région Afrique Centrale - Action Contre la Faim, 14/16 Boulevard Douaumont, 75018 Paris, France.
- Chercheuse à l'Unité Inserm 1178 (97 boulevard de Port-Royal 75014 Paris), Université Paris Descartes, université Paris sud, UVSQ.

Nora Bonal, Psychologue

- Responsable de projet Santé Mentale et Pratiques de soins infantile - Action Contre la Faim

Coralie Galliot, Psychologue

- Responsable de projet Santé Mentale et Pratiques de soins infantile - Action Contre la Faim

Cécile Bizouerne, Psychologue, Phd

- Référente du secteur Santé Mentale et Pratiques de soins infantiles - Action Contre la Faim, 14/16 Boulevard Douaumont, 75018 Paris, France.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Contacts Auteur correspondant :

Elisabetta Dozio

3 rue Cavallotti, 75018 Paris, France

Tel. 06 38 603538

Email : bettadozio@hotmail.com

Dispositif de prise en charge psychologique de groupe : expérience clinique avec les enfants traumatisés de Centrafrique

Résumé en français

Objectif : Cet article présente un dispositif de soins psychologiques pour les enfants exposés aux traumatismes de guerre.

Patients : Les enfants exposés aux événements traumatiques en Centrafrique. L'âge est compris entre 6 et 16 ans.

Méthode : Les enfants ont participé à un dispositif de prise en charge psychologique sur cinq sessions avec une cadence hebdomadaire. Ce dispositif a été créé pour pouvoir permettre à une équipe de non professionnels de la santé mentale de garantir un projet thérapeutique finalisé visant à réduire la symptomatologie traumatique des enfants en contexte humanitaire.

Résultats : 674 enfants (410 filles et 264 garçons) ont participé au dispositif de prise en charge groupale. A l'admission dans le programme, 69% des enfants montraient un niveau de traumatisme très élevé (CPTS-RI: $M = 41,64$; $ET\ 10,12$). Après cinq semaines d'intervention, les enfants ont pu réduire considérablement leurs symptômes traumatiques ($p < 0,001$).

Conclusion : Le dispositif proposé en Centrafrique a montré sa contribution dans la réduction des symptômes liés à l'exposition traumatique. Les sujets évoqués par les planches ont permis aux enfants de penser, nommer et contextualiser temporellement l'événement traumatique afin de leur permettre une réélaboration du passé et une projection dans le futur. Les enfants ont aussi pu identifier les ressources internes et externes qui pourront les aider à surmonter les moments difficiles.

Mots-clés : traumatisme ; enfants ; Centrafrique ; humanitaire ; dispositif thérapeutique

Title in English: Psychological device for groups: clinical experience with traumatized children in Central Africa Republic

Resume

Objective: This article presents a psychological care device for children exposed to war trauma.

Patients: Children exposed to traumatic events in the Central African Republic. The age is between 6 and 16 years old.

Method: The children were recruited during a psychoeducation session organized in the community. Following this, the children responding to the inclusion criteria, participated in a psychological care device of five sessions on a weekly basis. This device was created to allow a team of non-professionals of the mental health to guarantee a therapeutic project, finalized to reduce the traumatic symptomatology of the children in humanitarian context. Each session is organized in two parts. In the first part, the psychosocial worker, using a card representing a fictional character, supports children to speak around a subject. After this discussion, children are invited to draw by following instructions related to the card observed and then to share in group their production. The topics discussed in the sessions lead children to rethink life before the war, to discuss difficult times during the war, and to imagine a future after the war.

Results: 674 children (410 girls and 264 boys) participated in the group psychological device. At admission to the program, 69% of children showed a very high level of trauma (CPTS-RI: $M = 41.64$, $SD\ 10.12$). After five weeks of intervention, children were able to significantly reduce their traumatic symptoms ($p < 0.001$).

Discussion: The proposed device in the Central African Republic contributed in reducing symptoms related to traumatic exposure. The subjects evoked by the planks allowed the children to think, nominate and temporally contextualize the traumatic event in order to allow them a re-elaboration of the past and a projection in the future. The children were also able to identify the internal and external resources that can help them overcome difficult times.

Conclusion: In humanitarian contexts, children may be affected by several traumatic events and the means in terms of skilled human resources to cope with children mental suffering may be very limited. The device presented in this article shows to be very effective in reducing the traumatic symptoms of children in a humanitarian context with the support of staff without a specific technical background in mental health.

Key words: trauma; children; Central African Republic; humanitarian; therapeutic device

Introduction

Lors des violents événements de 2013, la population centrafricaine a été exposée à des facteurs traumatogènes (agressions, viols, séparations, fuites, confrontation à la mort, perte d'un ou de plusieurs proches, de leurs biens matériels, etc.) occasionnant l'émergence de symptômes post-traumatiques chez les adultes et les enfants. Après cinq ans, la situation dans le pays est toujours instable et la population n'est pas à l'abri de nouveaux actes violents. Cette précarité rend compliquée la capacité matérielle ainsi que psychique de la population à se reconstruire et se projeter dans un futur possible [1]. Le niveau de détresse psychologique demeure élevé, le sentiment de peur, des réactions d'hypervigilance, des reviviscences et pensées intrusives sont toujours présents malgré le temps écoulé depuis les événements les plus extrêmes. Les témoignages de désespoir, de perte du désir de vivre sont nombreux.

Les résultats d'une enquête, menée par l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Save the Children en Centrafrique en mars 2015 [2], montrent que le bien-être psychologique des adultes et des enfants est très affecté par les expériences traumatiques vécues et qu'il y a un lien entre le bien-être des enfants et des adultes. Ce lien a aussi été documenté par une recherche sur la transmission du traumatisme de la mère au bébé, réalisé sur 24 dyades mères-bébés, qui montre comment l'indisponibilité psychique de la mère est responsable d'un manque de réponses adéquates aux sollicitations du bébé qui se retrouve seul face à sa propre détresse inconsolable [3].

A la différence des bébés, les enfants en âge d'être scolarisé ont été exposés directement aux événements traumatiques. Selon l'étude de Save the Children sur les zones de Ouaka et

Bangui le nombre moyen d'événements traumatiques vécus par ces enfants est de 7,5 depuis le début des événements en fin d'année 2013. Les événements relatés sont majoritairement liés au conflit armé. En outre, 60% de 532 enfants se décrivent ou sont décrits par leurs parents et instituteurs comme ayant des difficultés émotionnelles, comportementales, cognitives et relationnelles importantes. 64% des enfants présentent un état de stress post traumatique (ESPT) exprimé à travers plusieurs symptômes : troubles du sommeil, irritabilité et colère, troubles de la concentration, hypervigilance et réactions de sursaut exagérées ainsi que des reviviscences et de répétitions [2].

Suite aux résultats de cette étude et aux recommandations présentées, l'ONG Action Contre la Faim a démarré en mai 2016, un projet de soutien psychologique aux enfants en détresse dans les sites de déplacés à Bangui, la capitale, et dans la région de la Kemo à Sibut.

En Centrafrique, la présence de personnel qualifié et formé en santé mentale est presque inexistante : elle se limite à l'équipe disponible dans l'hôpital psychiatrique de la capitale, soit un médecin spécialisé en psychiatrie et deux psychologues cliniciens. A l'Université de Bangui, un cursus en psychologie a été réintroduit en 2015, mais les capacités du personnel spécialisé demeurent trop limitées face à l'ampleur des besoins. Pour la mise en œuvre de ce projet de soutien psychologique il était donc nécessaire de former une équipe de non professionnels et de développer un dispositif de prise en charge psychologique adapté à leurs compétences et à leur potentiel de développement.

L'objectif de ce dispositif expérimental était de permettre l'utilisation d'un outil simple en garantissant un projet thérapeutique pour les enfants en détresse, précédemment exposés à des événements traumatogènes.

Le modèle est destiné à être utilisé dans des contextes humanitaires (ou à faibles ressources techniques en psychologie) avec des enfants qui vivent une détresse importante et un fonctionnement quotidien réduit en raison de stress extrêmes lié à la guerre.

Sans pouvoir être exhaustif, nous retrouvons dans la littérature plusieurs traitements de l'ESPT chez l'enfant et l'adolescent : la psychanalyse [4], la thérapie cognitive-comportementale (TCC) [5], l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) [6], la thérapie familiale, les stratégies psychoéducatives [7], la thérapie narrative (Kidnet) [8], etc.

Parmi les thérapies disponibles, les effets des TCC et de l'EMDR ont été plus largement mesurés et mieux validés quant à leur efficacité pour le traitement des traumatismes : en 2013, l'OMS a reconnu la Thérapie Cognitive et Comportementale focalisée sur le trauma et la thérapie EMDR comme les seules interventions efficaces pour traiter les ESPT [9].

L'intervention thérapeutique décrite dans ce papier est un modèle de support psychologique de groupe qui peut être dispensé par des soignants non professionnels de la santé mentale, bénéficiant d'une formation continue et d'une supervision clinique.

À partir des techniques de la théorie cognitive-comportementale, de la thérapie d'exposition narrative, ainsi que de la vaste expérience d'Action Contre la Faim en terrain humanitaire, nous avons proposé aux enfants un accompagnement basé sur plusieurs référentiels théoriques : ceux de travail de groupe [10] de la clinique du trauma [11], des processus de symbolisation [12] et médiation [13], en particulier l'utilisation du dessin.

Cet article décrit l'approche utilisée et les résultats de l'intervention auprès des enfants ainsi qu'un bilan de l'appropriation de l'outil de la part de l'équipe.

Méthodologie

Population

Les enfants qui ont participé au projet, sont des enfants exposés aux événements traumatiques en Centrafrique, répondants aux critères A du DSM V pour le trouble de stress post-traumatique.

L'âge des enfants était compris entre 6 et 16 ans.

Le recrutement a eu lieu dans les sites de personnes déplacées dans différents quartiers à Bangui et à Sibut, à travers une séance de psychoéducation. Les séances de psychoéducation sont animées par deux travailleurs psychosociaux au sein du site de déplacés. Les enfants du site sont invités à participer en groupe de vingt maximum. Les groupes ont été organisés selon deux tranches d'âge : 6-11 ans et 12-16 ans, avec une composition mixte par rapport au sexe.

La psychoéducation a comme objectif d'expliquer à travers des mots simples les principaux concepts concernant le traumatisme psychique et les réactions possibles dans le but d'aider les enfants à prendre connaissance des réactions normales à des événements extrêmement effrayants et perturbants. Cette séance de psychoéducation permet aussi d'identifier les enfants nécessitant et manifestant un besoin de suivi plus approfondi. Pour ces enfants, un dispositif groupal de prise en charge psychologique est proposé.

Mesures

Echelle de souffrance

A la fin de la séance de psychoéducation, les soignants proposent aux enfants d'indiquer sur une échelle de 0 à 10 leur degré de souffrance psychique. Les scores sont représentés par de

visages stéréotypés qui montrent des niveaux différents de souffrance : un visage souriant représente le niveau minimal de souffrance ressentie (0) et un visage en pleurs correspond au maximum de souffrance ressentie (10).

Pour cela nous avons utilisé un outil inspiré de la Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale [14]. Dans sa version originale, cet outil est employé en milieu médical pour avoir accès à la souffrance physique ressentie par les enfants. Dans notre programme, nous avons demandé aux enfants d'exprimer leurs émotions et degré de souffrance psychique. Les enfants exprimant un score d'au moins 6 points sont invités à participer au dispositif de prise en charge groupale. Le niveau de détresse perçue est aussi demandé aux enfants à la fin de la prise en charge psychologique après cinq semaines pour mesurer l'évolution de l'état de détresse.

CPTS-RI

Au début de la prise en charge groupale le traumatisme psychique et une éventuelle présence d'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) sont mesurés à l'aide de l'échelle CPTS-RI [15-16] dans sa version française [17]. Le CPTS-RI est une échelle composée de 20 items de type Likert, destinés aux enfants de 6 à 16 ans, qui évalue les symptômes du ESPT après une exposition à divers événements traumatiques. La fréquence de chaque item est évaluée sur une échelle de 5 points, de jamais (0) à presque toujours (4). Le score global est constitué de la somme des 20 items et varie de 0 à 80. La gravité de ESPT est évaluée avec l'échelle CPTS-RI selon les critères suivants : 0 - 11 : peu grave ; 11 - 24 : légère ; 25 - 39 : modérée ; 40 - 59 : grave ; 60 - 80 : très grave.

Le CPTS-RI est un outil flexible et a été adapté pour les enfants ou les adolescents de différentes cultures, exposés à diverses expériences traumatiques.

La mesure sur la même échelle est de nouveau administrée à la fin de la prise en charge pour pouvoir mesurer l'impact de l'intervention psychologique.

Composition et formation de l'équipe

L'équipe était composée de trois psychologues expatriés et vingt travailleurs psychosociaux. Les travailleurs psychosociaux ont bénéficié d'une formation initiale de deux semaines.

La formation comprend une initiation au positionnement devant être adopté, pour faire preuve de bienveillance envers la personne concernée, savoir l'accompagner, la rassurer, la soutenir.

Des notions clés sur l'ESPT et ses manifestations sont ensuite enseignées : les processus liés au traumatisme psychique et les différents symptômes associés.

La deuxième partie de la formation initiale est centrée sur le protocole de prise en charge et les outils pour l'évaluation psychologique. La méthodologie employée est très pratique et expérimentale : elle est réalisée à travers des exercices de mise en situation pour que les travailleurs psychosociaux s'approprient davantage les outils. Ils sont formés à des outils thérapeutiques simples pour qu'ils puissent contenir d'éventuels débordements émotionnels lors des groupes thérapeutiques : exercices de stabilisation adaptés aux enfants comme la relaxation corporelle et des techniques dérivant de l'EMDR comme « le lieu sûr » [18].

Tout au long du projet, les travailleurs psychosociaux bénéficient de l'accompagnement de l'expert psychologue pour évoluer dans leur travail, obtenir des conseils, enrichir leurs connaissances, se voir proposer des solutions lors de situations plus complexes.

Pour ce faire, des séances d'analyse de la pratique sont proposées chaque semaine.

La formation de l'équipe psychosociale fait partie intégrante du projet et conditionne son succès. La formation est incluse dans les activités financées par le projet et n'implique pas de coûts supplémentaires.

Dispositif de prise en charge psychologique à travers les planches « Kôno, l'hippopotame ».

Description du dispositif

L'intervention de prise en charge des enfants est structurée en cinq séances hebdomadaires.

Le cycle de prise en charge a été pensée sur une période courte dans l'objectif d'autonomiser les enfants dans un délai raisonnablement bref. Cela permet à la fois de réduire le risque d'une dépendance émotionnelle qui pourrait se créer dans la dynamique transférentielle avec les travailleurs psychosociaux, en particulier dans un contexte de pauvreté de liens et d'absence de support parental. Les enfants sont amenés pendant les 5 séances à identifier leurs propres ressources internes et externes pour faire face à l'effraction traumatique subie mais aussi aux difficultés de la vie présente et future.

De plus, ce type de dispositif répond aux difficultés et au temps de l'intervention humanitaire qui, très souvent, en particulier dans les situations d'extrême urgence comme un conflit, ne s'inscrit pas dans la durée et doit couvrir le plus grand nombre de personnes possibles.

Les séances permettent de travailler sur les étapes fondamentales de l'élaboration traumatique : la sécurité et la stabilisation, le souvenir traumatique et le deuil, la reconnexion à soi et aux autres.

L'approche prévoit un travail thérapeutique de groupe.

Les groupes sont constitués sur la base de tranches d'âge homogène et sont composés de dix enfants maximum.

Les groupes sont structurés et organisés de manière à maximiser les avantages thérapeutiques en travaillant avec des expériences traumatisantes dans un environnement sûr et apaisant. Le processus de groupe donne aux participants l'occasion de faire l'expérience d'un sentiment d'appartenance, d'acceptation et de soulagement de savoir qu'ils ne sont pas seuls.

Le dispositif utilise un support de médiation symbolique, composé de 5 planches de dessins, représentant un hippopotame nommé Kôno dans différentes situations de sa vie.

A chaque séance correspond l'utilisation d'une planche. Après la présentation de la planche et suite aux réactions spontanées des enfants, le travailleur psychosocial qui anime le groupe leur demande de faire un dessin en lien avec la planche montrée.

Le dernier temps du groupe consiste à présenter son dessin sur la base du volontariat et de le discuter en groupe. Cela a pour objectif de permettre à l'enfant de créer des liens entre les enfants du groupe et de partager un vécu commun ainsi que d'approfondir la sécurité et la confiance au sein du groupe. A la fin de la séance, les enfants peuvent laisser leur dessin au travailleur psychosocial ou bien le garder s'ils le souhaitent.

S'il n'y a pas d'amélioration constatée sur l'échelle de souffrance et à la CTPS-RI entre le début et la fin de la prise en charge, le travailleur psychosocial propose un suivi individuel.

Description des planches

Séance 1. Planche : « Je me souviens »

La planche utilisée dans la première séance représente au premier plan l'hippopotame, nommé Kôno, seul dans un environnement naturel et calme. Il est en train de penser (comme le suggère la bulle de pensée). Il est assis par terre avec un ballon de foot à côté de lui. Kôno est pensif, seul et isolé. Les enfants sont invités à échanger sur le personnage et à imaginer entre eux : « à quoi peut-il penser ? » ou « de quoi pourrait bien se souvenir Kôno ? ».

Figure 1 Planche 1: " Je me souviens"

Cette planche permet d'accéder aux souvenirs spontanés de l'enfant, des souvenirs d'une période calme ou heureuse de l'enfant, avant les événements traumatiques. Les préoccupations actuelles de l'enfant peuvent aussi surgir si la remémoration n'est plus possible.

Après le moment d'évocation libre et les échanges, les enfants dessinent leur vision de « la vie avant la guerre ».

Cette première séance, centrée sur les souvenirs, s'inscrit dans une démarche de reconstruction d'une temporalité, très affectée par le vécu traumatique, en aidant les enfants dans la reconstruction d'un « avant » et un « pendant » la période d'exposition aux événements traumatisants pour ensuite les accompagner dans la représentation d'un « après » et un futur possible. La première session constitue aussi une étape de création d'un lien de groupe et la mise en place d'une illusion groupale suffisamment contenant, en démarrant sur des éléments positifs et un temps de vie sécurisant.

Séance 2. Planche : « Ce qui a changé chez moi... »

Kôno est en colère et jette une pierre en direction des autres personnages.

Au second plan sur la gauche de la planche, il y a une école. Devant la porte, la maitresse d'école (une vache) est en colère comme si elle venait de gronder Kôno. Sur la droite, deux « personnages enfants » (souris et grenouille) s'amusent avec un ballon de foot.

Le travailleur psychosocial invite les enfants à suivre l'évolution de l'hippopotame Kôno en donnant de détails. Kôno a des troubles du comportement qu'il n'avait pas avant : à l'école, il ne travaille plus bien, il se fait gronder et mettre à la porte de la classe. Ses amis ne comprennent pas pourquoi ils ne peuvent pas jouer au ballon avec lui comme d'habitude. Kôno est très irritable, agressif et s'isole de ses amis en se bagarrant avec eux.

Figure 2 - Planche 2 " Ce qui a changé chez moi..."

Cette planche doit permettre aux enfants d'évoquer leurs symptômes et les changements de comportement depuis la guerre ou les événements traumatiques vécus.

Pour favoriser cela, le travailleur psychosocial rappelle les différents symptômes énoncés lors de la psychoéducation et soutient les enfants dans la verbalisation de leurs propres réactions et symptômes. Il demande aussi aux enfants de représenter graphiquement dans un dessin : « ce qui a changé chez moi depuis les moments difficiles vécus » et ensuite de partager la production en groupe. En fin de séance, afin d'apaiser la possible charge émotionnelle due à l'évocation en groupe des moments difficiles, le travailleur psychosocial conduit un temps de stimulation sensorielle, basée sur la relaxation ou la respiration.

Planche 3 : « Ce qui me fait peur ... »

La planche représente l'hippopotame en train de faire une activité avec un animal adulte (dans l'image, le Panda). Kôno et le Panda sont assis sur une natte sur laquelle il y a des crayons de couleur, de la peinture, des cubes en bois, etc...

Kôno en train de construire une maison. Il pense aux moments difficiles qu'il a vécu (dans la bulle, on voit représentés des mauvais souvenirs : la maison est en train de brûler). Le Panda est en train d'aider Kôno dans son jeu de construction.

Le travailleur psychosocial en montrant la planche essaye de mobiliser les pensées des enfants autour de la difficulté de Kôno face aux souvenirs traumatiques. Il attire l'attention sur la rencontre de Kôno avec le Panda qui est une personne neutre et rassurante et qui ne le force pas à parler.

Le Panda à travers sa présence sécurisante, permet à Kôno de s'exprimer à travers la manipulation des objets et il arrive symboliquement à reconstruire ce qui a été détruit dans sa vie (la maison).

Figure 3 - Planche 3 "Ce qui me fait peur"

La session 3 permet de transformer/métaboliser les moments difficiles vécus en mobilisant les ressources internes nécessaires pour y faire face et en s'appuyant sur ces compétences pour se reconstruire.

Après avoir proposé un temps de discussion, le travailleur psychosocial demande aux enfants de faire un dessin dont la consigne est de représenter : « ce qui me fait peur » avec la possibilité de représenter quelque chose d'imaginaire (monstre ou cauchemar) ou de faire un dessin libre si la consigne mobilise trop d'angoisses.

De cette façon, comme dans la planche, le vécu traumatique des violences peut graduellement devenir mieux représentable, intégrable, mieux compréhensible pour les enfants. En présence d'un adulte sécurisant (le travailleur psychosocial), à travers la médiation du dessin, ils peuvent externaliser et personnifier leur peur en réduisant la charge émotionnelle associée. La séance se termine par un temps de relaxation.

Séance 4. Planche : « Mon entourage »

La planche représente Kôno qui a grandi. Autour de lui se trouvent des nouveaux amis (chien, lapin et canard : ce sont des animaux qui ne lui ressemblent pas et avec qui il ne jouait pas avant). Il joue au foot avec eux.

Figure 4 - Planche 4 : « Mon entourage »

Le travailleur psychosocial montre la planche : Kôno est à nouveau souriant, il a changé positivement (physiquement et psychologiquement). Il est content et ne s'isole plus, il n'est plus agressif. Il est devenu confiant et n'a plus peur des personnes qui sont différentes et il sait de nouveau créer des relations sociales et amicales.

Après avoir sollicité les réactions des enfants à cette image, le travailleur psychosocial leur demande de tracer sur papier la carte de leurs propres liens sociaux. Les personnes qui sont proches et celles plus éloignées, mais toujours présentes.

Ce travail de représentation graphique des liens, permet aux enfants de prendre conscience des ressources externes et de les voir comme des points d'appui sur lesquels ils peuvent compter dans les moments difficiles. La représentation graphique de l'entourage affectif réduit également la sensation d'isolement dans laquelle certains enfants se sont retranchés

Séance 5. Planche : « La vie quand je serai grand »

L'image représente l'ensemble des personnages rencontrés dans les planches précédentes : l'hippopotame Kôno (au centre), l'ours, la vache, le panda, la souris, la grenouille, le chien, le lapin et le canard. Ils ne font pas d'action particulière. On aperçoit en arrière-plan, le ballon de foot, l'école, l'arbre, la natte et le matériel des planches précédentes.

Figure 5 - Planche 5 : « La vie quand je serai grand »

Cette planche permet de réunir tous les éléments des planches précédentes pour réfléchir au parcours fait par Kôno. Le travailleur psychosocial peut demander aux enfants de faire leur propre résumé de l'histoire, à quel personnage ils s'identifient, et mettre l'accent sur les mécanismes de résilience et de reconstruction identitaire.

Parcourir l'évolution des personnages permet aussi de renforcer l'utilisation de ressources explorées pendant les séances, de réaliser qu'il y a des façons de faire face à des situations difficiles, et que chaque enfant a ses propres capacités de dépasser les problèmes.

Une réflexion à propos de « l'après » est sollicitée en discussion de groupe : « qu'est-ce qui se passe ensuite ? Que va faire Kono ? et ses amis ? etc. » afin d'explorer la capacité de se projeter dans le futur. Le travailleur psychosocial demande de représenter avec un dessin « la vie quand je serai grand ».

Résultats

Entre juin 2016 et mai 2017, 949 enfants ont participé à la séance de psychoéducation communautaire.

Suite à l'évaluation psychologique réalisée à la fin de la séance de psychoéducation, 674 étaient éligibles au dispositif de prise en charge groupale.

Les 674 enfants (410 filles et 264 garçons) ont tous accepté de participer. L'âge moyen des enfants était de 11 ans (Ecart-type 2,2).

Au cours de l'évaluation clinique faite en début de prise en charge, les enfants expriment et/ou montrent plusieurs difficultés et symptômes liés à leur détresse psychologique (cf. figure 6). En moyenne, chaque enfant présentait 4,9 difficultés.

Figure 6. Difficultés des enfants selon l'évaluation clinique

Impact quantitatif

95% d'enfants ont suivi le cycle complet de cinq séances. Un seul enfant a abandonné spontanément sans raison ; les autres enfants ont interrompu leur suivi car ils sont partis ailleurs.

A l'admission, 69% des enfants montrent un niveau de ESPT très élevé et sont situés en moyenne dans la tranche « Grave ». Parmi ces enfants, 12 % est situé dans la tranche « très grave ». Le tableau 1 nous montre qu'après cinq semaines d'intervention psychologique, les symptômes traumatiques ont réduit considérablement. Cette amélioration est importante et significative ($p < 0,001$). Cependant, les enfants, à la fin de la prise en charge se situent encore un peu au-dessus de la tranche « Modérée ».

Le score de 23 enfants, soit 3% du total des enfants pris en charge, ne s'est pas amélioré après les 5 sessions. Ces enfants ont été suivi en individuel.

Qualitatif

D'un point de vue qualitatif, deux éléments peuvent être pris en considération : les réactions des enfants aux planches et l'utilisation de l'outil dessin.

Les images servent de support aux enfants pour mobiliser leur imaginaire et pour mettre en mots, leurs peurs, leurs difficultés ou rêves, parfois pour la première fois depuis l'exposition aux événements traumatiques. « Kôno » a été perçu comme une personne qui a du courage, de la force, et la capacité de surmonter les difficultés ainsi de reconstruire des liens malgré les

changements de caractère et la présence des symptômes traumatiques assez envahissants. Les enfants se sont bien identifiés à ce personnage. Le support imagé, pas trop figuratif, associé au dessin, a permis à certains enfants, une relance des processus de l'imaginaire, très émoussés par le trauma.

Le « dessin » utilisé comme médiation pour externaliser les mouvements psychiques des enfants suite à la discussion autour des planches a été facilement accepté par les enfants. Parfois les enfants qui n'arrivaient pas à dessiner selon la consigne, du fait d'une difficulté d'accès à l'imaginaire en lien avec le trauma ou de l'importance des angoisses suscitées par la consigne (en particulier à la séance 3), ont pu s'inspirer pour leurs productions individuelles du dessin des autres enfants, s'appuyant ainsi sur le mouvement groupal.

Le déroulé des séances, en remplaçant l'événement traumatique dans une histoire, permet le déploiement d'une dynamique groupale : illusion groupale à la séance 1 et mouvements de différenciation à la séance 2, qui sont des étapes nécessaires pour la séance 3. De cette façon, la séance 3, qui est la plus difficile, devient « intégrable » par les enfants et leur permet une ouverture sur l'extérieur et l'avenir aux séances 4 et 5.

Appropriation du protocole de prise en charge par l'équipe

Un des objectifs de la mise en place de ce dispositif de soins psychologiques était de fournir aux travailleurs psychosociaux (des para-professionnels sans formation initiale en santé mentale) un outil thérapeutique facilitant leur travail avec les enfants.

Pendant les discussions menées lors des supervisions formatives tout au long et à la fin du programme, l'équipe a exprimé l'intérêt pour elle d'utiliser un tel protocole.

L'appropriation de l'utilisation de planches figurant des animaux n'a pas été immédiate. L'équipe a montré initialement une certaine réticence à utiliser des images représentant des animaux et pas des personnages réels. Le fait que les réflexions des enfants autour des planches ne correspondaient pas au réel de l'image proposée (par ex. ils ont eu des difficultés à identifier le vrai nom des animaux) a suscité des doutes sur l'efficacité de l'outil. Pour les aider, le psychologue encadrant l'équipe a complété les formations sur la projection et l'imagerie infantile pour outiller davantage les équipes en évitant qu'elles restent figées sur les détails représentés sur les planches. Une fois intégré la technique et compris l'utilité de la planche comme support pour aider les enfants à verbaliser autour de leurs propres représentations, souvenirs, peurs, fantasmes, etc., les équipes ont complètement adhéré au protocole.

Les travailleurs psychosociaux ont trouvé dans le dispositif un guide pour animer les séances, pour faire circuler la parole et les émotions en respectant un processus qui pouvait permettre la réélaboration traumatique et la projection dans le futur.

Discussion

Ce dispositif de prise en charge du traumatisme chez l'enfant a été construit pour répondre à la détresse d'une grande partie de la population jeune et très jeune de la Centrafrique touchée par le conflit. Le protocole vise à cadrer une équipe de para-professionnels de la santé mentale tout en garantissant un projet thérapeutique pour les enfants.

Les résultats quantitatifs montrent que les enfants ont amélioré leur bien être psychologique et réduit l'intensité du vécu traumatique.

En plus de la participation au dispositif, d'autres facteurs peuvent avoir contribué à la réduction de la symptomatologie traumatique : un changement même minime dans la précarité des situations de vie, ou dans l'affection montrée par les parents ou encore la possibilité d'avoir fréquenté l'école. Ces éléments n'ont pas été évalués lors de la réalisation du projet et pourraient être davantage mesurés dans des projets futurs.

Malgré l'amélioration très significative entre le début et la fin de la prise en charge, les enfants à la fin de la prise en charge continuent à montrer une présence de ESPT « modérée » selon la classification de l'échelle utilisée le CPTS-RI. Une prise en charge plus longue pourrait être envisagée afin de proposer aux enfants un deuxième temps thérapeutique pour stabiliser les résultats obtenus et réduire davantage la symptomatologie post-traumatique

Un deuxième cycle pourrait être structuré avec des séances plus espacées. Le renforcement des ressources identifiées lors du premier cycle pourrait être organisé à travers d'autres médiations : la pâte à modeler ou tout simplement la terre, l'utilisation des marionnettes pour personnifier les personnages du sociogramme et leur donner une histoire, imaginer d'autres scénarii futurs pour Kôno et ses amis. Des techniques de stabilisation corporelle et d'auto-apaisement pourraient aider les enfants dans leurs moments de solitude et reviviscence traumatique. Une implication des parents peut être envisagée pour accompagner les enfants dans le temps et renforcer davantage les résultats obtenus à travers le dispositif thérapeutique.

La dynamique groupale prévue par le dispositif a permis aux enfants de sortir de leur isolement et de se reconnaître dans les réactions des camarades.

Quand le « psychique individuel » était bloqué et ne permettait pas l'accès aux souvenirs, notamment à ceux liés à l'époque avant le conflit, le groupe a pu aider à construire un souvenir collectif et renforcer la sensation d'appartenir à un groupe. Les liens créés pendant le

groupe ont renforcé les ressources collectives fortement fragilisées par l'éclatement du tissu familial et communautaire ou par la méfiance due à la nature du conflit.

De manière générale, les enfants ont beaucoup investi les groupes thérapeutiques comme le montre le taux élevé de participation.

La prise en charge était très attractive pour plusieurs raisons. Les enfants centrafricains ont été largement exposés à des événements traumatiques et le manque d'espaces d'expression de leurs émotions et ressentis a enkysté la souffrance dans une dimension individuelle et intime. Le dispositif proposé avec ce projet a permis aux enfants l'externalisation des symptômes traumatiques ainsi que le partage des souvenirs d'avant la guerre, souvent effacés par les effets propres du traumatisme et/ou noircis par le long silence gardé par les adultes.

Les groupes ont offert aux enfants un espace sûr et bienveillant dans lequel ils ont pu s'exprimer et être écoutés par des adultes. Cette dimension est très importante dans un contexte où l'ouverture et la participation à l'école est très fragmentée et où la présence sécurisante des parents à la maison est très limitée¹.

Cela nous amène à considérer un autre facteur qui a permis une si large participation. Ce temps hebdomadaire de plus d'une heure a rempli un vide laissé par la fermeture des écoles, a permis de ponctuer le temps et de se projeter dans un cycle de séances avec un début et une fin. Ce temps linéaire orienté vers le futur a cassé la circularité de la répétition traumatique qui caractérisait les jeux et les pensées des enfants.

Enfin les équipes ont trouvé dans le protocole un cadre rassurant pour pouvoir interagir avec les enfants dans une relation thérapeutique de soins en dépassant le simple rôle d'animateur qui intervient sur un plan principalement occupationnel-récréatif.

Conclusions

Dans les contextes de conflit, la population peut être largement affectée par les événements traumatiques, en particulier les enfants. Les besoins de soins psychiques sont importants et parfois les compétences locales sont limitées, voire inexistantes. Proposer des dispositifs de soins pour des non-professionnels de la santé mentale peut garantir dans ces situations, une prise en charge thérapeutique de la souffrance des enfants, malgré le manque de ressources qualifiées. Le dispositif présenté ici, a pu être aisément utilisé par une équipe des travailleurs psychosociaux suite à une formation et avec une supervision réalisée par des psychologues experts. Ce protocole de prise en charge psychologique des enfants en détresse s'est avéré être

¹ Dans l'idée d'une prise en charge holistique du traumatisme collectif, les adultes des mêmes communautés ont pu participer à un programme de soutien psychologique visant la réduction de la symptomatologie traumatique.

un outil qui peut contribuer à la réduction de la symptomatologie traumatique des enfants centrafricains exposés aux événements traumatogènes. Ce projet pourra être répliqué dans d'autres contextes humanitaires pour répondre aux besoins des enfants traumatisés. Cela devra prendre en compte la dimension culturelle et des éventuelles adaptations du dispositif.

Remerciements

La réalisation de ce projet a été possible grâce aux financements de : ECHO (European Commission Humanitarian Office) et Global Affairs Canada (G.A.C.).

Références

- [1] Dozio, E., Peyre, L., Oliveau Morel, S., & Bizouerne, C. (2016). Integrated psychosocial and food security approach in an emergency context: Central African Republic. *Intervention*.
- [2] de Fouchier, C. (2015). Evaluation des besoins psychologiques. Save the Children.
- [3] Dozio, E., Bizouerne, C., Feldman, M., & Moro, M. R. (2017). Operational and ethical challenges of applied psychosocial research in humanitarian emergency settings: a case study. *Intervention*, 1. <https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000158>
- [4] Bailly L., "Psycho-traumatisme de l'enfant : avancées cliniques et théoriques", *Nervure*, 1999, 12, 6, pp.20-25.
- [5] Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53(9), 827-833.
- [6] Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606.
- [7] Carr, A. (2004). Interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Pediatric Rehabilitation*, 7(4), 231-244.
- [8] Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(3), 641-664.
- [9] World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. World Health Organization.
- [10] Kaës, R. (2000). L'appareil psychique groupal. Dunod, Paris.

- [11] Josse, É., & Crocq, L. (2014). Le traumatisme psychique: chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. De Boeck.
- [12] Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Presses universitaires de France.
- [13] Brun, A. (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Eres.
- [14] Wong, D. L., & Baker, C. M. (1988). Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs*, 14(1), 9–17.
- [15] Pynoos, R. (2002). The Child Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTS–RI). Available from Robert Pynoos MD, Trauma Psychiatry Service, 300, 90024–96968.
- [16] Pynoos RS, Frederick C, Nader K, et al. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44(12), 1057–1063. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240031005>
- [17] Olliac, B., Birmes, P., Bui, E., Allenou, C., Brunet, A., Claudet, I, et al. (2014). Validation of the French version of the child post-traumatic stress reaction index: psychometric properties in French speaking school-aged children. *PLoS One*, 9(12), e112603.
- [18] Morris-Smith, J., & Silvestre, M. (2015). *L'EMDR avec l'enfant et sa famille: contextualisation et travail intégratif*. Dunod.

Tableau 1. Impact des 5 séances sur la souffrance et les symptômes traumatiques

Echelle	Score à l'admission			Score à la sortie			Test échantillons appariés			
	Moyenne	Ecart-type	Min. Max	Moyenne	Ecart-type	Min. Max	Moyenne	Ecart-type	<i>t</i>	<i>sig.</i>
Echelle de souffrance	8,67	1,69	6 10	2,62	1,81	0 4	6,05	2,33	149,47	,000*
CPTS-RI	41,65	10,12	7 74	26,65	6,32	3 45	15,00	10,20	6,06	,000*

* $p < 0,001$

Figure 6. Difficultés des enfants selon l'évaluation clinique