CISP
COMITATO INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO DEI POPOLI

MÉDECINS DU MONDE

Aide psychologique sans frontières

Gestion des détresses multiples et sévères

ou l'accompagnement des intervenants dans le travail de proximité et de réseau en situation de crise

Dirigé par Mr Christian LECOMTE
Traduit en arabe par Melle Salima TADJINE

Après le tremblement de terre du 21 mai 2003 en Algérie



Pour chaque enfant
Santé, Éducation, Égalité, Protection
FAISONS AVANCER L'HUMANITÉ

unicef

Gestion des détresses multiples et sévères

ou l'accompagnement des intervenants dans le travail de proximité et de réseau en situation de crise

Après le tremblement de terre du 21 mai 2003 en Algérie

Dirigé par Mr Christian LECOMTE
Traduit en arabe par Melle Salima TADJINE

Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas celles de l'Unicef.

ISBN : 9947-0-0893 -2

Dépot légal : 1364 - 2005

Maquette : Arabest Communication. Tél. : 021 44 59 59

Photo de couverture : Mohamed Kadri

« Et pendant ce temps-là, Naïla et Camille sont nées… »

Remerciements

Nous exprimons nos plus vifs remerciements :

Aux autorités algériennes, centrales et locales, plus particulièrement le professeur Semid, Directeur des Actions Spécifiques ainsi qu'au Docteur Bouslimane du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière et le Docteur Naamani, Directeur de la Santé et de la Population de la Wilaya de Boumerdes, qui ont permis que ce projet se réalise, et nous ont accompagnés de leur soutien.

A nos bailleurs de fonds, la Fondation de France, la Région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), l'Ambassade de France, et l'UNICEF qui a financé l'édition de ce livre.

Aux associations, l'Association Aide aux Enfants en Difficulté et Abandonnés (AAEDA) et notamment son président Monsieur Derdeche, l'Association de Thérapie familiale (ATF), l'Association pour la Recherche et l'Etude du Trauma (AREP), la Ligue pour la Prévention et la Sauvegarde de la Jeunesse et de l'Enfance (LPSJE).

Aux formateurs, nombreux, d'Algérie et d'Europe, qui ont donné avec tant de générosité.

Aux professionnels, dont le courage et l'enthousiasme ont donné tout son sens à notre intervention.

Et, surtout aux populations sinistrées, en hommage aux victimes meurtries, aux victimes disparues qui nous ont mis au travail.

Sommaire

Avant-propos — Page 13

Professeur Semid
Directeur des Actions Spécifiques
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Introduction — Page 14

M. Christian Lecomte
Journaliste, écrivain
« J'ai mal partout, où sont mes parents et mes frères ? »

Chapitre 1 — Page 17

Genèse et historique des formations

1. Historique du projet " Intervention psychosociale suite au séisme du 21 mai 2003 "
« Pourquoi, pour qui, comment ? »
Mme Karinne Baligand Lecomte, Chef de projet
Mme Bouchra Kessai, Assistante de projet
Mme Eveline Chevalier, Coordinatrice Générale du CISP en Algérie

2. Le CISP en Algérie
« Engagement, réalités, anticipation »
Mme Eveline Chevalier, Coordinatrice Générale du CISP en Algérie
Mme Fadila Chouakri, Assistante

3. Historique APSF
« Pourquoi, comment, quand ? »
M. Christian PETEL
Membre fondateur d'APSF, ancien président d'APSF-France,
Directeur de FRACTALE-Formation

4. Historique MDM
« Crise et post-crise, la nécessaire continuité de l'action.
L'exemple de la catastrophe de Boumerdes »
Mme Pilar ARCELLA-GIRAUX
Psychiatre, référent technique associatif
et ancienne coordinatrice de la Mission Algérie,
Médecins du Monde.

Chapitre 2 — Page 26

Interview croisé : formateur algérien, formateur étranger

« Deux formateurs, quatre questions... »
M. Mohamed Laroussi
psychiatre, thérapeute de famille
Centre de Dely Brahim, EHS de Cheraga.
M. Bernard Martinez
Pédopsychiatre, psychanalyste et thérapeute familial

Chapitre 3 ——— page 28

« Gestion des détresses multiples et sévères »

A - Formation pour le groupe associatif

Module 1
« Deuil, déni, révolte... »
Formateurs :
M. Jean-Marie Lemaire,
Neuropsychiatre, thérapeute de famille.
Concepteur de la clinique de concertation
Mme Fatima Téguia,
Éducatrice spécialisée, thérapeute de famille.

Module 2
« Ecouter l'autre renvoie à la capacité d'être seul »
Formateurs :
M. Philippe Gérin,
Psychiatre, pédopsychiatre, praticien hospitalier
Mme Bedira Lesbet,
Assistante sociale.

B - Formation pour le groupe santé

Module 1
« Nous appartenons à des cultures du soupçon... »
Formateurs :
Mme Claire Delforge,
Psychologue clinicienne,
Psychanalyste et clinicienne de concertation
Mme Bouchra Kessaï,
Psychologue clinicienne,

Module 2
« Les grenouilles dans le camp d'Albanie... »
Formateurs :
M. Jean-Marie Lemaire
Neuropsychiatre, thérapeute de famille
M. Mohamed Laroussi,
Pédopsychiatre, thérapeute de famille.

Chapitre 4 ——— page 39

Témoignage
« Qu'est-ce qui vous fait honneur ? »
Feiruz et Nadjiba

Chapitre 5 ——— page 42

Thérapie familiale et approche contextuelle

A - Formation pour le groupe santé
Module 1 et 2
« Les thérapeutes impolis... »
Formateurs :
M. Pierre Michard,
Psychologue, philosophe.Clinicien, thérapeute de famille,
Mme Karima Ammar,
Psychiatre, thérapeute de famille,
M. Bernard Martinez,
Psychiatre, thérapeute de famille
Mme Hakima Souki,
Psychiatre, thérapeute de famille.

B - Formation pour le groupe associatif
Module 1 et 2
« Les silences de M. Boualem... »
Formatrices :
Mme Michèle Laurent,
Psychiatre, thérapeute systémique.
Mme Faouzia Chaoui,
Psychologue clinicienne. Thérapeute de famille.
Mme Magda Heiremann,
Psychologue, thérapeute de famille
Mme Nadia Ouarek Amedjout,
Psychologue orthophoniste, thérapeute de famille.

Chapitre 6 ——— page 50

Témoignage
« Enfin valorisés... »
Fahima,
Psychologue clinicienne dans une polyclinique d'Alger.

Chapitre 7 ——— page 51

Travail clinique avec l'enfant et sa famille

A - Formation pour le groupe associatif

Module 1 et 2
« Si j'avais pu le sauver, je l'aurais fait ! »
Formatrices :
Mme Claire Delforge,
Psychologue clinicienne,
Psychanalyste et clinicienne de concertation,
Mme Souad Rasnaama,
Psychologue clinicienne,
Mme Joëlle Thonar,
Psychologue clinicienne, psychothérapeute de famille
Mme Nadia Bioud,
Psychologue clinicienne.

B - Formation pour le groupe santé

Module 1 et 2
« Autour du tourbillon oedipien... »
Formatrices :
Mme Suzanne Robert-Ouvray,
Kinésithérapeute, psychomotricienne,
Docteur en psychologie, psychothérapeute et enseignante,
Mme Saleha Ferhat,
Psychologue clinicienne,
Mme Florence Lacour-Bourgoin,
Psychologue clinicienne. Psychanalyste ethnologue
Mme Nachiba Taïbi,
Psychologue clinicienne.

Chapitre 8 ——— page 59

Témoignage

« Le 1512, aide psychologique par téléphone, j'écoute »
Melle Djamila Tella,
Psychologue clinicienne.

Chapitre 9 — Page 66

Travail de proximité, pratiques de réseau

A - Formation pour le groupe associatif

Module 1
« Etre dans le traumatisme... »
Formateurs :
M. Jean-Pierre Martin,
Psychiatre
Mme Saliha Ferhat,
Psychologue clinicienne.

Module 2
« Ce n'est pas que ton papa ne t'aime pas,
mais il ne sait pas te le montrer... »
Formateurs :
M. Carlos Parada,
Psychiatre
Mme Latefa Belarouci,
Psychologue clinicienne

Chapitre 10 — Page 68

Témoignage
« Sous la tente de haillons... »
Mme Saliha Ferhat,
Psychologue clinicienne à l'hôpital Drid Hocine
Mme Souad Rasnaama,
Psychologue clinicienne à l'hôpital Maillot de Bab el Oued.

Chapitre 11 — Page 68

Travail avec l'adolescent

A - Formation pour le groupe associatif

Module 1
« Mon image qui tombe à l'eau... »
Formateurs :
M. Damien Bael,
Psychologue clinicien, thérapeute de famille,
M. Mohamed Laroussi,
Psychiatre, thérapeute de famille.

Module 2
« Le complexe du homard... »
Formateurs :
M. Pierre Michard,
Psychologue clinicien, philosophe, thérapeute de famille
Mme Nassima Metahri,
Psychiatre psychothérapeute de famille

Chapitre 12 — Page 77

Témoignage
« La famille peut nous aider... »
Rachida Ouerd,
Psychologue orthophoniste, secteur sanitaire de Thénia - Boumerdès.

Chapitre 13 — page 78

Groupe de parole

A - Formation groupe santé

Module 1 et 2
« Oser se montrer aux autres... »
Formateurs :
Mme Suzanne Robert-Ouvray,
Psychomotricienne, docteur en psychologie clinique,
Psychothérapeute, victimologie et enseignante.
Mme Bouchra Kessaï,
Psychologue clinicienne
M. Laurent Dumoulin,
Psychologue clinicien, thérapeute de famille

Chapitre 14 — page 80

Témoignage
« Saturés, fatigués, traumatisés... »
Karim Taïba,
Médecin, cellule de proximité, Blida
Abdelkader Benaïchouba
Psychologue, cellule de proximité de Blida

Chapitre 15 — page 81

Ecole- Famille- Pratique de réseau

A- B Formation Groupe santé et milieu associatif

« On met le papa à la poubelle, ensuite sur le toit »
Formateurs :
Mme Marie-Claire Michaud,
Thérapeute de famille
Mme Claudine Alhinc,
Psychosociologue.
Toutes deux sont membres de l'association Ecole et Famille, à Paris.

Chapitre 16 — page 83

Journée d'évaluation
« Photos, anxiété, honneur et autres choses remarquables »
22 septembre 2004, bibliothèque universitaire de Boumerdès.
Journée de clôture du projet d'intervention psychosociale suite au séisme.

Postface — page 87

Dr. Jean-Marie Lemaire
Neuropsychiatre, thérapeute de famille

Le terrible séisme du 21 Mai 2003 qui a ébranlé les wilayas de Boumerdès, d'Alger, Blida et Tizi-Ouzou a engendré un lot de malheurs et de souffrances effroyables.

Ses effets désastreux sont intervenus à la suite d'une série douloureuse d'événements traumatisants, la violence terroriste de la décennie écoulée et les inondations meurtrières du 10 Novembre 2001.

L'Etat Algérien a mis en œuvre l'ensemble de ses moyens pour secourir, assister, réconforter les citoyens victimes du tremblement de terre et les aider à se reconstruire.

Ses efforts ont été magnifiquement soutenus par un élan généralisé et spontané de solidarité nationale qui a mobilisé l'ensemble des citoyens et le mouvement associatif national.

L'aide et l'assistance de la communauté internationale ont été appréciables et ont contribué à alléger les souffrances des victimes.

Au-delà de la prise en charge immédiate des traumatismes physiques s'est simultanément imposée la prise en charge du stress extrême causé par le séisme et des traumatismes psychologiques qui risquaient d'être durables.

Dans ce cadre l'ensemble des professionnels de la santé mentale, psychiatres et psychologues, éducateurs et travailleurs sociaux ont été mobilisés par les Institutions nationales et étaient aux côtés de victimes dès les premières heures, parfois d'ailleurs de façon spontanée et sur leur propre initiative.

Un effort d'organisation des interventions a été entrepris par les services publics qui ont entrepris de coordonner l'action de tous les intervenants et d'y intégrer les Spécialistes de la santé mentale d'Associations à caractère humanitaire internationales.

L'expérience de ces dernières dans le domaine du soutien psychologique, de l'accompagnement des victimes pour les aider à se reconstruire ainsi que dans le soutien des professionnels de la santé mentale eux même a été d'une contribution inestimable à la qualité et à la pérennité de l'action en faveur des victimes du séisme.

Le travail accompli par le Comité International pour le Développement des Peuples (C.I.S.P), Médecins du Monde, et Aide Psychologique Sans Frontières (A.P.S.F) et. d'autres intervenants en complément des interventions des services de Santé, de la Solidarité, de l'Education et des Associations nationales avec le soutien des Agences des Nations Unies (O.M.S, U.N.I.C.E.F) a largement participé à la reconstruction des professionnels de la santé mentale et l'amélioration de leurs compétences.

Une capitalisation de tout le travail accompli s'imposait pour une meilleure appréciation de la dimension des détresses sévères et un regard neuf sur leur approche et leur gestion.

Tel est l'objectif de cet ouvrage réalisé par des intervenants et pour les intervenants, auxquels un vibrant hommage doit être rendu pour leur action en faveur des personnes en détresse.

Professeur Abdelkader SEMID

« J'ai mal partout, où sont mes parents et mes frères ? »

Longtemps après, on se souvient de ce que l'on faisait à ce moment-là, où l'on se trouvait, avec qui l'on était. On ne peut oublier cela.

19h44 le 21 mai 2003. Un grondement lointain qui approche et le sol qui se dérobe, qui bouge.
Un tremblement de terre. Il faut sortir, vite. Cela dure quelques secondes. Cela dure longtemps.
Les Algérois se ruent au-dehors, dévalent les cages d'escalier.
Le bitume est devenu un étrange tapis roulant.
Des cris, des pleurs, des crises de nerf.
On se cherche, on appelle les enfants.
On ne sait encore rien. On cherche déjà l'épicentre. L'électricité est coupée. A la radio, on parle de Boumerdès « la plus touchée ». Des immeubles auraient croulé. Il y aurait des morts. Trente, quarante, cent.
Les rues d'Alger sont noires de monde. Les gens s'installent dehors par crainte de nouvelles secousses. Vieux, vieilles, ados, gamins, nourrissons. Alger improvise un vaste terrain de camping. Couchages, couvertures, sandwichs. On se raconte encore 19h44. Tout le monde a senti et éprouvé la même chose.

A Bab El Oued, des immeubles seraient tombés, à Belcourt aussi. D'après la rumeur.
Les téléphones ne marchent plus. Les réseaux sont saturés. A la radio, on lance un appel au calme. Un journaliste confirme que Boumerdès est très touchée, Zemmouri, aussi, ainsi que Thénia et Bordj Menaïel. « Plusieurs immeubles se sont écroulés, des gens se sont jetés par leurs fenêtres », raconte un témoin. La zone industrielle de Rouiba, à 30 km d'Alger, est également touchée. Des bâtiments seraient réduits en poussière. Les Algérois ont tous de la famille là-bas. On monte dans les voitures et on prend la route. A une cinquantaine de kilomètres d'Alger, sur la côte.
Vers minuit, l'électricité revient enfin. Mais toujours pas de téléphone. Comment savoir ? Comment contacter les proches ? Comment les rassurer ?
Une nuit blanche dans les rues d'Alger. Les espaces verts, les places publiques, les terre-plein se sont mués en un vaste dortoir à ciel ouvert. Les vieux racontent aux plus jeunes le séisme de 1980 à El Asnam (160 km d'Alger) qui a fait 3000 morts. « L'Algérie est une zone sismique, on vit avec cela depuis toujours », disent-ils.
Les bilans enflent à la radio. Cent, deux cent, trois cent morts.

Au petit matin, à l'hôpital Mustapha d'Alger, des civières sont posées ici et là, un peu n'importe où, dans les couloirs, dans la salle d'attente, dans la remise à linge.
Ceux qui ont eu la chance d'avoir été évacués sont hagards. Ils jettent des regards plein d'effroi. Ils ne comprennent pas le sang qui les couvre, les va-et-vient incessants, les cris, les ordres. On leur promet qu'on s'occupera bientôt d'eux. Il y a des cas plus graves, leur explique-t-on.
Un homme, la tête entourée d'un bandeau rougi, sourit. Il comprend et patiente, en s'excusant presque. Derrière une

porte, d'autres civières alignées, chacune couverte entièrement d'un drap : des corps sans vie.
Une interne du service des urgences est assise sur une chaise, les bras ballants. Elle a passé toute la nuit, auscultant, pansant, posant des perfusions. « Je suis venue spontanément hier après la catastrophe, on ne s'est pas arrêté une minute » lâche-t-elle.

Elle a répondu aux appels lancés sur les chaînes de radio. Les professionnels sont réquisitionnés, médecins, infirmières, agents de service. « Cela a été dur de quitter les miens, eux aussi ont besoin d'être soulagés, explique-t-elle. Ils ont eu si peur, tout le monde a eu si peur. On n'a pas compris ce qui se passait et puis je me souviens que mon frère a crié tout à coup: tout le monde dehors, c'est un tremblement de terre ! »

Une petite fille vient d'arriver, ensanglantée. La jeune interne se penche, tâte, pose un diagnostic rassurant : « Elle vient de Rouiba, son immeuble est tombé, elle n'a pas de nouvelles de sa famille, les secouristes l'ont dégagée il y a une heure à peine ».

Une autre jeune femme se penche, vêtue non pas d'une blouse mais d'habits civils. Elle est psychologue. Elle a intégré depuis l'aube la cellule d'écoute ouverte par le ministère de la Santé.
Elle sourit, apaisante.

- J'ai mal partout, où sont mes parents et mes frères ? demande l'enfant.
- Il y a eu une catastrophe, la terre a tremblé, tu n'as rien de cassé, tu as seulement des courbatures comme si tu avais aidé ta maman à faire le ménage du vendredi.
- Où sont mes parents ?
- On les cherche.
Blême, exténué, un docteur confie : « Je voudrais bien aller embrasser ma femme et mes gosses, mais il y a encore trop de travail ici »
Il est inquiet parce qu'il ne peut pas les joindre par téléphone. Aucune nouvelle depuis la veille. Le réseau est encore hors service. La psychologue promet d'écouter aussi les personnels soignants, les « débriefer » avant qu'ils ne quittent leur service.

Sur l'autoroute de l'est qui longe Alger, les embouteillages sont monstres.
La quatre voies est coupée à hauteur du pont de Baraki qui est fissuré et menace de se disloquer.
Les forces de police dévient les automobilistes vers le quartier d'El-Harrach.
« Cinquante minutes pour faire 7 km » constate avec dépit un médecin du Croissant Rouge.
Il a passé une partie de la nuit parmi les décombres, y retourne. « J'ai vu deux immeubles écroulés et plusieurs villas, j'ai compté 48 morts à l'hôpital. A Réghaia, un immeuble de 10 étages a chuté » témoigne-t-il.
Etrangement, le long des routes, des enfants portant leur cartable en bandoulière, s'en vont à l'école.

Reda attend à Boumerdès devant un immeuble complètement retourné.
Le toit a effectué une invraisemblable culbute et se trouve en lieu et place de la façade.
Leïla, sa nièce, est là-dessous depuis plus de 24 heures avec une centaine d'autres personnes.
Lorsque la terre a tremblé, la cité des 1200 logements a été le plus touchée. Par chance, l'appartement de la famille de Reda est intact. Tout le monde est sauf. Mais Leïla était chez une voisine. Toutes deux avaient programmé des révisions. Leïla est sous les gravats.
La nuit tombe.
Boumerdès, privée d'électricité pour la seconde nuit, est une ville fantôme. L'ombre des ruines se découpe, pesante, menaçante.
Par endroits, la ville se mue en un théâtre tragique. Les sapeurs-pompiers algériens allument de puissants projecteurs sur les lieux des fouilles.
Peu de monde, des militaires, des secouristes, des parents, des ombres immobiles et silencieuses.
Dibi, un chien Border Collie, court parmi les décombres, flaire, gratte, se fige, jappe.
Son maître est Linda, une jeune femme venue de Suisse avec d'autres secouristes.
A la caserne de la Protection civile de Boumerdès, se côtoient, Français, Espagnols, Italiens, Allemands. Tous sont arrivés dans la journée, invités par l'Etat algérien.
746 morts, 3419 blessés pour la seule wilaya de Boumerdès. Bilan provisoire figurant sur un tableau dans une salle de

garde de la caserne de Boumerdès.
A 2h15, des applaudissements montent, venus de la cité des 1200 logements. Une jeune femme vient d'être extraite des gravats, ensanglantée mais vivante. « Il y a encore beaucoup de monde là-dessous, dont des enfants » a-t-elle la force de dire.
Un officier implore le silence. Le moteur du générateur alimentant l'électricité est coupé. On entend des coups sourds et réguliers. Des survivants. La lumière revient. Des applaudissements encore.
Un homme, à bout, sanglote : « Il y a mes garçons là-dessous, d'habitude ils sont dehors le soir mais hier il y avait un match de football à la télévision »
Trois autres personnes sont évacuées, vivantes.
Plus tard, dans la nuit, Linda a lancé de nouveau Dibi à l'assaut des ruines pendant une trentaine de minutes.
Reda, les poings serrés, a suivi l'étrange balai de l'animal. Puis a compris. Dibi n'a repéré aucune trace de vie.
« Leïla est morte » murmure-t-il. Puis il supplie : « Il faut la sortir de là, nous la rendre »
A l'ombre des ruines, Linda s'est mise à jouer avec Dibi. Danse étrange entre l'animal et sa maîtresse qui n'offusque personne. Le chien a fait son travail et le jeu est sa récompense.

Peut-être 3000 morts...

Une semaine plus tard, à 3h15, la terre gronde et tremble à nouveau. Une réplique de forte magnitude. Plus d'une centaine ont été ressenties depuis le 21 mai.
Sortir encore. Dévaler les marches.
Les visages sont blêmes, le cœur bat vite.
Les enfants tirés de leur sommeil comprennent. « Zenzla » répètent-ils.
La peur s'est installée. Un bruit inhabituel fait tressauter. Les nerfs sont à vif, le ton montre entre les voisins. « Les gens ont perdu la tête, ils sont déboussolés » entend-on.
Scindés en unités mobiles, les psychologues sillonnent les communes sinistrées. Ils redoutent que ces répliques ne remettent en cause le travail effectué jusque là.

« Nous écoutons, nous observons, nous rassurons. Il faut que les gens parlent, qu'ils nous disent ce qu'ils ont vécu, ce qu'ils craignent encore de vivre » explique Nassima, une psychologue de Saïda (500 km au sud d'Alger) rencontrée à Dellys.

Elle s'est portée volontaire et soutient aussi ses collègues de la région : « Eux aussi vont mal parce qu'ils ont vécu le séisme. Comment dans ces conditions porter secours ? Comment évacuer la culpabilité qui les submerge ? Ils s'occupent des autres quand les leurs, leur femme, leur mari, leurs enfants ont tant besoin d'eux ? Voilà qui fait des nœuds. A nous donc, venus de loin, de les défaire »

A Corso, autre ville martyre qui jouxte Boumerdès, Smaïn avoue d'emblée qu'il est devenu fou. Son père et sa sœur sont morts. Sa villa s'est écroulée et le reste de la famille campe sous une véranda. Il ne reste du décor ancien que le bougainvillier qui a fléchi mais n'a pas rompu.

Depuis une semaine, Smaïn charrie les éboulis dans l'espoir de retrouver les pièces administratives justifiant qu'il est bel et bien le propriétaire du terrain. « C'est une mission colossale et totalement inutile mais il faut que je fasse quelque chose sinon je vais frapper mes gosses. Lorsqu'ils me regardent, je sens des reproches. J'ai été incapable de les protéger et quand la terre bouge à nouveau, je constate qu'il n'y a plus rien de solide autour de nous », lance-t-il. Les enfants des Smaïn ne jouent plus, n'apprennent plus. Les poupées, le ballon de football, les livres et les cahiers sont cassés, crevés, déchirés.

« Anarchie dans l'urbanisme, anarchie dans l'architecture » titre la presse privée. Des gens auraient profité du chaos semé par les années de violence et de l'insécurité pour s'approprier illégalement des parcelles de terrain au statut juridique incertain et pour construire à toute vitesse.

A Zemmouri, Ali Korichi s'est réfugié dans un autobus avec toute sa famille face à son habitation en partie détruite. Ali est chauffeur à la compagnie de transport de la ville. Il a dévissé les fauteuils du bus et son outil de travail est devenu dortoir. « A chaque réplique, dit-il, ma maison disparaît un peu plus et je ne pleure même plus. On tremble et l'on prie pour que la terre ne nous engouffre pas tous ».

Christian Lecomte

Genèse et historique des formations

1. Historique du projet «Intervention psychosociale suite au séisme du 21 mai 2003 »

« Pourquoi, pour qui, comment ? »

Trois jours après le séisme, une première rencontre est organisée au sein de Handicap International. Elle réunit des ONG (organisations non- gouvernementales) présentes à Alger depuis quelques années et qui possèdent déjà des liens entre elles et des ONG arrivées dans l'urgence ainsi que des professionnels indépendants souhaitant s'inscrire dans un projet d'aide aux populations sinistrées.

Dès cette rencontre, trois pôles d'intervention sont identifiés :
Le pôle médical dont la coordination est confiée à Handicap International
Le pôle aide matérielle et sociale dont SOS Kinderdorf assure la coordination materielle
Le pôle psychosocial est coordonné par le CISP

Assez rapidement, deux axes d'intervention se dessinent pour le CISP :

❶ Il propose des réunions de liaison ouvertes à tous les intervenants de l'aide et du soin. Le but est de mettre les intervenants sur site en relation afin de faciliter leur travail. Le CISP a proposé ses locaux, son secrétariat, l'animation et la rédaction de chaque P.V de réunion.
Les réunions étaient ouvertes à tous, qu'ils appartiennent au milieu associatif, au secteur publique ou autre.
La parole était libre et n'engageait les intervenants que personnellement. De mai 2003 à octobre 2004, 26 réunions ont pu se tenir

❷ L'équipe se montre disponible, visible et prévisible au cours de ses visites sur les sites. Les premières activités pendant les mois de juin, juillet et août ont consisté en l'évaluation des besoins au cours des rencontres avec les professionnels de l'aide et du soin :

A. en leur proposant des pauses café ce qui facilitait des conversations informelles et permettait de transmettre des informations.
B. en faisant circuler la parole entre les intervenants
C. en créant des liens entre les intervenants d'un même site
D. en servant de relais entre le terrain et les autorités, notamment pour les demandes matérielles
E. en assurant un soutien logistique au détachement des intervenants avec kits de jeux, bons d'essence etc.
F. en organisant des groupes de parole pour intervenants hors sites

Ces deux axes de travail ont très vite démontré que les intervenants avaient besoin de soutien s'ils voulaient poursuivre dans la durée leur travail sur le terrain. Ils ont exprimé une soif de formation, émise en premier lieu par les plus jeunes qui étaient aussi les plus nombreux. Ces derniers se sentaient démunis face aux différents et successifs traumatismes vécus par les personnes rencontrées. Ils estimaient ne pas être préparés à travailler dans des situations de catastrophe et se sentaient débordés.
Parallèlement, les responsables du CISP en relation avec les autorités locales et le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière ont recueilli une demande formelle de la part du ministère afin de mettre en place des formations à l'intention des professionnels du secteur de la santé.
En septembre 2003, est né un partenariat réunissant le CISP, MDM et APSF pour répondre positivement à la demande du ministère algérien concerné.

Pourquoi ce titre « Gestion des détresses multiples et sévères » ?

Selon Jean-Marie Lemaire, un élément reconnaissable du traumatisme est qu'il a un caractère extensif et ce serait une erreur de se limiter à considérer le traumatisme comme quelque chose qui n'attaque qu'une personne car il se diffuse. L'aide doit avoir donc un caractère extensif, ne pas se limiter à une seule personne. Ce serait contradictoire par rapport à la nature même du phénomène traumatisant. Les conséquences s'étendent, touchent les gens de proche en proche. Dans une famille, la mère est touchée d'une manière, le père d'une autre, les enfants encore différemment. Que l'on soit homme ou femme, délégué par une institution ou une autre, on considérera autrement la détresse multiple. Nous avons choisi ce terme afin de tenir compte de l'aspect multiple et pour ne pas refuser de voir ce qui se présente à nous, même si au départ cela peut sembler deux fois plus difficile. Le caractère extensif du traumatisme n'épargne pas les intervenants. Si l'aidant sombre et est seul, il est en danger. S'il possède les ressources pour comprendre ce qui lui arrive, il devient alors meilleur intervenant. L'intérêt du terme " trauma " dans son contexte médical est qu'il peut guérir. Le psychotrauma, de son côté, est plus difficile à réparer. " Trauma " ne rend pas compte de tout ce que l'on peut vivre, on préfère donc " détresses multiples " Nous devons être attentifs aux liens et voilà ce que l'on doit travailler. La notion de soin devient un soin au réseau.

Pour qui ?

Des psychologues, médecins, éducateurs, assistantes sociales, sociologues, psychiatres. Pour le premier groupe, tous étaient désignés par les directeurs des trois secteurs sanitaires de la wilaya de Boumerdès (Dellys, Bordj Menaïel, Thénia). Pour le second, ils appartenaient au mouvement associatif (AAEDA, AREP, FOREM, LPSJE) et aux cellules de proximité affiliées à l'Agence de Développement Social de Blida, Boumerdès et Oued Koreich.

Une formation comment ?

Des modules communs ont été proposés (gestion des détresses multiples et sévères, école et famille) et des modules au choix (clinique de l'enfant, travail avec l'adolescent, travail de groupe, thérapie familiale et approche contextuelle, pratique de réseau et proximité).

La durée et le rythme de chaque module ont été de quatre jours tous les deux mois.

« Nous avons souhaité que la formation ne soit pas un enseignement théorique mais un échange de pratiques. La formation, c'est ajouter des compétences à celles que les professionnels possèdent déjà, ça ne veut pas dire jeter à la poubelle tout le reste. Le formateur n'est pas un porteur d'eau mais plutôt un sourcier » précise Jean-Marie Lemaire qui poursuit ainsi : « Dans notre formation classique on ne nous apprend pas à travailler à ciel ouvert. Ici on va démontrer qu'on peut agir et que l'on a une relation d'aide suffisante »

« On a fait le choix de proposer une mosaïque et d'offrir une superposition de regards différents, ajoute de son côté Bernard Martinez. Nous avons souhaité que les gens puisent eux-mêmes dans ce qui leur est proposé, ce qui les aide à aller à la rencontre des personnes en détresse. Mais tout cela n'est que prétexte pour travailler avec les gens et leur montrer qu'ils ont des compétences. L'unité dans le travail a été : le processus de travail de groupe, le travail de réseau, le travail avec la famille. Nous ne proposons pas un enseignement de connaissances mais une participation à un processus de formation ».

Le plus important est le travail au quotidien des participants entre les modules. Pour les soutenir, un espace leur a été offert appelé « réunion de suivi » animée par les coordinatrices du projet et parfois avec l'apport de formateurs. Cinq groupes par secteurs géographiques ont été constitués, Bordj Ménaïel, Dellys, Thénia, Boumerdès et Tizi Ouzou. A notre grande surprise, ces réunions (62 au total) ont été investies de manière très sérieuse par les participants. Ils y prenaient part assidûment et plusieurs ont souhaité inviter d'autres collègues. Les contenus n'étaient pas identiques d'un groupe à l'autre car proposés en réponse aux demandes particulières : discussion de situations cliniques, discussions autour de thèmes ... Cet espace leur a permis de réfléchir collectivement à leurs pratiques spécifiques et aux modalités du travail en commun, autrement dit à travailler en réseau.

2. le CISP en Algérie

« Engagement, réalités, anticipation »

Le Comité Internazionale per lo Svilupp (Comité International pour le développement des Peuples - traduction en français) est une organisation non gouvernementale (ONG) européenne née en 1982 et constituée formellement en 1983. Il a son siège en Italie (Rome). Il opère dans le domaine de la coopération internationale et de la lutte contre l'exclusion sociale.
Sa philosophie et ses objectifs sont résumés dans la Déclaration d'intentions et le Code de Conduite pour les programmes (Avril 1997). Afin d'atteindre ses objectifs, le CISP réalise,en collaboration étroite avec ses partenaires locaux, des programmes humanitaires, de réhabilitation, de développement et de recherche appliquée dans 30 pays, d'Afrique, d'Amérique latine, du Moyen Orient, de l'Asie et de l'Europe. Les secteurs prioritaires pour les activités de coopération au développement sont : le développement rural, la sécurité alimentaire (agriculture, pêche, aquaculture, élevage à petite échelle), la lutte contre la pauvreté, la santé rurale et urbaine, l'éducation et la formation, la gestion des ressources naturelles et de l'environnement ainsi que l'appui au processus de paix.

Engagement

Il se trouve être engagé en Algérie depuis 1984, avec son programme de soutien au peuple sahraoui, en RASD.
Les années noires du terrorisme ont entraîné des besoins où l'**engagement** du CISP sur le terrain a permis d'être proche des populations :
- Le Projet Bentalha, dès 1999, et la mise en place d'un centre de soutien psychologique pour les personnes victimes du terrorisme dans la région, avec un regard particulier sur les enfants.
- Le projet, Rassauta, intitulé " Réhabilitation d'un quartier très touché par le terrorisme, par une action en faveur des jeunes "
- De même à la même époque, le CISP en appui du service de pédiatrie du CHU de Bab el oued organise des formations sur le travail clinique avec l'enfant.
- Et, depuis 2001, le CISP soutien un projet d'appui au CHU de Beni Messous dans le cadre de la coopération italienne.

Tout ce travail vient en appui aux professionnels algériens de l'aide et du soin pour souligner leurs compétences et donner des réponses ponctuelles à leurs attentes.

Son engagement a permis au CISP d'être aux premières loges dans les catastrophes naturelles, telles que les inondations de Bab-El-Oued en 2001 et le terrible séisme de mai 2003 qui a dévasté toute la région Est d'Alger (Boumerdès, Tizi-Ouzou, Blida).

C'est ainsi que lors du séisme de mai 2003, le CISP était présent dans la toute première urgence, ce qui lui a valu le rôle de " tête de pont " pour de nombreuses ONG internationales dans l'aide immédiate, puis de catalyseur entre ces mêmes ONG, la Société Civile Algérienne, et les Institutions du Pays, avec qui, des conventions de partenariats ont été signées.

Réalités

Tout ce travail a pu se faire grâce à une équipe du CISP, dynamique, persévérante et tenace qui se veut en contact permanent avec les **réalités** du pays.
La rencontre de CISP et de APSF a été le confluent des objectifs et des actions menées pour l'ensemble des

intervenants. Ces organisations ont apporté cette aide aux professionnels, dans ces moments dramatiques, pour travailler avec les ressources du pays. APSF a mis en place des techniques de travail nouvelles et adaptées à ces condition spécifiques au pays.
Conséquemment à cette situation, s'est imposé le projet " d'intervention psycho-sociale suite au séisme du 21 mai 2003 " Il a pu être réalisé grâce à la collaboration des Institutions, des associations locales et mis en place dans le cadre d'un partenariat avec le CISP/APSF/MDM.
Dans la complétion de ce projet, 2 séminaires ont été initiés l'un en octobre 2003, l'autre en mai 2004. L'écriture du livre s'est inscrite dans la capitalisation des interventions vécues suite au séisme de mai 2003 afin d'élargir les champs d'action, et faire bénéficier le maximum de professionnels concernés par cette expérience.
A la suite de cet engagement, le CISP a initié un projet " école de devoirs/ espace mères enfants " dont l'objet est de mettre à disposition des familles victimes du séisme , un espace communautaire.
De même que le CISP a collaboré à la mise en place d'une cellule de prise en charge psychologique des étudiantes et étudiants de l'université de la Wilaya de Boumerdes.

Anticipation

L'anticipation a permis à CISP de démarrer dès 2004, un projet d'aide au retour des migrants clandestins en provenance des pays du sahel, et venant échouer sur les bords de la Méditerranée, leur tentative de regagner l'Europe.
C'est par son anticipation, du fait de sa symbiose avec la réalité, qui permet au CISP, de par son écoute permanente des besoins, de prévoir les actions qui répondront aux besoins des détresses multiples dont souffre ce monde.

En conclusion, le CISP poursuit son action en Algérie sur 3 axes " engagement, réalités et anticipation " dont ce monde a tant besoin.

Mme Eveline Chevalier
Coordinatrice Générale du CISP -Algérie
Mme Fadila Chouakri
Assistante

3. Historique APSF

« Pourquoi, comment, quand ? »

Reprendre une histoire, c'est toujours, sinon la reconstruire, pour le moins la construire dans l'après-coup, dans le regard d'aujourd'hui, retourné vers les événements passés, en tentant de leur donner un contenu et du sens. La subjectivité du regard, de la réflexion, aussi de l'expérience et de la projection de tout cela vers le futur se confronte ici à l'objectivité des faits.
APSF s'est construit d'une série de rencontres, de hasards, d'implications, d'ambitions, de croyances. Ceux-ci se sont croisés, entrechoqués, confrontés, complétés.

Quand est-il né ?
Nous avions vu grand, sans doute parce que nous nous sommes retrouvés issus d'horizons et de pays divers (Michel Kerouac pour le Canada, Jean-Marie Lemaire pour la Belgique, Michel Berclaz pour la Suisse, et moi-même pour la France, auxquels se sont rapidement joints Eveline Chevalier, Claude Robillard, Bernard Martinez, Marie et Henri Lacoste, et d'autres encore).
Nous avions chacun nos propres expériences, notre propre culture, notamment dans le domaine de la formation. Il nous est venu à l'idée de les réunir au service d'un projet : aider ceux qui aident, intervenir auprès des intervenants, soutenir ceux et celles qui soutiennent.
Nous savions que, dans de nombreux endroits du monde, confrontés au malheur, aux catastrophes, aux traumatismes, des personnes étaient victimes et que d'autres s'étaient engagées, parfois même spécialisées dans l'aide aux premiers. Spécialisées notamment dans l'aide d'urgence, l'aide vitale, physique, morale, matérielle.
Notre singularité, en tout cas telle que nous la souhaitions, était de se préoccuper principalement de deux considérants :
D'une part, l'aide d'urgence passée, les personnes victimes risquent souvent de se retrouver seules, laissées ou délaissées, avec souvent un sentiment de perte ou d'abandon, parfois dans une réelle situation d'abandon,
d'autre part, les intervenants, les aidants sont aussi souvent eux-mêmes victimes directes ou indirectes des situations pour lesquelles ils sont amenés à intervenir, donnée peu ou pas reconnue et prise en compte, y compris parfois par eux-mêmes.
Tout cela peut avoir pour conséquence la création, à court ou moyen terme, d'une nouvelle forme de « victimisation », où le maintien du préjudice et de ses conséquences se confond avec ce qui demeure de l'identité propre de chacun. Restait à savoir que faire de ces considérants.
L'histoire d'APSF au niveau international, alors que quatre associations nationales s'étaient créées (Belgique, Canada, France, Suisse) fut alors marquée par nombre d'aléas et de vicissitudes qui ont rapidement entraîné le constat partagé de l'impossibilité de fonctionner de façon cohérente, et ont fait choisir que chaque pays ait sa propre structure, sa propre activité, ses propres rythmes.
Le Canada et la Suisse ont choisi de se dissoudre, leurs membres privilégiant de poursuivre le développement des idées et des actions dans des structures plus solides ou instituées (université, associations de psys, ONG).
En France comme en Belgique, les associations APSF ont choisi de se maintenir, estimant que si les formes d'action étaient difficiles à mettre en place, le projet était suffisamment pertinent pour ne pas tout laisser.
APSF-France a donc maintenu son existence, son site internet, ses rencontres, longtemps avec un petit noyau d'irréductibles.
Pendant ce temps, nos collègues belges, sous la direction notamment de Jean-Marie Lemaire, au titre d'APSF-Belgique et d'autres associations, intervenaient depuis plusieurs années en Algérie, et plusieurs personnes qui gravitaient autour d'APSF-France y intervenaient ponctuellement.
Vint, grâce notamment au travail courageux et volontaire d'Eveline Chevalier, le premier projet destiné à venir en aide aux personnes victimes du terrorisme en Algérie, financé par la France, et qui sollicita donc la responsabilité d'APSF-France. C'était à un moment où une nouvelle équipe se mettait en place en France, avec notamment Bernard Martinez comme président.
Le projet se transforma rapidement à la suite du dramatique tremblement de terre de Boumerdes, qui imposa de redéfinir le cadre de l'intervention et de tourner les forces disponibles vers l'aide aux personnes victimes directes ou indirectes de cette catastrophe.

Ce fut pour APSF-France l'occasion de développer une intervention conséquente dans ce pays avec qui les relations de la France et des français restent complexes, ambiguës, contradictoires, et pour tout dire si riches.
C'était aussi l'occasion de développer notre savoir-faire, que nous exercions les uns et les autres dans diverses activités cliniques et dans le champ de la formation, notamment autour de l'Association FRACTALE, qui avait servi de ferment et de point de rencontre à une bonne partie des futurs intervenants d'APSF-France.
Nos préoccupations autour du cadre éthique de l'intervention dans les groupes, trouvait là un terrain fertile pour faire grandir nos idées et nos pratiques. Les faire grandir dans la confrontation aux autres, ceux qui pouvaient attendre quelque chose de nous.
Ces autres, c'étaient d'un côté ceux qui, sur place, avaient ressenti la nécessité de faire appel à des intervenants extérieurs pour les aider à développer leurs potentialités et leurs compétences. D'un autre côté, c'étaient ceux qui étaient prêts à nous marquer leur confiance, notamment en nous fournissant les moyens matériels, logistiques et financiers nous permettant de développer les projets, et à qui nous devons des comptes de nos actions. C'étaient enfin, d'un troisième côté (la configuration du triangle, créatrice de confrontation, d'échange et de dialogue, n'était pas faite pour nous déplaire) nos partenaires, ceux et celles avec qui nous allions mener ces projets, les structures d'intervention sur place, nos collègues et ami(e)s belges avec qui nous avions déjà eu ailleurs et autrement l'occasion de participer à d'autres actions, formations et interventions, et avec qui il fallait développer dans un nouveau contexte fiabilité et confiance.
Nous avons tenté en permanence, comme c'était dans nos projets et échanges initiaux lors de la naissance d'APSF, de travailler et réfléchir sur les bases de la confiance, la légitimité de chacun et du contexte, le respect des mandats et de la place respective de chacun.
Cela nous a poussé à approfondir notamment la question de la place de l'intervenant, cet intrus venu d'ailleurs, qui ne peut se contenter d'asseoir sa légitimité ni sur l'attente qui lui est faite, ni sur ce qu'il sait de ses compétences et ce qu'il connaît de ses expériences antérieures.
Nous avons donc été constamment préoccupés, y compris dans nos échanges épistolaires avec les responsables sur place du projet, d'inscrire cette question de la légitimité de l'intervenant dans sa capacité à reconnaître l'autre pour qui il intervient, non d'abord comme celui qui attend de recevoir, mais comme un partenaire indispensable à la création même du contenu de la formation tel qu'il peut être donné.
Cette préoccupation de l'altérité n'est en aucun cas une posture ou une stratégie permettant de faire passer au mieux un contenu pré-construit et pré-mâché. Elle s'appuie sur une conviction et une expérience qui est que toute intervention, toute action de formation trouve sa pertinence dans la rencontre à l'autre, dans la construction du dialogue avec lui, dans l'attente réciproque qui, en s'énonçant, ouvre à l'échange, à l'élaboration et à la transmission.
Il ne s'agit pas non plus, pour que les choses soient précisées, d'une conception de l'échange où chacun pourrait, somme toute, recevoir quelque chose de l'autre, indépendamment de ce que lui-même attend et apporte.
Il s'agit bien plutôt de la prise en compte de la dynamique d'implication et d'engagement qui trouve sa validation dans la reconnaissance de l'autre tenu de reprendre à son propre compte ce qui est apporté pour le transmettre à son tour, non comme un savoir, mais par la réappropriation et la transformation au filtre de son expérience propre.
Ainsi, notre ambition pourrait être résumée comme le fait que le processus même de l'intervention, de l'attente réciproque identifiée, du dialogue fondant la légitimité sont tout autant ce qui se transmet et pourra être à nouveau par chacun transmis ailleurs et autrement, est tout autant l'objet de l'intervention que le contenu même de ce qui est apporté.
Comme beaucoup d'introductions ou de préfaces, celle-ci est écrite après que les choses qu'elle présente se soient passées. Moi qui n'ai pas pu me rendre encore en Algérie pour ressentir personnellement ce qui s'y déroulait et s'y construisait, j'ai déjà eu nombre de retours qui font penser que beaucoup de ce que nous souhaitions a pu s'y mettre à l'épreuve et s'y réaliser. Cela représente bien sûr le tout début de ce qui ne trouvera sa validation que dans la durée et la reprise de tout cela par les acteurs locaux dans et pour le futur.
Les chapitres qui suivent vont développer le contenu, le déroulement et les échanges retrouvés tout au long des actions entreprises. De France, je suis déjà le témoin que ceux et celles qui sont allés travailler sur place en Algérie ne sont pas revenus tout à fait les mêmes qu'avant leur départ.
Est-ce là un signe que ce qui a été fait a pu être utile à ceux qui, sur place, attendaient une aide et une collaboration ?
Je suis tenté de le croire.

Christian PETEL
Membre fondateur d'APSF
Ancien président d'APSF-France
Directeur de FRACTALE-Formation

4. Historique MDM

« Crise et post-crise, la nécessaire continuité de l'action »

L'exemple de la catastrophe de Boumerdès

Contexte

Médecins du Monde (MDM) est une association française de solidarité internationale crée en 1980 qui s'appuie sur l'engagement de bénévoles, de volontaires et de salariés, pour porter secours aux populations en situation de vulnérabilité en France et dans le monde.
La vocation de MDM est de soigner les populations les plus vulnérables en suscitant l'engagement volontaire et bénévole de médecins, d'autres professionnels de la santé, ainsi que des professionnels d'autres disciplines nécessaires à ses actions, en s'assurant l'appui de toutes les compétences indispensables à l'accomplissement de sa mission. MDM privilégie en toutes occasions des relations de proximité avec les populations soignées. A partir de cette pratique médicale, et en toute indépendance, MDM
révèle les risques de crises et de menaces pour la santé et pour la dignité, afin de contribuer à leur prévention, et milite pour instituer, en fonction d'une éthique de la responsabilité, les valeurs de la médecine humanitaire.
Dans le cadre de son action, MDM a mis en place de 1999 à 2002 et en partenariat avec l'association Primo Levi, un « Programme de formation au psychotraumatisme[1] » auprès de cinq groupes pluridisciplinaires de soignants algériens intervenant sur les conséquences psychologiques et sociales de la violence terroriste dans leur pays. Ce programme comportait des séances de formation qui se passaient à Paris et qui étaient renforcées par des échanges téléphoniques, par courriel, par fax... ainsi que par des courts séjours en Algérie de quelques membres de MDM et du Centre Primo Levi. Il faut dire ici que le terme de « formation » ne traduit qu'imparfaitement le riche processus de partage d'expériences et de réflexions qui a caractérisé ce programme. En effet, ce projet ne cherchait pas à « former des experts » mais à recréer des liens et à faciliter l'organisation d'un réseau favorisant les synergies entre les professionnels Par cette action, MDM prêtait son soutien à un mouvement associatif et à un engagement de nos confrères et de nos consœurs de la société civile algérienne qui reprenait son élan malgré les années de violences indicibles... Malheureusement les pluies torrentielles et les inondations du 9 novembre 2001 - qui ont fait tant de victimes, en particulier dans le quartier de Bab-el-Oued à Alger - sont arrivées et MDM s'est mobilisé en mettant en place une mission d'urgence. Cette mission a prêté son soutien aux structures de santé du quartier mais aussi à nos collègues algériens participant au programme sur le psychotraumatisme car ceux-ci s'étaient fortement engagés dans les actions de santé mentale mis en place par le système de soins algérien.
C'est ainsi que, d'une manière naturelle, MDM a envoyé sur place dès le deuxième jour suivant le séisme une équipe d'intervention d'urgence qui a tout de suite pris contact avec ces équipes pluriprofessionnelles que nous connaissions et qui, dans le cadre de la forte mobilisation nationale autour de cette tragédie, étaient déjà au travail.
Très rapidement, à travers ces contacts et celui du Comité International pour le Développement des Peuples (CISP), s'est imposé l'idée d'un projet psychosocial auprès des victimes du séisme comme la réponse la plus adaptée aux besoins de la population (en dehors bien sûr de la reconstruction...) C'est ce projet d'une durée d'un an qui arrive aujourd'hui à son terme.

[1] Voir le rapport " Du lien au soin " disponible sur le site Internet de MDM .medecinsdumonde.org

La question du temps dans les réponses aux situations de catastrophe

Beaucoup de publications ont été consacrées à la définition de la notion de catastrophe. Une des définitions des plus acceptées est celle de la Croix Rouge américaine qui considère la catastrophe comme « un incident de la magnitude d'un ouragan, un séisme, une famine... qui provoque de la souffrance humaine et qui génère des besoins auxquels les victimes ne peuvent pas répondre en utilisant leur système habituel » Ressortent de cette définition deux idées force : la première est la destruction qui entraîne une grande souffrance et la deuxième est l'ampleur ou les caractéristiques de l'évènement qui dépassent la capacité de la communauté touchée pour répondre sans faire appel à une aide exceptionnelle. Parfois, les catastrophes provoquent, comme c'est le cas pour le séisme du 21 mai 2003, de grands déplacements vers des refuges ou des hébergements d'urgence du fait de la destruction importante des lieux d'habitation. Dans ce cas particulier, il y a eu aussi destruction d'infrastructure productive, de services basiques essentiels (écoles, hôpitaux, etc.) et de bâtiments publics.

Face à ce type de situation, l'aide internationale arrive en général de manière rapide et massive. Cependant, la majorité de l'aide internationale est concentrée sur les étapes de crise et de post-crise[2] pour ensuite diminuer de manière souvent drastique. Or cette durée répond bien plus souvent à des critères institutionnels et des limitations des financements (qui diminuent sensiblement une fois passé le premier temps de la crise) qu'à une claire réponse aux nécessités de la population.

En effet, le temps des populations est différent de celui des institutions ou des financements et dépend de facteurs culturels, économiques, sociaux, etc. qui sont spécifiques à chacune d'entre elles. Ce temps est aussi influencé par le processus d'assimilation du traumatisme. Il se rapproche, dans ces circonstances, plus d'une spirale que d'un déroulement linéaire.

Lors de l'étape critique, la peur, le sentiment de vulnérabilité et d'abandon, ainsi que la nécessité de survivre sont très présents. Ces manifestations vont bien souvent se prolonger pendant la post crise par la peur d'une récidive de l'événement. Les troubles qui accompagnent ces sentiments peuvent aller de l'apparition de conduites de leadership spontanées (positives et négatives) jusqu'à la perte marquée de l'initiative; de l'apparition de conduites mesquines et délictueuses jusqu'au développement de conduites que l'on pourrait qualifier d'héroïques.

Si ces troubles ne peuvent pas être à priori pensés en terme de maladie mentale, la plupart des symptômes qui les accompagnent (troubles du sommeil, anorexie, moments de panique, etc.) relèvent d'une prise en charge à court, moyen et long terme. En effet, passées les étapes critique et post critique, l'étape de récupération va durer plusieurs mois et comprend la reprise d'une vie " normale " plus les actions nécessaires à la reconstruction psychosociale après la catastrophe. L'enjeu, lors de cette étape, est d'éviter une chronicisation ou l'apparition de nouveaux symptômes et de prévenir les conduites qui peuvent se développer pour gérer le stress (alcoolisme, toxicomanies, violence intrafamiliale, etc.) ainsi que les séquelles psychologiques après une phase plus ou moins longue de latence. Ceci tout en évitant de tomber dans la psychologisation ou médicalisation de la souffrance.

L'accompagnement psychosocial auprès des survivants apparaît donc fondamental lors de cette étape afin d'identifier et de traiter des situations de troubles psychiques en lien avec l'événement (deuils compliqués, dépression, tentatives de suicide, maladies délirantes, psychotraumatisme, etc.), ainsi que d'accompagner les personnes au moment où elles sont confrontées à la tâche de reconstruire leurs vies. Il faut noter que ce traumatisme fait écho parmi la population algérienne à d'autres traumatismes préexistant au séisme (violence politique, inondations de Bab-el-Oued...) La répétition des événements traumatiques qui est reconnue comme un facteur de risque supplémentaire est donc à prendre en compte dans ce contexte.

Enfin, la situation des plus pauvres, ayant un accès moindre aux services de santé doit faire l'objet d'une attention particulière. Ils ont en effet bien souvent moins de possibilités pour faire face à la situation quand se cumulent les effets propres au traumatisme et les difficultés socioéconomiques.

[2] Si nous nous en tenons au schéma proposé par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS), l'étape de crise d'une catastrophe comprend l'évènement lui-même plus les 72 heures qui suivent. L'étape de post crise est représentée par les 30 jours suivants.

La perspective psychosociale

L'approche psychosociale suppose d'une part, des interventions visant à modifier l'environnement en s'attaquant aux facteurs de risque et en développant les facteurs de protection; et, d'autre part, des interventions cherchant à renforcer la capacité de l'individu à faire face aux difficultés et ainsi développer en lui des facteurs de « robustesse »[3]. Ce type d'intervention soutient le processus d'adaptation en partant de l'idée - vérifiée dans la pratique - que la majorité des personnes possèdent des capacités pour composer avec une situation stressante.
Ainsi, l'intervention psychosociale n'est seulement un ensemble d'activités orientées vers le soutien aux victimes. Elle passe aussi par la prise en compte de l'expérience et des initiatives de la population en tant que collectivité. Plein d'actions développées par nos partenaires algériens correspond à ce point de vue. La tente dans laquelle deux soignants (en l'occurrence, Fatima et Fouzia) accueillaient à tour de rôle les enfants, les adolescents et les mères pour les aider à reconstruire leur expérience et le lien social, est seulement un des nombreux exemples partagés lors des rencontres entre les professionnels qui ont été organisées par le programme de formation MDM/CISP/APSF.
Par ailleurs, la reconstruction du tissu social est un processus dans lequel les soignants s'impliquent en accompagnant la population non seulement lors de la confrontation aux séquelles de l'événement mais aussi dans des actions de prévention pour mettre au profit de tous, l'expérience des populations touchées.

Pour assurer cet accompagnement, les actions de formation auprès des personnels soignants sont d'utilité car ces professionnels peuvent agir comme multiplicateurs dans les institutions et la communauté. Cela est arrivé avec les équipes pluridisciplinaires qui avaient participé au programme de formation de 1999 et qui par la suite ont organisé des actions de formation et des échanges avec d'autres professionnels dans le pays. Ils ont aussi adapté leurs connaissances et leur capacité à réfléchir et à travailler ensemble aux nouvelles situations d'urgence qui sont survenues. Quelques uns d'entre eux sont devenus formateurs dans le cadre du projet actuel.
D'autre part, lors des formations, les professionnels se sentent rassurés et soutenus non seulement dans leur action mais aussi dans leur réflexion collective et individuelle concernant la spécificité de chaque contexte. Les actions de formation, tel qu'elles ont été entreprises par le programme MDM/CISP/APSF représentent des processus dynamiques et des échanges qui renforcent la capacité d'action des professionnels et de leurs équipes à l'intérieur de la communauté.

Conclusion

Cette expérience a confirmé ce que nous avions déjà appris lors de nos interventions dans d'autres pays (par exemple après le séisme de la ville d'Armenia en Colombie), dans le sens que les interventions de santé mentale après les catastrophes sont largement imbriquées aux processus de reconstruction et de récupération des populations. Que le temps de cette reconstruction dépend de chaque population et des moyens qu'elle possède pour revenir à des conditions de normalité. Que l'accompagnement des populations lors de cette étape est fondamentale pour la prévention et le traitement des séquelles au niveau individuel et la reconstruction du tissu social au niveau de la collectivité. Soutenir les soignants pendant les nombreux mois que cette étape peut nécessiter et partager avec eux des informations utiles pour un travail qui sera de longue haleine est peut être la manière la plus sûre de fournir un soutien qui perdurera, nous l'espérons, lorsque MDM, suivant sa vocation en tant qu'organisation internationale humanitaire, sera parti.

Pilar ARCELLA-GIRAUX
Psychiatre, référent technique associatif
Ancienne coordinatrice de la Mission Algérie,
Médecins du Monde

[3] Guérette. Prévention de type primaire. In Thématique.

Interview croisé :

formateur algérien, formateur étranger

« Deux formateurs, quatre questions... »

M. Mohamed Laroussi
Psychiatre, thérapeute de famille
Centre de Dely Brahim, EHS de Cheraga.
M. Bernard Martinez
Pédopsychiatre, psychanalyste, thérapeute familial

Où étiez-vous le jour du séisme ?

Mohamed Laroussi : J'étais en France, au Mans dans la Sarthe. Une amie m'a informé qu'un tremblement de terre avait eu lieu. Je participais à une journée de formation et l'on m'a autorisé à laisser mon téléphone portable ouvert. Il était impossible de joindre Alger, j'ai failli laisser mon doigt à force d'appuyer sur la touche du téléphone, ils avaient mis une cassette spéciale pour l'Algérie qui disait que suite à la catastrophe les communications ne pouvaient aboutir. J'ai appelé quelqu'un au Canada qui a appelé quelqu'un en Tunisie qui a pu obtenir Alger et me rassurer, le réseau a fonctionné ... Je ne suis rentré sur Alger que le 26 mai, cinq jours après le séisme, car les places dans les avions étaient délivrées en priorité à ceux qui avaient perdu ou étaient sans nouvelle de proches.

Bernard Martinez : J'étais à Paris et j'ai appris qu'il y avait eu un séisme par la radio le lendemain matin. C'est étrange parce qu'enfant j'ai vécu moi-même un séisme en Algérie, c'était celui d'Orléansville (Chlef) en 1954.

Conservez-vous un souvenir précis lié au tremblement de terre ?

M.L. : Je préfère parler d'une caricature de souvenir. Quand la terre a tremblé, la mer s'est retirée sur plusieurs mètres et lorsque je faisais dessiner les enfants, beaucoup dessinaient les vagues dans l'autre sens, n'allant pas vers la côte mais vers le large, c'était impressionnant ... Je me souviens aussi de la générosité des gens qui avaient tout perdu. Autre chose : les gens ramenaient aux consultations leurs enfants juste pour savoir s'ils allaient bien. Il y a eu des consultations en masse et depuis elles se sont banalisées. On vient maintenant plus facilement consulter.

B.M. : Je suis venu en Algérie en octobre 2003 pour une formation, donc cinq mois après la catastrophe. Je me souviens des lézardes sur les murs d'Alger et de l'absence de ruines dans les sites, tout avait été déjà déblayé et on ne voyait plus que les surfaces. Je me souviens aussi qu'on était en train de monter un projet pour les enfants victimes du terrorisme et ce projet a été complètement reconverti pour tout autre chose, en faveur bien sûr des victimes du séisme.

Au contact des professionnels étrangers, leurs homologues algériens disent se sentir enfin valorisés parce qu'ils prennent conscience qu'ils font beaucoup de choses, qu'ils savent beaucoup de choses et qu'à leur écoute les Européens ont, eux aussi, appris. Il y aurait eu échange. Avez-vous également ressenti cela ?

M.L. : En tant que formateur algérien, j'ai reçu. Chaque participant a reçu. Par rapport au travail antérieur au séisme, les années du terrorisme surtout, il y a désormais une reconnaissance du travail. Les professionnels ici se sentent mieux considérés dans leur activité au quotidien même s'il n'y a pas eu de revalorisation financière.

B.M. : Chaque fois que je suis venu en Algérie, j'ai reçu des choses. Il faut concevoir la formation comme un échange, la formation est une transformation réciproque. Par rapport au séisme, les gens nous ont donné l'autorisation de donner et c'est extrêmement important. Pour être formateur, il faut en face des gens qui demandent une formation et les gens qui nous permettent de donner nous font un cadeau relationnel exceptionnel. Toutes les personnes venues depuis l'étranger sont toutes d'accord à ce sujet. Elles sont rentrées épuisées mais avec une énergie formidable. Cela veut dire qu'il y a eu rencontre humaine et que quelque chose s'est passé autour de la transformation réciproque.

Quels bénéfices peut-on tirer de ces expériences ?

B.M. : Chacun a appris et continue d'apprendre. En travaillant sur des exemples cliniques, nous avons tous trouvé qu'il y avait mise à distance du phénomène traumatique, y compris chez les professionnels. On parlait de choses très graves et difficiles et les gens disaient « oui oui c'est comme ça » ... On demandait : « mais où est le traumatisme du séisme là-dedans ? » et les gens répondaient « mais on l'a tous subi » Il y avait une banalisation de la chose et c'est en faisant raconter aux gens personnellement ce qui leur était arrivé à propos de ce qu'ils racontaient qui était arrivé aux autres qu'ils pouvaient mettre à jour ce traumatisme. Un des principaux mécanismes de protection psychique mis en place dans ce genre de circonstance est le déni du traumatisme qui se met en place aussi chez les professionnels. Par ailleurs, pour répondre plus directement à la question, on peut souhaiter que le processus de travail en équipe se généralise, il faut superposer les regards et les outils, apporter un travail critique et constructif.

M.L. : Certains auteurs classent les victimes ainsi : primaires, secondaires et tertiaires. Les primaires sont directement au contact avec les événements traumatiques, les secondaires sont les proches ou amis de la victime et les tertiaires sont les professionnels de la santé mentale. Nous sommes tous en Algérie des victimes tertiaires du terrorisme, des inondations et du tremblement de terre. Mais la présence de l'intrus, de l'étranger facilite la parole. Je crois qu'il va y avoir une économie psychique, les gens vont travailler mieux et ils vont prendre conscience de leur valeur.

Gestion des détresses multiples et sévères

A - Formation pour le groupe associatif

Module 1

« Deuil, déni, révolte... »

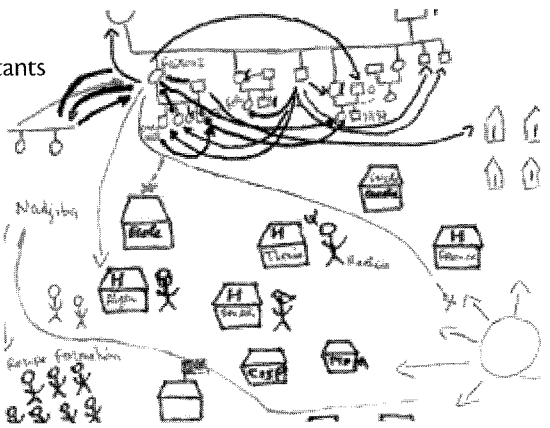
Formateurs :
M. Jean-Marie Lemaire,
Neuropsychiatre, thérapeute de famille.
Concepteur de la clinique de concertation
Mme Fatima Téguia,
Éducatrice spécialisée, thérapeute de famille.

M. Lemaire explique le choix du thème : « Gestion des détresses multiples et sévères » Il évoque un élément reconnaissable du traumatisme qu'est son caractère extensif. Le traumatisme se diffuse, en conséquence l'aide à apporter doit être large, ne pas être limitée à soigner une seule personne.
Il faut également distinguer les effets traumatisants liés aux catastrophes naturelles, au destin, dont personne ne porte la responsabilité et ceux provoqués par les hommes, par des crimes intentionnels cherchant à créer le traumatisme.
L'exemple algérien illustre parfaitement cela sur une période relativement courte. Il y a eu multitudes de traumatismes et peu de temps ou de ressources pour les considérer et les comprendre.
Le choix s'est donc porté sur les « détresses multiples », afin de tenir compte de cet aspect extensif.

Les participants sont invités à écrire tous les mots qui veulent dire « détresse » en Français, Arabe ou Kabyle.

L'utilisation du sociogénogramme et son intérêt sont abordés. Il permet de rassembler toutes les informations et s'est imposé comme un outil incontournable du travail de réseau dans ses diverses figures : la Clinique de Consultation, la Clinique du Passage, la Clinique du Relais, la Concertation Clinique, La Clinique de Concertation, la Coordination.

Il permet :
De garder un fil conducteur, même dans les moments les plus déconcertants
De mettre en évidence et valoriser les champs de superpositions
D'identifier et utiliser les diverses figures du travail de réseau
De faire émerger et enrichir les ressources résiduelles repérables dans les réseaux activés par les initiatives implicites et explicites des personnes qui vivent ensemble.



Une participante propose une situation clinique sur le deuil. M. Lemaire explique le processus de deuil et ses phases :
La stupeur (la personne est hagarde)
Le déni (on continue à faire comme si la personne n'était pas morte)
La révolte (la personne est en colère)
L'élaboration (la personne est triste mais continue à vivre)

Le deuil n'est pas pathologique, son processus est sain. Généralement, il se réalise de manière collective.

Le premier principe de travail d'aide et de soin est de ne pas nuire. Le second est de se montrer disponible ce qui ne signifie pas « être disponible » Il arrive que dire « non je ne suis pas disponible » soit une attitude professionnelle. Ne pas être disponible peut permettre de ne pas faire les choses à la place des autres.
Un des participants demande : « Qu'est-ce être psychologue et comment être psychologue dans un cadre autre que le bureau de consultation ? » M. Lemaire apporte un élément de réponse en reconnaissant que dans la formation classique des professionnels la pratique clinique enseignée ne se fait pas « à ciel ouvert » (le cadre est toujours celui d'un bureau). Il explique que l'on peut travailler ainsi et que la relation d'aide est suffisante. Puis il se réfère à un article de Papadopoulos, psychiatre et psychanalyste, dans lequel il relate comment il a passé son temps à aider des réfugiés à régler leurs problèmes de passeport ... en fait leurs problèmes d'identité !

Lorsque l'on est dans l'aide, le statut de l'aidant est très confus pour l'usager. Cela entraîne la question suivante : comment les usagers appellent ou nomment les intervenants quand ils s'adressent à eux ? Des mots sont écrits en Arabe et en kabyle pour désigner un psychologue, un aidant, une personne fiable.
Pour l'usager, il peut être plus aidant de prendre appui sur une personne fiable que sur un psychologue. Ce serait plus proche de sa réalité ou de sa représentation.

Un jeu de rôle est organisé, centré sur la relation entre deux professionnels. Sont expliquées les zones professionnelles spécifiques, les zones indéfinies et de compétences personnelles, les zones de recouvrement.
M. Lemaire remarque que les participants ont tendance dans le jeu de rôle à rester fixés sur deux positions : envoyer à tout prix l'usager chez le spécialiste et le faire parler. Dans la relation d'aide, il ne s'agit pas de demander aux gens « de se vider de leur contenu » Il faut apprendre à voir ce qui se montre et à entendre ce qui se dit.
Pourquoi vouloir chercher absolument ce qui est caché ?
Au terme de ce premier module, les participants émettent le souhait de travailler davantage le sociogénogramme et soulignent leur intérêt pour cet outil pratique qu'est le jeu de rôle.

Le deuil du monde

Un souvenir d'enfance tout à coup en passant près de cette bourgade de la Mitidja : sur une route de la Haute-Vienne, je lis sur un panneau de signalisation « Ouradour-sur-Glane », là où en 1944 les Allemands brûlèrent vifs les villageois qu'ils avaient regroupés dans la petite église ... Une peur indéfinissable, le monde drapé du noir absolu, la guerre qui s'immisçait pour la première fois dans ma vie ... Aujourd'hui la même épouvante palpable à Bentalha où 400 hommes, femmes, enfants furent massacrés la nuit du 22 septembre 1997 ... La douleur muette qu'un photographe avait saisie en figeant le visage d'une femme éplorée que la presse baptisa « Madone ». Image fixe devenue icône, portant le deuil du monde, qui au détour d'un chemin retrouva son cadre et rappela cet instant d'infinie détresse, autrefois, un jour de départ en vacances.

C. Lecomte

Module 2

« Ecouter l'autre renvoie à la capacité d'être seul »

Formateurs :
Philippe Gérin,
Psychiatre, pédopsychiatre, praticien hospitalier
Mme Bedira Lesbet,
Assistante sociale.

A l'écoute des participants qui à tour de rôle se sont présentés et ont fait part de leurs attentes, il ressort que ceux-ci sont en quête d'informations sur des outils pratiques.

M. Gérin précise qu'il ne considère pas les gens comme des patients, point commun qu'il possède avec M. Lemaire. « D'ailleurs, poursuit-il, vous les participants n'êtes pas tous des psychologues mais à partir du moment où vous effectuez un travail de soins, vous êtes tous des soignants. De plus, lors des catastrophes naturelles, les gens ne sont pas des patients, ils sont des victimes ».

Le cadre de travail sera la thérapie contextuelle. On ne traite que des situations et des gens dans des situations qui sont contextualisées.

La question de la langue est évoquée. « C'est par celle-ci que nous nous représentons les choses et que l'on apprend à penser » estime M. Gérin.

Dans la rencontre entre l'aidant et l'aidé la langue utilisée est celle de la conversation. Il s'agit de traduire les concepts théoriques en mots de tous les jours.

Comment se dit « soutien » et « prise en charge » en Arabe et Kabyle ? Les traductions sont écrites au tableau. Neuf mots sont trouvés pour « soutien », un seul pour « prise en charge » (en Kabyle).

La question centrale tourne autour du cadre de travail. Lorsque les participants disent avoir perdu leur cadre, il faut entendre qu'ils ne savaient pas faire le lien entre les concepts, les outils théoriques et ce qu'ils vivaient.

Comment travailler quand on est traumatisé ? « Après le séisme, on travaille sur les sites, ça bouge, à la maison aussi » M. Gérin répond en citant Winnicott : « Ecouter l'autre renvoie à la capacité d'être seul »

Une participante présente une situation où sont impliquées deux autres participantes. La première a aidé un enfant après le séisme, la seconde était l'aide scolaire de celui-ci à domicile, avant le séisme. L'enfant a perdu ses parents, des frères et sœurs pendant le tremblement de terre. L'analyse de cette situation traumatique extrêmement délicate n'est

Coquille et sentiments

Un psychologue français à qui une journaliste demandait quelle était sa fonction au sein de l'association humanitaire qui l'avait envoyé en Algérie répondit qu'il était chargé du volet santé mentale. En ouvrant le journal le lendemain, il lut son nom et le signalement suivant : chargé du volet sentimental.
La coquille ne le froissa pas.
Elle était belle comme un poème.

C. Lecomte

faite que partiellement, deux personnes du groupe étant personnellement et douloureusement concernées. Elle a néanmoins constitué un véritable soutien psychologique - par le groupe - de certains de ses membres.

M. Gérin présente à son tour une situation traitée dans un centre médico-psychologique à Paris. Elle est choisie pour son aptitude à montrer comment la synthèse clinique d'équipe est un outil essentiel du travail de soins pluridisciplinaires et comment elle peut jouer un rôle déterminant dans le processus thérapeutique.
Après la remise en scène de cette réunion de synthèse de l'équipe par un jeu de rôle suivie d'une longue discussion, les participants ont pu observer comment un maniement adéquat de l'outil pouvait non seulement éviter le blocage de l'équipe par le conflit mais surtout inverser son cours en exploitant sa dynamique au profit du processus thérapeutique.

Par étapes successives, la discussion amène la question de la religion lors des rencontres avec les gens.
« Parler de la religion est presque tabou, comment aborder cela avec les personnes que nous recevons ? » s'interroge une participante.

M. Gérin explique que la religion fait partie de la culture de chaque être humain et que chaque être humain possède une culture. Tout enfant qui grandit adhère à une mythologie (ensemble de valeurs et de croyances). Le mythe a une dimension de vérité psychologique qui participe aux mécanismes de structuration de l'individu.
M. Gérin évoque son approche de la question avec les personnes qu'il reçoit. Il s'appuie sur le concept d'objet transitionnel dans le développement de l'enfant proposé par Winnicott. M. Gérin considère l'objet culturel (ex : religion) comme un objet transitionnel de l'adulte.

Autre situation proposée par une participante, très particulière puisque traitée par téléphone (elle travaille dans un centre d'écoute) : un homme s'accuse de manière anonyme de pédophilie active et demande des soins sans vouloir être exposé car il craint une condamnation.

Le travail de groupe amène les participants à réfléchir aux divers systèmes de pensée pouvant se révéler complémentaires : la pensée dite scientifique issue de la psychopathologie dite savante d'origine occidentale et la pensée dite traditionnelle présente en nous sous des formes diverses.

Dans la situation évoquée, il était manifeste que la pensée psychopathologique butait : comment répondre à une telle demande sans risquer d'entrer dans une forme de complicité du système pervers à traiter (téléphone et anonymat, complaisance à l'écoute des détails, relation trouble de type sado-masochiste, impuissance ...) ? Le recours dans la technique du dialogue anonyme à une pensée de type plus proche de la pensée ancestrale (logique de la possession par un esprit) peut dans cette situation ouvrir d'autres perspectives dialogiques (effet de surprise, déstabilisation) et activer d'autres réseaux de prise en charge à effet thérapeutique.

Après les situations discutées, les participants reconnaissent lors de l'évaluation que des voies nouvelles leur ont été ouvertes et que la formation a donné une valeur à leur travail.

B - Formation pour le groupe santé

Module 1

« Nous appartenons à des cultures du soupçon... »

Formateurs :
Mme Claire Delforge,
Psychologue clinicienne,
Psychanalyste et clinicienne de concertation.
Mme Bouchra Kessaï,
Psychologue clinicienne.

Les attentes des participants ont été classées ainsi :

Comment et quand faire intervenir des psychologues lorsqu'une catastrophe survient ? Comment organiser leur travail (sur le terrain, il est arrivé que trois psychologues voient les mêmes personnes dans la même journée) ?
N'est-il pas néfaste que plusieurs psychologues prennent en charge un même enfant ?
Comment reconnaître les mécanismes de défense d'un patient lors d'une consultation ?
Comment prendre en charge une personne psycho-traumatisée ?
Quelles sont les nouvelles méthodes et techniques pour travailler avec l'enfant traumatisé ?

Explication du sociogénogramme

Le sociogénogramme offre l'avantage de visualiser le réseau et les situations où prennent part de nombreux intervenants. Il sert à repérer rapidement les ressources et les liens entre les personnes.
Ecrire facilite l'observation de la situation d'une personne ou d'une famille. On peut le faire avec elles. Elles comprennent ainsi ce qui est écrit. Toutes les démarches qu'elles effectuent sont résumées.
Il existe quatre lieux où est réalisé le sociogénogramme :

en consultation avec une famille
en réunion d'équipe
en clinique de concertation
en concertation clinique

Comment prendre en charge une personne traumatisée ?

Les psychologues ont été formés à repérer les symptômes, les manques et déficits. Il s'agit aussi de retrouver ce qui est sain et fiable, d'aller chercher les ressources. Il faut accorder au patient le droit de choisir et de voir ce qui est le mieux pour lui.
Comment mettre de côté les préjugés des psychologues, comment peuvent-ils entendre ce qui fait du bien aux personnes et comment peuvent-ils respecter leur choix ?
Il faudrait éviter autant que possible les jugements de valeur et s'exprimer comme si la personne était toujours présente.
Les psycho-traumatisés sont avant tout des personnes. Le risque est que les gens s'identifient à ce symptôme si on focalise trop dessus. Nous travaillons avec des personnes qui possèdent aussi des ressources.

Travail sur la signification de ce qu'est une détresse ou une souffrance

Il existe beaucoup d'expressions qui signifient la détresse mais aussi le traumatisme.
Nous préférons parler de gestion des détresses multiples parce qu'une personne ne se limite pas à un traumatisme. Il faut envisager celle-ci dans toutes ses dimensions. Derrière les troubles, il y a des personnes avec un réseau relationnel et des ressources. Notre travail est de les mettre en évidence pour prévenir la rupture des liens.
Les intervenants sont également touchés. Ils écoutent et ressentent inévitablement de l'épuisement, de la fatigue, sont sujets à des cauchemars. Il y a quelque chose du traumatisme qui se diffuse chez les intervenants.
Un participant interroge : « Ici en Algérie, les personnes n'ont-elles pas développé leurs résistances face à tous les événements subis ? »
Mme Delforge apporte la réponse suivante : « On parle beaucoup en ce moment du concept de résilience. Oui cela développe une résistance accrue intra-psychique mais aussi au niveau des liens »

Le joueur de domino.

Les nuits de Yacine sont blanches. Il veille sur le seuil de sa cahute, une hache à portée de sa main. Yacine a perdu presque toute sa famille, sa femme, ses deux filles de 16 et 12 ans, un garçon de 11 ans, sa belle-sœur. C'était une nuit, à Ouled Yaïch, sur les hauteurs de Blida. Yacine jouait aux dominos avec un ami, dans une autre bicoque, plus loin. Ils sont venus chez lui, ont tué. Un enfant de 6 ans a survécu, son corps a été protégé par celui de sa sœur. Il dormait profondément, le bruit des balles ne l'a même pas réveillé. Après le drame, des voisins l'ont emporté chez eux. Il s'est réveillé le lendemain, a vu les policiers et les journalistes. Il ne comprenait pas ce qui s'était passé. Il était devenu muet. Yacine a fait venir la grand-mère. Elle a emmené l'enfant au cimetière. Il a compté les tombes et il a compris ... Yacine s'est remarié parce que la tradition le veut ainsi, un homme ne doit pas rester seul. Il a acheté des nouveaux meubles qui cachent l'impact des balles sur les murs. Yacine dit que l'enfant va bien maintenant parce qu'il ne parle plus jamais du passé, de sa mère, de son frère, de ses sœurs. L'enfant appelle « maman » sa nouvelle maman. Elle attend un enfant. Yacine protege sa nouvelle famille toutes les nuits. Il a donné à la grand-mère toutes les photos de la famille d'avant. Il ne sait pas ce qu'elle en a fait. Elle les a peut-être enfouies sous terre ... **C. Lecomte**

Présentation d'une situation clinique sur site

Lors d'une visite d'un site où aucun intervenant n'était passé, une jeune fille très angoissée se présente. Après plusieurs rencontres, elle parle de son père très violent. La mère est inquiète pour ses trois autres enfants mais pas pour la jeune fille. Le père est momentanément absent du site (hospitalisé) et à son retour la jeune fille informe la psychologue qu'elle ne peut plus la voir car le père ne lui donnera pas la permission.
Ensuite, des faits indiquent que le père cherche à savoir qui est la psychologue et si elle est digne de confiance. Un garçon de 21 ans cherche en effet à la rencontrer pour un « problème personnel » Elle lui explique son rôle puis le surprend plus tard discutant avec le père de la jeune fille. Elle comprend qu'il est envoyé par le père.
Dans le camp, des dotations de lait sont effectuées, le père souhaite faire une offrande à la psychologue. Après plusieurs approches, il la rencontre et lui relate qu'il n'est pas originaire de la région, qu'il est d'ailleurs et serait considéré comme une personne ayant des liens plus ou moins proches avec des « terroristes » En conséquence, le voisinage se méfierait de lui.
Il confiera plus tard que sa fille a été victime d'un viol par des terroristes, à l'âge de 16 ans.
Des questions sont formulées en groupes sur cette situation :

Pourquoi y-a-t-il de l'agressivité entre le père et la fille ?
La détresse de la famille est-elle due au fait que la fille a été violée ou autre chose (chômage, terrorisme, assassinat du frère paternel ...) ?
La situation économique a-t-elle contribué à la violence du père ?
La haine de la jeune fille, le souhait de mort, une situation économique difficile ... tous ces facteurs contribuent à une réflexion sur le lien père-fille qui n'est pas seulement agressivité ou opposition car le père dépense de l'énergie pour que sa fille bénéficie de soins.
La famille souhaite-t-elle la mort de la jeune fille ?
Que recherche le père en s'adressant à la psychologue ?
Il y a malentendu quand on dit que le père refuse l'aide de la psychologue. L'entourage parlait de dangerosité mais on ne sait pas vraiment, on ne lui a pas posé la question.
Pourquoi le père a-t-il dévoilé le secret de sa fille ?
Parce qu'il a eu confiance en la psychologue mais si la fille ne parle pas, ce n'est nécessairement pas parce que le père le lui a interdit. Parler d'un viol est difficile.
La psychologue s'est-elle présentée correctement avec une blouse ?
Faut-il une blouse pour être professionnel ? La blouse blanche fait-elle le professionnel ? On conseille parfois aux médecins de l'ôter pour ne pas effrayer un enfant. On n'est pas plus respectable ou digne de confiance en blouse. On peut utiliser un badge sur les sites.
Pourquoi la psychologue n'a-t-elle pas fait un lien entre le père et sa fille quand la fille lui a confié l'agressivité de son père ?
Pourquoi la psychologue n'a-t-elle pas cherché à faire un entretien avec le père lors de son retour sur le site (puisqu'il est le chef de famille) ?
La psychologue n'a pas voulu prendre de risque pour la jeune fille et pour elle-même, le premier principe étant de ne pas nuire.
La jeune fille a-t-elle vu un gynécologue, y-a-t-il eu grossesse, avortement ?
Question très intrusive à poser avec beaucoup de délicatesse. On n'a pas besoin de savoir si « c'est vrai ou pas vrai »
La jeune fille a-t-elle présenté des symptômes post-traumatiques ?
Post-traumatiques au séisme, au viol, aux coups reçus par le père ?
Le père ne souffre-t-il pas d'une névrose nécessitant une prise en charge psychiatrique ?
Il est lui aussi en souffrance. Mais pourquoi devrait-il consulter un psychiatre ? Il a trouvé un lieu où déposer sa souffrance. Concernant la psychologue, elle aurait sans doute besoin d'aide car écouter à la fois le père et la fille est lourd. D'autre part, amener un collègue psychiatre à travailler avec elle est une toute autre chose qu'orienter la personne chez ce même psychiatre.
La haine de la jeune fille envers le père (le tuer) ne serait-elle pas due au fait que le viol (si viol il y a eu) a été commis par ce dernier (le père l'aimait tellement qu'il la battait) ?
Difficile d'apporter une réponse. « Nous appartenons à des cultures du soupçon » dit une participante. Si l'on ne fait plus confiance aux personnes qui viennent consulter, on ne peut pas travailler. Rien ne permet d'affirmer qu'il y a inceste. « Notre rôle est d'aider les gens, pas de savoir où est la réalité objective »
La question serait plutôt : pourquoi se sent-on obligé de mentir ? Mais le plus important reste la rencontre avec les personnes et les possibilités d'aide à leur offrir.
En quelles circonstances la complicité entre le père et le jeune homme de 21 ans s'est-elle établie ? On parle pourtant d'hostilité entre lui et le voisinage !
Pourquoi le père a-t-il quitté sa région natale ?
Pourquoi le père se tenait-il éloigné de la psychologue mais lui offrait du lait ?
Une participante se demande comment réagir face à des personnes racontant des choses incroyables comme s'il y avait une volonté délibérée d'impressionner.
Il lui est répondu que c'est parfois pour être certain d'être entendu. L'on pense que pour être reçu par un psychologue, il faut avoir une histoire extraordinaire à amener.
Les psychologues doivent percevoir au travers de l'histoire la souffrance et les ressources.
Aller de tente en tente, ce n'est pas pour détecter si les gens vont mal mais plutôt pour se rendre disponible. Lorsque la psychologue est allée voir les gens, elle s'est mise à disposition et cela est beaucoup plus thérapeutique que d'avoir à tout prix un entretien individuel avec la jeune fille.
Devant une famille en grande détresse, il est important de se mettre à disposition et qu'une rencontre ait lieu.
L'évaluation de la formation insiste sur le bénéfice du travail en groupe et des jeux de rôle qui permettent de visualiser une situation et une manière de faire. L'outil méthodologique qu'est le sociogénogramme a été apprécié. Le travail de réseau faisant défaut, les participants ont aimé se pencher sur ce sujet.

Module 2

« Les grenouilles dans le camp d'Albanie ... »

Formateurs :
M. Jean-Marie Lemaire
Neuropsychiatre, thérapeute de famille
M. Mohamed Laroussi,
Pédopsychiatre, thérapeute de famille.

Les participants souhaitent d'emblée que soient explicitées les différences entre clinique de passage et clinique de relais puis entre concertation clinique et clinique de concertation.

M. Lemaire explique que lorsque l'on fait une clinique de passage, on n'a pas le temps de vérifier comment les gens s'accordent. Dans la clinique de relais, on vérifie les liens entre les gens et les professionnels. Les administrations, parfois les professionnels eux-mêmes, pensent que ce n'est pas très important, que tout cela peut être réglé par une bonne coordination et que cela ne fait pas partie de notre métier. M. Lemaire pense au contraire que c'est là une question principale, la façon dont on « tricote », comment les liens sont faits. C'est apprendre ce qui se passe entre les professionnels surtout s'il existe des difficultés entre eux.
La clinique de passage construit peu d'histoires contrairement à celle de relais.

M. Lemaire aborde ensuite la concertation clinique et la clinique de la concertation.
Concertation clinique : lorsque tous les professionnels concernés se mettent ensemble avec la famille pour ensemble trouver des solutions.
Clinique de la concertation : elle inaugure un dispositif thérapeutique encourageant les relations humaines les plus fiables (familiales, amicales, professionnelles, interprofessionnelles, institutionnelles, inter institutionnelles et politiques). Il met en présence des familles qui vivent des détresses multiples et sévères, des professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle.

M. Lemaire présente un travail réalisé en Albanie dans un camp de réfugiés accueillant 160 familles, travail repérant les ressources résiduelles des réfugiés, travail sur les « espaces blancs ».
Le camp est clôturé pour prévenir certaines visites (mafia). Dans le programme d'aide, une dizaine de professionnels ont été recrutés (psychologues, éducateurs spécialisés, enseignants). Ils ont été formés à l'observation. Leur mission : « ne rien faire » mais regarder, repérer les ressources résiduelles. Ils doivent se montrer disponibles ce qui ne signifie pas être disponible. Exemple : arriver chaque jour à la même heure, se montrer, se promener. « Un après-midi, nous nous promenions dans le camp, notre groupe était repérable, un homme sort et nous offre du thé. Le groupe est déconcerté : on vient pour aider et on nous donne quelque chose. L'homme fait le diagnostic du groupe que l'on représente et dit : vous venez pour aider les gens, nous ça va mais au fond du camp il y a une famille que vous devez visiter, ils ont perdu les deux filles aînées, la femme (une enseignante) ne sort plus, elle pleure tout le temps, elle a deux petits garçons et ne peut pas s'en occuper. Le monsieur nous accompagne et on le laisse nous présenter à la famille pour dire quelque chose d'intéressant sur nous, lui est plus compétent pour savoir comment aborder cette famille. Ce n'est plus un réseau de dépistage que nous cherchons à mettre en place mais un réseau de contexte extensif de confiance. L'homme nous apprend à entrer en contact avec la famille. Celle-ci nous invite à entrer dans son chalet. Le père bouge beaucoup, il nous donne des bonbons, fait du thé. La maman est assise sur le lit. A la question de savoir que fait son fils de 11 ans quand elle est en extrême souffrance, elle répond : il me rejoint, il se blottit contre moi. Il est important de reconnaître tout le travail que fait son fils pour elle mais il ne va plus à l'école. Il faut trouver dans la relation mère-enfant quelque chose pour que l'enfant reprenne l'école. Par la suite, les visites devinrent régulières et la maman alla mieux mais elle ne put reprendre son métier d'enseignante, par contre elle put à nouveau s'occuper des enfants du camp ».

Les participants s'interrogent sur l'intervention d'urgence.

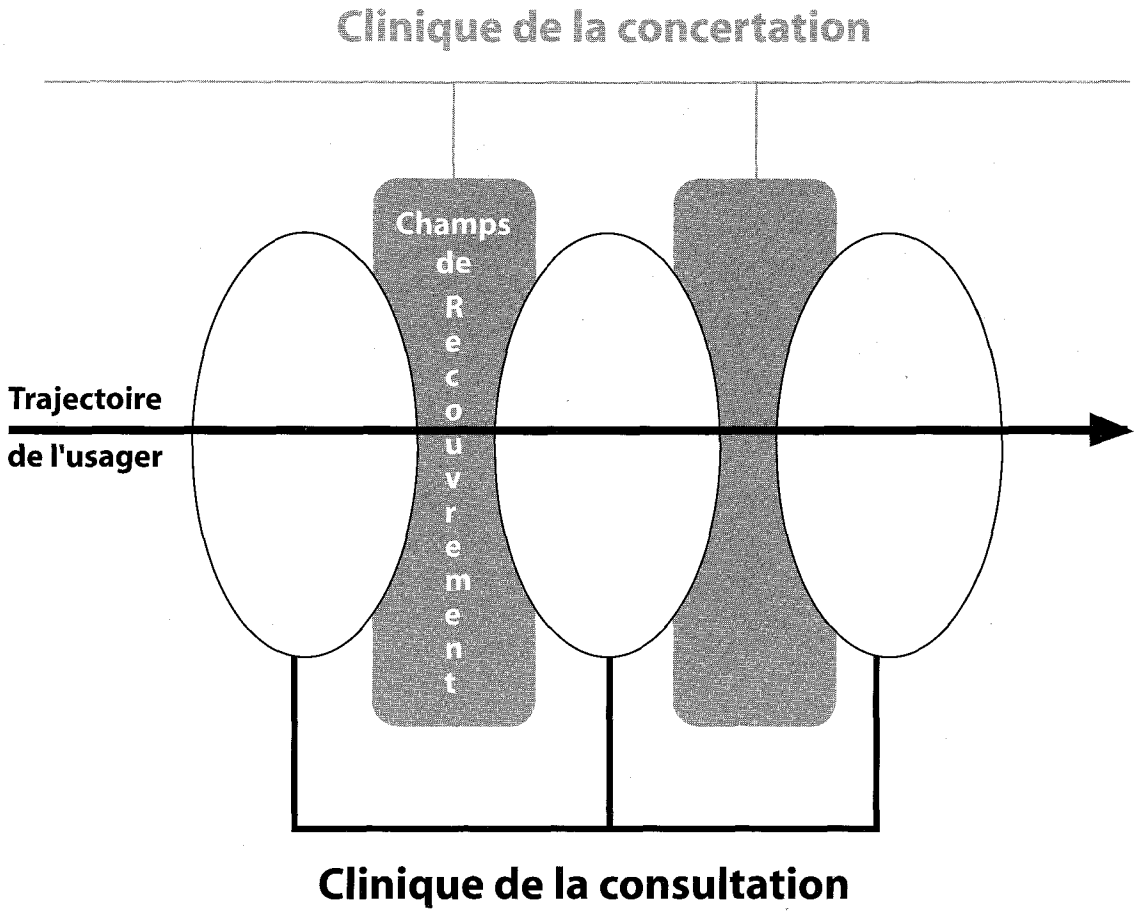
« Dans l'exemple précité, rapporte M. Lemaire, nous étions dans une étape de travail. Dans le camp, il y avait un dispensaire, des activités pour les enfants, nous n'étions pas dans l'urgence. Notre mission était de travailler en réseau avec les intervenants. Mais si l'on est dans l'urgence, ce travail de réseau, de relais peut aussi se faire ».

Un jeu de rôle est organisé autour de la simulation d'une situation clinique : un médecin reçoit trois personnes, une jeune fille de 15 ans Zina qui fait des crises d'angoisse, sa maman et une voisine. Le médecin l'oriente ensuite en l'accompagnant chez un psychologue.
Des questions sont posées telles que : « Comment travailler quand les gens viennent à plusieurs ? Voir les trois personnes séparément ou plutôt ensemble ? »
M. Lemaire prévient qu'il faut porter attention aux termes utilisés comme traitement, prise en charge, intervention.
Le traitement est :
s'interroger : je reçois les gens ensemble ou non ?
observer où il y a de la confiance
faire le bilan des difficultés, des ressources
choisir avec qui l'on va travailler dans le réseau
Traitement ou prise en charge sont du domaine « psy » et du domaine médical. Cela comprend plusieurs composantes.
Comment travailler avec la voisine ? demande une participante. Question pertinente qui renvoie au secret professionnel.
M. Lemaire estime qu'il faut aussi se poser cette question : a-t-on le droit de travailler sans la voisine ? Même si elle vient par curiosité ou envoyée par le voisinage. On doit lui poser la question de manière positive et elle sera obligée de réfléchir en bien, en lui demandant par exemple : en quoi votre venue vous paraît utile ? On l'incite ainsi à devenir quelqu'un qui participe et qui crée de la confiance.

L'intervention en entonnoir

Exemple d'un enfant qui se sent nauséeux à l'école. Il va dans le bureau du directeur, on appelle le médecin, on le renvoie à la maison, on appelle le médecin de famille, on fait des analyses, on l'envoie aux urgences de l'hôpital et finalement il subit une intervention chirurgicale.
Il y a hiérarchie, les premières interventions sont accessoires, le plus important est l'opération de chirurgie.
Autre exemple : un garçon n'écoute pas bien à l'école et il se bat souvent. On demande à l'UDS (Unité Dépistage Soins) de le voir en individuel et il apparaît qu'il y a des problèmes dans la famille. Les institutions de la protection de l'enfant sont activées. On fait une expertise de l'enfant et on juge nécessaire une prise en charge psychologique. On l'adresse donc à un psychologue. L'enfant s'y rend une fois et n'y retourne plus car il y a conflit entre la famille et les institutions.
La logique de l'entonnoir ne fonctionne plus. On va essayer de renforcer l'entonnoir, le comprimer mais on obtient un résultat inverse. Ca ne marche pas. Il faut changer nos hiérarchies entre l'accessoire et le principal.
Le principal va devenir le réseau, Il faut changer les habitudes, on entre dans une série de travail différent : le psy fait comme l'AS le médecin fait comme ..., l'AS fait comme ... Les gens nous font travailler dans une situation différente, avec de nouvelles habitudes, loin de ce que l'on a appris à l'école. Les usagers ne vont plus seulement activer la coordination ou la clinique de passage. Nous allons être de plus en plus attentifs aux trajectoires.

Dans la clinique de concertation, on ne laisse plus les usagers éloignés des discussions qui se tiennent entre professionnels. On va valoriser les champs de recouvrement (représentés dans la figure ci-dessous par des carrés parmi les ronds). Les familles présentant des détresses multiples sont fortes pour activer les champs de recouvrement.



Autre jeu de rôle : la situation précédente est réutilisée mais maintenant c'est le médecin qui se déplace avec la famille chez un psychologue, petit piège : en arrivant la maman glisse un mot dans la main de ce dernier. Sur le papier est écrit que sa fille se drogue.

Il faut s'adapter à ce que les gens proposent. Quand on accepte de se rendre dans un endroit spécial comme une tente, on travaille dans un espace collectif. Si une relation de confiance est établie, elle est faite devant tous. On doit apprendre quelque chose de la confiance collective. Exemple : accepter une relation de confiance avec la mère sans pour cela celle de même type établie avec la fille.

Pourquoi choisir le mot espace pour un lieu thérapeutique ?

M. Lemaire précise qu'il est très attentif à la définition d'espace du bureau. « Lors de mes études j'ai appris que si je travaille avec la jeune fille, je sors du cabinet et je vais la chercher pour l'amener dans mon espace, je laisse la mère et la voisine dehors. Mais dans ma pratique de terrain, j'ai appris qu'il est plus intéressant d'aller travailler dans l'espace que les gens nous proposent et donc d'aller par exemple dans la salle d'attente.

Une participante évoque des détails dans les exemples fournis par M. Lemaire comme les « grenouilles dans le camp d'Albanie ».
« Les détails sont importants, argue M. Lemaire. Les enfants jouaient avec des grenouilles et dans un contexte d'événements tragiques cela en dit long sur les ressources résiduelles. Autre exemple, voir des fleurs chez quelqu'un dans son chalet ou sa tente. Cette personne fait attention. Ce sont des repères ».

La baguette de pain

Un matin, une bombe a explosé près de chez moi, la terre a bougé, les oiseaux se sont envolés et soudain le silence a été total.
- Vous étiez dans la rue ?
- Oui, seule. J'allais chercher une baguette de pain, tous les jours à la même heure j'achète une baguette de pain.
- Vous avez couru, cherché un abri ?
- Non, j'ai continué à marcher doucement. A cet instant précis, ma vie ne pouvait avoir de véritable sens que si je rentrais chez moi avec ma baguette de pain. Le reste importait peu ! C'est étrange n'est-ce pas ? On m'a raconté qu'en Europe dans une ville longtemps en guerre les femmes se rendaient à des vernissages avec le rimmel qui coulait sur leurs joues parce qu'elles devaient courir pour échapper aux balles des tireurs embusqués. C'est, paraît-il, une forme de résistance et une façon de conserver des repères. Moi, je pense que c'est de la folie ... Il reste que manger du pain encore chaud est un de ces plaisirs dont j'ai bien du mal à me passer...

C. Lecomte

M. Laroussi présente les cinq expressions standardisées de la clinique de concertation :

1. Parlons comme si la famille était présente
Il est important de toujours parler comme si les gens étaient là et on essaie autant que possible de leur donner des nouvelles de ce qu'on dit d'eux.

2. Que voudriez-vous que je dise de vous et que ne voudriez-vous pas que je dise ?

3. Venez avec toutes les personnes dont vous jugez la présence utile. Nous aussi, professionnels, venons avec tous ceux que nous pensons Utiles.

4. Vous, professionnels avertis, intrus potentiels, vous êtes de plein droit, autorisés à participer aux cliniques de concertation en cours, il suffit de vous annoncer et de respecter ce qui figure sur le calendrier.

5. Nous vous remercions de venir nous apprendre une partie de notre métier que nous connaissons mal, celle qui nous propose de travailler ensemble, nous avons toujours des choses à apprendre.

Qu'est-ce qui vous fait honneur ?

Témoignage
Feiruz et Nadjiba

Lors de l'un des modules intitulés « Gestion des détresses multiples et sévères » que co-animaient Jean-Marie Lemaire et Mohamed Laroussi, Feiruz, une femme ayant perdu onze membres de sa famille lors du séisme du 21 mai 2003, a été conviée à se joindre au groupe des participants composé d'une quarantaine de personnes (psychologues, orthophonistes, psychiatres, médecins).

Quelle est l'histoire de cette invitation ?

Feiruz a une amie se prénommant Nadjiba qui occupe un emploi à l'hôpital de Thénia, là-même où se tenait ce module. Très proche de Feiruz, Nadjiba souhaite l'aider « à aller mieux » Lorsqu'elle apprend que sont réunies au sein de l'établissement plusieurs dizaines de « psy », elle prend attache avec eux pour parler de Feiruz.

Jean-Marie Lemaire propose que Feiruz et Nadjiba intègrent le groupe pendant quelques heures. Le groupe est perplexe. Tant de professionnels autour d'une femme pleine de douleurs, voilà qui inquiète. Cependant le groupe accepte tant Jean-Marie Lemaire paraît convaincu. « L'histoire de Feiruz semble si lourde qu'il faut être nombreux pour l'entendre et la porter » justifie-t-il.

La proposition est transmise à Nadjiba qui l'adresse à Feiruz qui à son tour accepte. Rendez-vous est pris le lendemain.

Feiruz (F) et Nadjiba (N) arrivent, s'assoient près de Jean-Marie Lemaire (JM) et de Mohamed Laroussi (ML) qui de suite précise que l'arabe aussi bien que le français peuvent être parlés et qu'une traduction sera bien entendu assurée. Les participants qui sont installés en un cercle très large estiment qu'ils parlent et comprennent suffisamment le français.

J.M. : Nous ne sommes pas dangereux. C'est pour nous une occasion de travailler sur une situation difficile. Merci de venir travailler avec nous, nous allons progresser. Nous avons l'espoir que ce soit bénéfique aussi pour vous.
Chaque participant se présente à tour de rôle.

J.M. : Parmi le groupe, des gens sont inquiets car nous paraissons nombreux pour vous.

F. : Je ne suis pas surprise, je voudrais que ça rapporte quelque chose.

J.M. : Ca va nous aider et si ça peut vous aider, c'est bien. Mais il ne faut pas que ça fasse plus de mal
Jean-Marie Lemaire regarde Nadjiba.

J.M. : Qu'est que qui vous fait honneur ? La question est étrange mais c'est celle que j'ai envie de vous poser

N. : Ce qui me fait honneur c'est que Feiruz aille mieux. Et ce n'est pas un problème qu'il y ait beaucoup de monde, ça aide à réconforter.

J.M. : Si Feiruz va mieux, c'est un peu grâce à vous.

F. : Cela me ferait honneur que je puisse m'en sortir. Je vis l'enfer, je fais torturer mon entourage, j'ai raconté toute mon histoire à la télévision.

J.M. : Vous avez sans doute peur de refaire la même chose mais il ne s'agit pas ici d'un témoignage, on veut vous soulager.
Jean-Marie Lemaire précise cela parce qu'une petite caméra vidéo filme la formation, dans un but professionnel. Un support pour susciter la discussion, dit-il.

F. : Soulager le peu qui me reste, mon mari, ma mère, mes amis. Je ne suis plus la même. Il me reste deux enfants Omar qui a 15 ans et Jasmine qui a 12 ans, ils sont livrés à eux-mêmes. Je suis fatiguée, stressée. J'ai perdu 2 filles de 3 ans et de 4 mois (Lydia)
Jean-Marie Lemaire propose de tracer les liens par le biais d'un sociogénogramme.
Les flèches bleues, dit-il, sont les soucis que l'on se fait.

J.M. : Comment Omar et Jasmine se font du souci pour vous, Feiruz ? Et quels sont vos soucis pour les enfants ?

F. : Ils se renferment sur eux quand je pleure. Ils veulent être à mes côtés, ils ne jouent pas, ils ne font pas les courses, ils ont de mauvaises notes à l'école. Je leur explique que la vie continue. Ils disent que c'est fini et que le 21 mai a été le choc de leur vie. Ils étaient des enfants très unis. On était presque tous à la maison, je suis la seule rescapée avec ma nièce Yousra. Elle a été prise en charge en France pour une amputation. On est restés 48h sous les gravats, je lui parlais, j'étais la seule à lui parler. Je la rassurais. Ma petite fille pleurait, je l'entendais, elle était encore vivante. Ma nièce est restée 4 mois en France, elle aura 3 ans le 4 janvier. Il y a eu une photo d'elle dans Paris Match. Ils l'ont appelée la miraculée.
Le magazine qu'elle a amené circule dans le groupe ainsi qu'un album personnel de photos.

J.M. : Comment la relation s'est-elle reconstruite avec Yousra, votre nièce ?

F. : Je suis allée chez elle, je lui parlais doucement. Yousra ne voulait pas m'approcher après son retour de France mais petit à petit elle est venue et puis m'a embrassée. Mon beau-frère a voulu très vite se remarier, c'est inadmissible.

N. : Feiruz a raison. Trois mois après le séisme, ce n'est pas possible de se remarier

F. : Je suis restée six mois à l'hôpital. Maintenant, cela me fait honneur de m'occuper de ma nièce. Elle me rappelle ma sœur. Pour Yousra, le souvenir est terrible. Elle le raconte en chantant, elle réclame sa mère en chantant, elle a inventé une chanson. A l'Aïd, j'ai chanté avec elle. En tout, on était quatre filles j'ai une autre nièce qui s'appelle Fella et dont la mère est morte, c'est une retardée mentale
Une participante demande à prendre la parole : Je connais Fella, je l'ai soignée

F. (avec un petit sourire) : Je m'attendais à rencontrer ici la psychologue de Fella

J.M. : Des liens se renouent.
Il demande à la participante qui est intervenue de changer de place et de s'asseoir près de Feiruz

J.M. : Je suis intéressé par les chants de Yousra, c'est particulier de chanter autour de la mort.

F. : Yousra me demande toujours de faire un autre bébé, une autre Lydia, elle ferait les biberons pour l'autre Lydia
Long silence.

J.M. : Des liens se retissent. Il y a de nouvelles responsabilités, des jeunes de la famille comme un grand frère accède à la responsabilité de chef de la famille, nous sommes attentifs à ces choses pour tenter de réparer

F. : Mon mari ne veut pas aller voir un psychologue, je suis plus forte que mon mari. Il sait que l'on se rencontre ici.

J.M. : Ici il y a quarante psychologues !!!

Tout le monde rit.

F. (qui sourit encore) : Il ne désapprouve pas ma présence ici

J.M. : En cas de crises, de guerres ou de catastrophes, les femmes sont plus solides pour assurer la survie.
Il regarde Feiruz et Nadjihab : Où trouvez-vous des appuis ?

F. : Mon mari est très fragile. Je trouve mes points d'appui chez mes amis et Nadjiba.

N. : Feiruz m'aide aussi et son aide me réconforte

F. : J'aide surtout ma mère qui est aveugle depuis 20 ans

J.M. : La télévision vous a aidée ?

F. (sur un ton presque agressif) : Ils n'ont fait que des promesses. L'hôpital m'a beaucoup aidée. Il y a maintenant un vide, tout a été chamboulé la relation avec mon mari est mauvaise, il est tout le temps au cimetière, c'est de la faiblesse, il ne parle que du passé. Je ne peux plus voir Boumerdès et les amis de mes enfants. Je veux partir plus loin.
Plus tard, JM suggère un accompagnement. Il pense au premier anniversaire du séisme Chaque victime, précise-t-il, a droit à un soutien, surtout lors des premiers anniversaires d'une tragédie.
C'est la pause. Comme convenu, Feiruz et Nadjiba ne reviendront pas. Jean-Marie Lemaire les remercie vivement et invite les participants qui le souhaiteraient à s'approcher d'elles pendant ces quelques minutes de relâche.

Reprise

J.M. : Je suis vraiment étonné que Yousra ait reconstruit un lien en chantant. Il y a quelque chose d'étonnant chez cette petite qui chante et exprime sa tristesse. C'est aussi par ce genre de choses que j'apprends une partie de mon métier. En général, les enfants proposent des dessins, mais là c'est le chant ... J'ai vu Feiruz sourire à plusieurs reprises d'une manière sereine, pas un sourire de convenance, c'est un signe d'espoir. Elle a eu une certaine facilité de parler de tout cela collectivement ... L'histoire de Feiruz est tailladée en petits morceaux, elle a perdu des enfants, des sœurs, elle vit plusieurs deuils, elle est la fille d'une mère qui a perdu son mari, elle est l'épouse d'un père qui a perdu plusieurs enfants, elle est la tante d'enfants qui ont perdu leur maman ... Quand on vit une catastrophe, on est comme en petits morceaux. Désormais, chacun de nous porte un petit morceau de son histoire et de son côté, Feiruz est repartie avec des petits morceaux de nous. Tout cela est reconstructeur.

M.L. : Le lien entre Feiruz et Yousra se fait en chantant, comme au jour de l'Aïd. Le réseau est vraiment là ici et en dehors et c'est comme cela qu'elle va se reconstruire.

Chapitre 5

Thérapie familiale et approche contextuelle

A- Formation pour le groupe santé

Module 1 et 2

« Les thérapeutes impolis... »

Formateurs :
M. Pierre Michard,
Psychologue, philosophe.Clinicien, thérapeute de famille,
Mme Karima Ammar,
Psychiatre, thérapeute de famille,
M. Bernard Martinez,
Psychiatre, thérapeute de famille
Mme Hakima Souki,
Psychiatre, thérapeute de famille.

L'approche systémique

Le symptôme a une fonction dans le groupe familial, l'individu est porteur d'un dysfonctionnement qui concerne tous les protagonistes autour de lui.
La fonction est à découvrir et à comprendre par la famille.

Question du systémicien : comment les choses se placent autour du symptôme ?

L'exemple de l'énurésie est proposé. Le systémicien cherchera ce que ce symptôme mobilise dans la famille. L'énurésie réveille le père, la mère ne peut se rendormir ... « Tous les enfants à problèmes vivent parmi un couple à problèmes, mais tous les couples à problèmes n'ont pas forcément des enfants à problèmes »
Par rapport à l'énurésie, l'enfant va gérer quelque chose de ses parents.
Le symptôme est déjà une solution : l'enfant tente de résoudre des problèmes qui ne sont pas les siens, d'où la notion du patient désigné, ce dernier se sacrifie par son symptôme et veille au maintien de l'équilibre familial. L'enfant gère une difficulté non gérée par l'adulte.
Autre exemple : l'anorexie chez la jeune fille qui peut être une tentative de maintenir l'équilibre de la famille qui était sur le point de se disloquer.
Le symptôme n'est pas bête. Il sert à quelque chose. Il a une utilité et le thérapeute systémicien ne s'empresse pas de l'éradiquer.
Il est important de valider, de reconnaître les ressources existant dans le symptôme.

Le symptôme sert l'équilibre familial, il est la force du faible (patient désigné)
Le systémicien est un thérapeute impoli (il ne regarde pas celui qui parle mais plutôt tous les autres protagonistes). Il utilise des questions circulaires.
Exemple de la mère qui pleure. Le systémicien ne dira pas : pourquoi pleurez-vous Madame ? Il se tournera plutôt vers l'enfant. Il ne recourt pas aux questions directes mais travaille dans la circularité.

L'approche contextuelle

Le mythe est l'hypothèse des thérapeutes.
La théorie contextuelle est née dans les pays où l'enfant devient le lien le plus stable des parents, autrement dit il est en lien plus stable avec les adultes qu'ils ne le sont eux-mêmes dans leurs propres liens, de par la fragilisation des liens conjugaux.
L'enfant est dans un travail permanent par rapport à ses parents. L'exemple des familles recomposées en est l'illustration. L'enfant est pris dans un conflit de loyauté vis-à-vis des différents protagonistes de la famille.
Une approche contextuelle travaille sur l'échange, particulièrement sur le donné et le reçu qu'elle inscrit dans la relation. Un thérapeute contextuel dira à l'enfant : « Comment peux-tu soutenir ta maman qui pleure ? » Il entre directement dans des tentatives de soutien mutuel.

Comment l'enfant tente un effort pour aider un membre de sa famille ?

Selon l'approche contextuelle, on ne peut pas ne pas échanger.
Il faut aider l'enfant à mettre des mots sur ses contributions. Dès son plus jeune âge, il est capable d'avoir du souci, d'aider ou de se préoccuper de ses parents.

Il existe deux pôles :
le pôle égoïste : l'enfant prend pour grandir.
le pôle altruiste : l'enfant donne à sa famille pour grandir.
L'enfant prend des engagements, des responsabilités face à sa famille.
L'enfant parentifié est celui qui est plus responsable que ses parents : il s'occupe d'eux. Que peut perdre un enfant de sa jeunesse dans ces conditions ? Et que gagne-t-il en mérite humain ? Il y a lieu de valider, de reconnaître et de respecter le mérite moral de l'enfant à aider ses parents.

The kid

Un gamin dans la rue. Il vend des œufs à la douzaine sur le marché. Il dit avoir quinze ans, paraît en n'avoir que dix. Il ne va pas à l'école, ou si peu. Il nourrit toute la famille. Le père est sans travail, s'absente. La mère se démène, fait parfois des ménages ... Les yeux du gamin sont sans cesse aux aguets. Hier, la police a raflé des copains, vendeurs à la sauvette eux aussi. Il parle encore un peu puis avale d'un trait son soda et file se coucher. Demain il se lève à cinq heures. Il a loué un camion pour le marché de gros de Boufarik. Il achètera des œufs à un bon prix.

C. Lecomte

N'y-a-t'il pas de ressources pour grandir, dans l'engagement de l'enfant vis-à-vis de sa famille ?
Les adultes ne possèdent pas le monopole du droit de donner, ce qui permet aux enfants de trouver l'opportunité de se construire
Est-ce facile de recevoir de son enfant ?

L'enfant se construit-il humainement s'il n'a pas l'opportunité de donner à ses parents ?
Une des questions centrales de la contextuelle : que gagne-t-on en donnant ? (Renvoie au crédit et au mérite)

L'approche contextuelle considère que l'enfant :
Est en souci par rapport à ses parents.
Est le premier tribunal de l'humanité, la première injustice vécue par l'enfant est celle que l'on a causée à ses parents.
Tous les enfants sont en loyauté et en vigilance par rapport aux injustices causées aux parents.
Le plus déshumanisant est la privation de donner.

Des définitions contextuelles

Dimension factuelle (les faits)

Ce n'est ni fantasme ni croyance. Il s'agit des faits d'ordre biologique, sociologique ou historique ayant des conséquences sur la balance éthique des échanges. Elle renvoie aux données du destin, comme l'identité ethnique, les déterminants biologiques mais aussi la justice distributive comme le chômage, le divorce, la maltraitance, un handicap, une maladie, la perte d'un parent ...

Dimension psychologique

Les sentiments de l'individu, ses croyances, sa confiance, son auto validation. Chacun a besoin de besoins élémentaires telles les reconnaissances, l'amour, le pouvoir, le plaisir ... L'approche contextuelle reconnaît l'apport de la psychanalyse mais ne réduit pas une relation aux désirs qui peuvent l'animer.

Dimension systémique

C'est la dimension relationnelle, de transaction et de communication. C'est faire une analyse d'un pouvoir dans la relation, analyser comment quelqu'un fait faire quelque chose par quelqu'un d'autre. Exemple : repérer comment un enfant prend du pouvoir sur sa famille par son anorexie et comment il l'aide grâce à cette prise de pouvoir.
On reconnaît dans les familles les sous systèmes, les coalitions, les alliances.

Dimension éthique

Elle est la plus englobante, c'est le levier thérapeutique essentiel. Il s'agit de la justice des relations, la balance des mérites acquis et des redevances, décrites par les notions de loyauté, de confiance et de légitimité.
Le contexte de droits et des redevances se fait dans des perspectives transgénérationnelles.

Dimension ontologique

Assez récente dans la théologie de Nagy (Budapest 2001).
Dans l'espèce humaine, le bébé a besoin de beaucoup de soins pour vivre et se développer. Les parents lui donnent plus que lui peut en donner. Il donnera autant plus tard à son propre enfant.

Parentification

L'enfant devient parent de son propre parent. Il a pris en charge leur vie et a contribué à celle-ci. Quel que soit le degrès de malveillance des parents à son égard, l'enfant conserve une loyauté primordiale à leur égard.
Il est voué à réparer. Il est sur-légitimé, se sent appelé à répondre aux sentiments infantiles de ses parents. Il se sent responsable d'eux.
La parentification peut peser lourdement sur un enfant en lui imposant des exigences qui dépassent son degré de développement.

Loyauté

Priorité d'égard envers quelqu'un dans une relation. Différent d'un sentiment. Il s'agit d'une attitude positive de fidélité et de sincérité à l'égard de l'objet de sa loyauté.

Le clivage de loyauté

Impossibilité de choix entre deux objets de loyauté compétitifs mais pas exclusifs. Le conflit s'aggrave à mesure que les oppositions entre les attentes se voilent. Dommageable car cela porte atteinte à la relation, à la confiance.

La légitimité constructive

Valeur éthique, qualification, crédit d'une personne.
C'est un acquis historique en mouvement, gagné par les contributions, des intentions de donner, obtenues également dans des situations de vulnérabilité non choisie (dommage, malveillance, exploitation).
Elle est un droit qui s'acquiert dans chaque relation par le biais du partenaire mais qui ne provient pas de lui.

La fiabilité

Propriété de la relation. Elle implique au moins deux personnes et ne peut se réduire à l'univers psychologique de l'une ou l'autre.

La confiance

Elle se gagne dans l'équilibre du donné et du reçu
Elle est caractéristique du système relationnel.

La simulation familiale

Un enfant prénommé Samir rencontre des difficultés scolaires. Selon les enseignants, ses résultats sont en chute libre ainsi qu'à ceux de sa sœur qui est en première année de lycée. Celle-ci dit que la mère ne prête que peu d'attention aux résultats scolaires et qu'elle passe la majeure partie de son temps avec le petit frère âgé de 6 mois.
La mère est enseignante dans l'école où est scolarisé son fils. Elle remarque qu'il s'isole et ne joue avec les autres lors des récréations.
Léa thérapeute demande à Samir ce qu'il pense de ce qui se dit de lui. « Au moment du séisme, répond-il, j'étais en train de réviser. Mon père n'était pas là. Je suis descendu pour chercher ma mère et ma sœur mais je ne les ai pas trouvées. J'ai eu très peur »
La thérapeute insiste sur la solitude de Samir au moment du séisme. « Mon père est pompier, il était certainement en train d'aider les gens » justifie-t-il.
« Quand ton père rentre à la maison, qu'est-ce qui change pour vous ? » demande la thérapeute.
La sœur : « Je passe beaucoup de temps avec lui, il nous parle d'autre chose que les études »
La mère : « Je n'ai que peu de temps à leur consacrer à causes des taches ménagères »
La sœur : « Je suis la responsable de la maison, je remplace mon père en son absence et je dois m'occuper aussi de mon frère »
Samir dit qu'il est contagieux du fait qu'il est mis en quarantaine à l'école.

Les hypothèses :

Samir présente un psychotrauma lié au séisme.
La négligence de la mère est en relation directe avec l'absence du père.
Question à se poser : que permet le symptôme ? Qu'empêche-t-il ?
Quelles en sont les conséquences ? L'une d'entre elles : il amène la famille à la consultation.
Les symptômes dans les familles fermées permettent l'ouverture vers l'extérieur.
Cette mère utilise l'argument « nouveau-né » pour justifier sa relation avec ses autres enfants. L'enfant est en échec scolaire pour amener le père à la maison, le fils et sa mère sont en complète coalition. Ils sont contre le père.

En termes systémiques, la mère tient à nous montrer combien elle est dépassée. La mère débordée et le fils en échec scolaire sont en complémentarité.
Si la mère n'ose pas dire au père « reviens, je ne peux plus tout assumer », il faut que le fils l'aide en étant déficient.

L'attitude du fils va peut-être digitaliser les choses. Par ailleurs, il y aurait un sous-système père-fille qui aide le père à s'autonomiser.

La mère joue un peu l'équilibre entre le père et le fils

Une participante avance ceci : L'enfant dit : « voilà je suis contagieux, je suis seul, on ne veut pas parler avec moi ». Il est en train de questionner ses parents de cette manière : « considérez-vous que je suis contagieux ? »

Le garçon n'est-il pas en train d'essayer d'amener le contexte scolaire dans la famille ? Ne veut-il pas mettre les deux contextes en relation ?

Ne crie-t-il pas au secours face à solitude ?

Pour que cette question soit plus systémique, il faudrait rajouter d'autres personnes. L'enfant serait en train de dire : « ma solitude est celle de ma famille, tout le monde est seul dans ma famille, ma mère, mon père, moi ... »

Si l'enfant se demande s'il est contagieux, contaminé, n'est-il pas en train de dire que les éléments extérieurs pourraient être positifs ou négatifs à la famille ?

Le fait de se déterminer comme contagieux renvoie-t-il de l'extérieur vers l'intérieur ? En gros, cela parle-t-il des échanges intra et extra ?

L'enfant dit « maman, ne t'inquiètes pas » et en même temps « je suis contagieux, je souffre et tu ne vois pas ça »

Ne veut-il pas dire : « Ne vous en faîtes pas, c'est une réponse à l'isolement que vous m'avez imposé, je suis seul et vais m'en sortir »

Si j'ai été contagieux pendant 6 ans à l'école primaire, est-ce que je vous amène ma famille parce que je me demande si elle n'est pas à l'origine de ma contagion ? En fuyant, ne suis-je pas en train de vous protéger de ma pathologie ?

Je n'arrive à ne rien changer dans ma famille donc je ne suis pas contagieux.

La question de la contagion du fils pose la question de ce qui est sain et malade.

Des commentaires :

Quand on fait des simulations parfaites comme celle-ci et quand on est en formation il faut faire un debreifing parce que l'histoire peut être traumatisante.

Est évoqué le drame des femmes algériennes dont le salut passerait par essayer d'avoir du pouvoir. « Le seul salut, c'est leurs enfants, *rectifie une participante. Et ce ne sera plus le drame des Algériennes mais celui de leurs enfants pris* en otage dans cette histoire »

Dans les familles à transaction psychotique, il y a toujours un enfant super disponible, c'est le gardien de la famille et il fait semblant de ne pas être là. Quand il y a danger, il va tomber malade, il va soigner sa mère, il va faire du bruit.

Ce sont les enfants sacrifiés ou parentifiés qui se chargent de la difficulté de leurs parents.

Il faut parler aux enfants comme on parle aux adultes. Ils comprennent.

En présence de papa et maman, lors de situations familiales qui font l'objet de discussions, l'enfant s'éloigne et joue quand les choses vont bien puis il va revenir vers maman, se cramponner quand il y a de la tension, pleure ou crie pour distraire, pour que cela s'arrête parce que c'est dangereux, lui le sait.

Evaluation

« Ce genre de formation n'est pas suffisante pour faire de la thérapie familiale mais elle peut servir à élucider une situation, à travailler dans les institutions, à faire de l'exploration systémique. Nous avons essayé de vous transmettre une logique, une paire de lunettes systémiques »

B - Formation pour le groupe associatif

Module 1 et 2

« Les silences de M. Boualem... »

Formatrices :
Mme Michèle Laurent,
Psychiatre, thérapeute systémique.
Mme Faouzia Chaoui,
Psychologue clinicienne. Thérapeute de famille.
Mme Magda Heiremann,
Psychologue, thérapeute de famille
Mme Nadia Ouarek Amedjout,
Psychologue orthophoniste, thérapeute de famille.

Après plusieurs rappels théoriques (communication et psychopathologie), une question est posée aux participants : « Quels sont les problèmes de cycle vital des familles que vous avez rencontrées dans leur nouvelle situation depuis le séisme ? Et plus généralement, qu'est-ce qui vous semble avoir changé dans le fonctionnement de tous les systèmes et des règles en Algérie depuis les dernières années et depuis le dernier séisme ? »

Des réponses

Auparavant, la femme vivait en grande famille. Si elle a perdu son mari, l'Etat lui fournit un logement. La femme peut y vivre seule avec ses enfants et peut travailler pour subvenir aux besoins de la famille. D'autre part, les femmes ont intégré de nouveaux métiers, par exemple « policières », elles possèdent un choix plus large et peuvent ainsi devenir la personne ressource de la famille.
Tant après le terrorisme qu'après le séisme, le nombre d'orphelins a augmenté. Ils sont adoptés par des membres de la famille élargie ou par d'autres familles de la communauté ou bien encore placés en institution.
Au cours des années de violences terroristes, il y avait dans les communautés et dans les familles aussi bien des terroristes que des membres des forces de l'ordre. Cela a perturbé la cohésion du groupe social et du groupe familial.
Suite au terrorisme, les familles se sont fermées sur elles-mêmes, ce qui a notamment freiné l'autonomie des adolescents. Les personnes devaient être toutes rentrées chez elles à la nuit tombée. Vie sociale donc réduite. Par contre, après le séisme, les familles se sont ouvertes sur le voisinage
Plus de mariages célébrés.
Plus de conflits dans les sous-systèmes (parents, enfants qui ne respectent plus l'autorité)
Plus de conflits entre les systèmes (voisins et proches)
Plus de conflits entre les familles et l'administration

« Comment organiser une séance familiale ? » demandent les participants, sachant que lorsque les parents sont présents, les enfants sont toujours inhibés.
Faut-il voir deux ou trois fois l'enfant avant de voir toute la famille ?
Comment composer avec l'absence de l'un des parents (le plus souvent le père) ?
Comment rencontrer ensemble les parents divorcés ?

Une situation est présentée.

Il s'agit de M. Boualem, 44 ans, enseignant dans un lycée. Il est en congé maladie pour une longue durée. Son épouse Djamila, 38 ans, est esthéticienne mais ne travaille pas. Ils ont trois enfants : Leïla, 13 ans, Yasmine, 7 ans et Younes

La femme de Corso

Le ciel a viré au gris au-dessus de Corso, un vent froid cingle les visages. Ils vivent depuis près de huit mois sous les tentes, à deux pas de chez eux. Exténués et étouffant sous la toile cet été, grelottant et pataugeant dans la boue en hiver. " On habitait là " indique une femme. C'est un terrain aplani où s'élevait jadis la cité EPLF, des immeubles de cinq étages où résidaient beaucoup de fonctionnaires. 500 morts à Corso. " On se souvient de tout, dit la femme, du bruit de la terre qui tremble, du râle des gens sous les gravats, nos gamins racontent ça avec plein de détails. Maintenant on a perdu nos repères, tout est chamboulé, on ne sait plus qui fait quoi, qui est où. Tout se mélange, se confond et on parle du séisme mais aussi du terrorisme comme s'ils tuaient de la même façon " Elle voudrait pleurer mais ne peut plus. Elle devient alors cynique : " Le séisme a eu du bon, il a révélé la misère des villes et a mis à nu la surpopulation. Auprès des ruines on a recensé parfois des familles de 20 personnes sans compter les morts. Ceux-là ont vécu des années entières dans un deux-pièces " Elle attend un chalet (deux chambres, un salon, une salle de bain, 36 m2). Des cités entières contenant jusqu'à 1500 chalets ont poussé, de véritables nouvelles villes avec écoles, commerces, carrés de jardin, rues bitumées, paraboles et mosquées. " On sera perdu là-bas avec des gens que l'on ne connaît pas mais on ira pour se reconstruire " (le 7 janvier 2004) CL

5 ans. Mariés depuis 1990, ils vivaient en famille élargie à Bejaia jusqu'au départ d'un frère à l'étranger, le mariage de deux sœurs puis le décès des parents et du frère aîné.
En 1999, M. Boualem fait un AVC (accident vasculaire cérébral) qui a occasionné une aphasie (perte totale du langage) et une hémiplégie.
Face à la multitude des tâches à accomplir (déplacements vers les centres de rééducation, accompagnement des filles à l'école, ménage etc.) et le comportement démissionnaire des frères et sœurs de m. Boualem, son épouse décide de rejoindre ses parents dans la région d'Alger afin de trouver un peu de soutien.
Le 21 mai 2003, suite au séisme, la maison des parents de Djamila est endommagée. La famille vit sous une tente pendant plusieurs mois. C'est sous cette tente que les professionnels les ont rencontrés.

M. Boualem est déprimé lors du premier entretien, pas coopérant. Son épouse est au contraire très active. Elle aide son mari, prend soin de ses enfants et de ses parents.
Les premières séances sont consacrées à écouter M. Boualem afin de lui redonner le goût de vivre.
A la demande de Djamila, une psychologue clinicienne a pris en charge la petite Yasmine pour échec scolaire, traumatismes (maladie de son père, déménagement, séisme, séparation avec une tante maternelle partie en France)
En commun avec la famille la psychologue clinicienne, une thérapie familiale est entamée.
Travail laborieux au début, surtout sous la tente mais qui ira en s'améliorant lorsque la famille réintégrera la maison restaurée.
M. Boualem accepte de suivre des séances de rééducation au siège d'une association pour handicapés.
Les enfants retrouvent peu à peu la relation qu'ils avaient auparavant avec leur père rompue par l'AVC. La nouvelle perspective de partage et d'échange n'a fait qu'accroître et consolider le lien. Des démarches sont entamées pour envisager un retour à Bejaia.
Les quatre dimensions (factuelle, psychologique, systémique, relationnelle) sont repérées à travers cette situation :

❶- Le décès du frère aîné
- L'apparition de la maladie
- Le déménagement

❷- Le refus de M. Boualem de poursuivre sa rééducation
- Le peu d'aide de la famille élargie
- L'échec scolaire de Yasmine
- L'incompétence de M. Boualem due au handicap
- Le stress de Djamila
- Les attitudes des grands-parents

❸- Pas de liens entre les deux familles d'origine
- On peut poser la question : lorsque le frère aîné est mort, qui a pris ce rôle ?

- Quand le grand-père est mort, qui l'a remplacé ?
- Quelle est la place de M. Boualem et de son épouse dans leur fratrie ?
(Questions posées pour chercher des ressources)

❹ - M. Boualem a donné beaucoup, maintenant il ne fait plus rien : légitimité destructive
- Quand on a donné, on estime légitime de recevoir
- Légitimité constructive : échange positif, l'un donne, l'autre est capable de recevoir et inversement.
- Il peut y avoir blocage : j'ai trop donné, je ne veux plus le faire : légitimité destructive

Dans cette situation, on essaie de transformer la légitimité destructive de M. Boualem en légitimité constructive.
- Que donne-t-il à ses enfants dans son état ?
- Que peut-il recevoir d'eux ?
- Peut-il voir ce qui lui donne sa femme ?
- Invite-t-on encore le père à donner ?
(Questions entraînant d'autres relatives à la loyauté ...)

Au travers de cette situation, il a vu comment réunir et travailler avec une famille.
Les formatrices rappellent qu'il faut prendre le temps de recevoir les familles, expliquer clairement le pourquoi de sa venue. Il faut préciser que l'on a vu ou l'enfant ou l'adolescent mais que l'on veut écouter aussi les parents : élargir la partialité.
La thérapie familiale est un lieu et un temps pour offrir une liberté d'expression.

La partialité multidirectionnelle
(Boszormenyi-Nagy, 1966)

Elle constitue la méthode et l'attitude thérapeutique directrice de la thérapie contextuelle. Elle est un ensemble de principes et de directives qui requièrent au thérapeute d'engager sa responsabilité envers tous ceux potentiellement concernés par ses interventions. Dans la pratique de la thérapie contextuelle, ce principe d'inclusion doit être associé à la détermination du thérapeute de mettre en exergue l'humanité de chaque participant, même du membre « monstrueux » de la famille. Du point de vue méthodologique, la partialité multidirectionnelle se manifeste par le fait que le thérapeute, de façon séquentielle, prend alternativement le parti de chaque membre de la famille. Il essaie de se montrer empathique avec chacun et de la reconnaître en tant que personne à travers le comportement qu'elle a eu à un moment donné, par exemple un abus envers un enfant. Il peut la créditer en se référant à son passé où à une enfance au cours de laquelle elle aurait été elle aussi victime.

Créditer : aller à la recherche des mérites, poser des questions pouvant relever l'humanité, fournir de la reconnaissance.

Placer des attentes, des demandes : responsabiliser pour permettre d'occuper une place.

L'inclusion : il est plus difficile de travailler avec un enfant et ses parents qu'avec une fratrie et les parents. On peut inclure d'autres personnes : voisins, amis, cousins ...

Timing : quoi faire ? À quel moment ? On peut s'arrêter et sortir un moment, les familles comprennent lorsqu'on leur dit que l'on a besoin de réfléchir un peu. Le confort du thérapeute est important.

Chapitre 6

Témoignage

« Enfin valorisés... »

Fahima, psychologue clinicienne
dans une polyclinique d'Alger.

Tout ce que l'on apprend pendant ces journées de formation est extrêmement nouveau pour nous. A titre d'exemple, on ne savait pas à quoi renvoyait la thérapie familiale. Nous, on travaille surtout avec les mères et peu à peu on a découvert d'autres façons de fonctionner. Maintenant, on insiste pour que le père soit présent, pour qu'il soit partie prenante. Il m'arrive désormais de travailler le jeudi ou parfois tard dans la semaine pour les rencontrer, leur parler et les écouter. Idem pour le reste de la famille, les frères, les grands-parents et surtout les tantes qui dans les familles algériennes ont beaucoup d'influence. Le travail de réseau est aussi un bel apprentissage et un outil précieux. Avant, on n'en voyait pas l'utilité. Maintenant je n'hésite plus à me déplacer dans une école pour discuter avec les enseignants au sujet d'un enfant. Je noue aussi des contacts avec des associations, avec des travailleurs sociaux. J'envisage dans quelques temps de travailler dans une UDS, une unité de dépistage scolaire, et je comprends que je serai plus efficace si j'intègre le travail de réseau dans ma future activité, cela me paraît aujourd'hui évident. Les modules que j'ai suivis m'ont beaucoup aidée à comprendre cela. D'une manière générale, nous avons été très motivés car nous souffrons du manque de formation. Bénéficier de cela est une grande chance, une opportunité à saisir d'autant que ces formateurs étrangers sont des professionnels très compétents. Et étrangement à leur contact, on a pris conscience que nous également faisions beaucoup de choses. Je pense à la période du terrorisme et aux catastrophes naturelles comme les inondations de Bab el Oued ou le séisme. On ne pensait que recevoir et en fait on a donné aussi. J'ai le sentiment qu'on a apporté des choses aux formateurs étrangers grâce à notre vécu le plus souvent douloureux. Eux font de la recherche quand de notre côté nous sommes sans arrêt dans la pratique. Chacun y trouve son compte. Il y a eu échange. Le plus important est que nous professionnels algériens nous sommes sentis enfin valorisés. C'est très encourageant.

Travail clinique avec l'enfant et sa famille

A - Formation pour le groupe associatif

Module 1 et 2

« Si j'avais pu le sauver, je l'aurais fait ! »

Formatrices :
Mme Claire Delforge,
Psychologue clinicienne,
Psychanalyste et clinicienne de concertation,
Mme Souad Rasnaama,
Psychologue clinicienne,
Mme Joëlle Thonar,
Psychologue clinicienne, psychothérapeute de famille
Mme Nadia Bioud,
Psychologue clinicienne.

Une réflexion relative à l'abus sexuel ouvre la formation.
Mme Rasnaama évoque une situation d'inceste et estime que les parents viennent demander une aide pour leurs enfants pour d'autres motifs, comme une maladie organique. Elle cite le cas d'une jeune fille de 15 ans abusée par son oncle et présentant des troubles graves de la personnalité. La famille la traitait de folle, de menteuse. La mère lui reprochait de tout raconter à sa psychologue. Finalement la jeune fille a fini par se décider à porter plainte elle-même,

Mme Delforge rapporte des cas similaires en Belgique, notamment dans les affaires de divorce des parents. Les accusations de type inceste doivent faire l'objet d'une grande vigilance. La prudence est de règle, les interventions du social redoublent parfois le traumatisme.
Il est important d'examiner la capacité des parents à accepter cela, notamment quand l'abuseur est un membre de la famille. Il faut mobiliser les ressources des parents pour procéder à l'accompagnement judiciaire de leur enfant.

La question de la dénonciation est posée en ces termes : qui doit dénoncer ?

Mme Delforge souligne que tout dépend de l'abusé, il vit quelque chose de l'ordre de la transgression et du plaisir dont il ne peut parler à personne. Si de plus, il est membre de la famille, cela implique ce qui est relatif à la loyauté. L'enfant qui se tait protège les siens, il ne peut se porter responsable d'un éclatement familial.
Poser les interdits de l'inceste dans la famille, dénoncer ou ne pas dénoncer, tout cela se travaille avec la famille.
A l'échelle du professionnel, il s'agit de ne pas se rendre complice. Il faut mettre en place des choses pour que l'inceste cesse. Il ne faut surtout pas travailler seul.

Est rapporté ensuite le cas d'une jeune fille atteinte d'une hépatite virale de type B. Elle envisageait de se marier mais le professionnel l'ayant reçue en consultation a contre-indiqué l'union, sa maladie étant sexuellement transmissible. Face à la perplexité du groupe, le participant réagit en disant : « La priorité est le corps malade de cette jeune fille. Il faudrait convoquer les parents pour expliquer le cas de leur fille »

Réactions :

C'est la priorité de qui ?
Le médecin se doit de dire les choses et proposer un accompagnement
En quoi est-il plus facile pour vous de dire aux parents ?

Le participant évoque le suicide, se rapportant à l'un de ses confrères qui a annoncé à un patient qu'il avait le HIV. Cet homme s'est jeté d'un pont le jour-même. La participante estime qu'elle est peut-être en train de faire un transfert par rapport à cette expérience, d'autant que son confrère a fini par prendre des anxiolytiques.
« Qu'est-ce qui permettrait de ne pas se sentir coupable ? » interroge un participant. « En responsabilisant les parents » lui est-il répondu.
En écho, Mme Rasnaama cite le cas d'un jeune hémophile dont le médecin traitant avait commis l'erreur de convoquer la maman en lui disant que son fils était atteint du sida. La mère a ébruité cette information au niveau de toute la famille.

Mme Delforge précise que dans le cas de la jeune fille un travail de prévention ne se limite pas à informer et expliquer. Il faut accompagner la personne. L'idée de convoquer la famille est bonne mais il serait sans doute plus intéressant de demander à la jeune fille de venir avec une personne en qui elle a pleinement confiance. Il est important de penser aux liens de confiance.

Une situation d'un enfant victime du séisme est proposée par une participante. Il s'agit d'un garçon de 9 ans, second d'une fratrie de trois garçons. Il est scolarisé dans l'établissement scolaire où intervient cette participante. En fait il s'agit d'un chalet aménagé en école, celle-ci ayant subi de gros dommages pendant le séisme.
L'enfant communique par dessins pour dire ses tourments liés au décès de son petit frère.
La psychologue rencontre la mère qui est très surprise car il n'y a pas eu de décès dans la famille. Par contre, leurs voisins ont perdu un bébé de huit mois. L'enfant était très attaché au père du bébé, son propre père étant souvent absent.
La participante exprime sa perplexité devant la construction imaginaire de cet enfant.

Mme Delforge souligne que « même si c'est une relation imaginaire, il faut d'abord l'aider en reconnaissant qu'il s'agit d'une relation et en l'accompagnant pour faire le deuil »
Le séisme a mis en évidence des difficultés pré-existantes chez les familles.

La participante qui expose cette situation dit que son but est d'aider aussi bien l'enfant que son papa.

Mme Delforge tente d'ouvrir des pistes de réflexion à propos de cette situation. Il y aurait certainement des données à prospecter, comme l'histoire du papa : en quoi elle a à voir avec son rôle de père de cet enfant ?

Un jeu de rôle est mis en place où sont représentés la psychologue, le père et l'enfant.
Comment travailler autour d'une difficulté de l'enfant ?
La formatrice attire l'attention sur les situations de divorce des parents et les conflits de loyauté dans lesquels sont engagés les enfants. Le psychologue doit être vigilant dans ses interventions pour ne pas accentuer cette difficulté chez l'enfant.
Une interrogation est posée au sujet de l'enfant en question : s'agit-il de deuil ou de trauma ?
La psychologue ayant travaillé avec lui trouve qu'il était très perturbé. Lorsque l'enfant parlait du bébé, il tremblait. Il disait : « Si j'avais pu le sauver, je l'aurais fait » Quand la terre a tremblé, l'enfant était avec toute sa famille et lorsque

les premiers secours sont arrivés, il attendait que l'on sorte le bébé vivant.
Mme Delforge insiste sur le fait que la peur de l'enfant dépend de celle de ses parents. La question méritant d'être posée est : comment donc l'entourage a-t-il vécu le séisme ?
Elle poursuit en confiant son ressenti par rapport à cet enfant lors du récit de la participante. Elle ressentait que l'enfant vivait une grande solitude. « Quand j'imagine ce gamin accroché au pantalon du père du bébé alors que celui-ci est complètement tourné vers sa douleur liée à la perte de son bébé, j'ai envie de prendre l'enfant dans mes bras, c'est mon élan à moi » C'est une attitude d'adulte qui permet de redevenir enfant, cela aide à métaboliser très vite les choses.
L'important est de savoir contenir la souffrance. Accompagner un enfant en deuil, c'est d'abord redéfinir la question de la mort à notre niveau puis travailler celle-ci.

Illustration clinique proposée par Mme Thonar

Une demande d'aide est formulée pour Nicolas âgé de six ans pour les symptômes suivants : énurésie, encoprésie, hyperkinésie. La petite sœur de deux ans est microcéphale, les parents sont divorcés, la mère s'est remariée et les enfants vivent donc avec leur maman et leur beau-père.
Nicolas ne s'entend pas bien avec ce dernier. Ses parents sont engagés dans un conflit où chacun disqualifie l'autre.
L'oncle paternel se serait suicidé suite à une rupture conjugale et le papa semble être en résonance avec le vécu de son frère.
La grand-mère paternelle avait des problèmes d'alcoolisme.
Question : quelle est la place et la fonction des symptômes de cet enfant dans sa constellation familiale ? Cela relève d'une délégation massive qui doit être l'objet d'un partage entre différents intervenants.
Exemple de délégation massive : une maman va chez une orthophoniste et lui dit que Mme X l'a orientée ici car son fils a des troubles du langage. En fait, on ne peut isoler la difficulté du langage des autres problèmes d'ordre familial. La mère peut éventuellement présenter des troubles psychiatriques, la sœur aînée consomme peut-être de la drogue ...
L'étude de la demande implique la question suivante : quels sont les besoins multiples de cette famille ? A ce niveau, nous nous trouvons au stade de la délégation multiple entre plusieurs intervenants. Il s'agit par ailleurs de voir avec l'usager quels sont à ses yeux ses besoins prioritaires, de manière à l'aider à en faire l'échelle.

Les étapes de la démarche par rapport au processus de délégation :

délégation massive → délégation multiple → délégation discriminée

Nouvelle situation évoquée par une participante : il s'agit d'un enfant placé en institution pour enfants abandonnés. La mère a rencontré la psychologue car elle voulait suivre l'évolution de son enfant en prenant contact avec la nourrice mais elle ne peut entreprendre seule cette démarche. La participante s'interrogeait sur les opportunités à saisir pour mettre en lien la mère, la nourrice et l'enfant ainsi que les ressources professionnelles auxquelles elle pouvait faire appel.
Cela suscite des réflexions à propos du placement d'enfants, de la place des textes juridiques, du rôle délégué au psychologue dans ce type de situation.
Une autre participante expose un cas de détresses multiples qu'elle a dû gérer. Un jeune homme de 17 ans présente une symptomatologie traumatique. Il balance la tête lors des entretiens. Il a été victime d'abus sexuels dans son enfance, les parents n'ont rien vu. Juste avant sa rencontre avec la psychologue il a été impliqué dans une affaire criminelle instiguée par son abuseur et la victime fut le meilleur ami du jeune homme.
L'une des contraintes qu'exprime la psychologue concerne les délégations que lui attribue son institution. Notamment par le fait de rédiger des écrits aux instances judiciaires. Ce qui la place dans une confusion des rôles. Dans de telles conditions, ne vaut-il pas mieux qu'une autre personne se charge de rédiger le rapport adressé au juge ? D'où la nécessité de travailler en équipe au sein de l'institution. La psychologue portait une charge trop excessive.

Une participante s'interroge sur la réponse à apporter aux enfants lorsque les parents disent que le séisme est une punition de Dieu.
Mme Bioud l'aide à ouvrir des pistes de réflexion : la foi peut être une ressource, la population est à la recherche de mécanismes d'absorption de l'événement.

Punition divine

On observa quelques jours après le séisme un regain de religiosité. Les femmes portaient plus le foulard, les mosquées étaient fréquentées plus assidûment ... Les prêches de certains imams étaient enflammés et vilipendaient en premier lieu les Algériennes « offensantes envers Dieu lorsqu'elles s'exhibent à demi-nu dans la rue » Le séisme était donc à coup sûr une punition divine, ô combien culpabilisante pour les plus fragiles. Un sinistré me raconta que l'une de ses sœurs lui ayant confié avoir commis un péché (sans toutefois lui en révéler la nature) était convaincue qu'elle seule portait la responsabilité de la tragédie du 21 mai. En réponse à son acte répréhensible ou à sa mauvaise pensée, Dieu avait sévi entraînant dans sa colère la mort de plus de deux mille personnes. « Te crois-tu si importante aux yeux de Dieu pour qu'il nous punisse tous ainsi ? Ton forfait est-il fatal au point que l'humanité elle-même en souffre ? » se moqua son frère. La plaisanterie ne l'amusa pas. Engoncé dans un remord immense, elle plaidait une fois pour toute coupable.

C. Lecomte

Evaluation

La formation a permis de savoir comment aborder un enfant ainsi que le repositionnement de celui-ci dans sa famille. Une participante dit : « J'ai pu partager quelque chose ici et en sortant je sais que je vais partager cela avec mon frère »
Il est demandé aux personnes de se lever et de former un cercle puis l'on demande à chacune d'offrir à l'autre une parole bienveillante et pleine d'espoir.

B- Formation pour le groupe santé

Module 1 et 2

Travail clinique avec l'enfant et sa famille

« Autour du tourbillon oedipien ... »

Formatrices :
Mme Suzanne Robert-Ouvray,
Kinésithérapeute, psychomoticienne.
Docteur en psychologie, psychothérapeute. Enseignante
Mme Saleha Ferhat, psychologue clinicienne
Mme Florence Lacour-Bourgoin, psychologue clinicienne, psychanalyste ethnologue
Mme Nachida Taïbi, psychologue clinicienne.

Premier entretien avec un enfant et ses parents (Mme Robert-Ouvray)

Pourquoi aller voir un psychologue ou un psychothérapeute ?

Symptômes

Autour de l'analité : pipi au lit, caca dans la culotte, encropésie
Autour de l'oralité : problème du langage, problème de nourriture
Comportements : violence, instabilité, jalousie d'un frère ou d'une sœur
Problèmes d'acquisition : pas d'acquisition de l'autonomie
Problèmes de l'autonomie : développement difficile
Problèmes de concentration
Inhibition
Immaturité
Peur de quitter ses proches
Angoisse de séparation
Dort mal
Dort avec ses parents
Problèmes scolaires

La question de la demande
Faut-il attendre la demande de l'enfant ?
Qui demande et pour qui ?

Ce sont les parents qui amènent l'enfant sur le conseil des instituteurs ou autres comme une orthophoniste, sur le conseil des médecins pour les plus petits.

L'enfant demande à venir quand il a 7-8-9 ans et qu'il veut arrêter un symptôme comme les tics ou le pipi au lit. Ou bien l'enfant reprend le discours du parent : je viens parce que je n'arrive pas à me concentrer à l'école, je viens parce que je me bagarre avec mon frère etc.

Le premier entretien

Observer :

- La place que prend l'enfant près de ses parents.
- S'installe entre eux, s'écroule comme un bébé, a besoin d'un appui, à côté d'un parent (le plus sécurisant).
- Pour les plus petits (2 ans, 5 ans) s'il va tout de suite vers les jouets.

Demander à l'enfant ce qui l'amène

- Si ses parents l'ont averti et comment.
- S'il connaît le métier de psychologue.
- S'il sait pourquoi il est là (des enfants disent qu'ils viennent parce que les parents le veulent mais eux ne comprennent pas.
- Demander à l'enfant si les symptômes le dérangent et pourquoi.
  On voit vite si c'est un parent qui fait pression (angoisse parentale, projection d'un ou des deux parents).
- Lorsqu'on lui pose une question regarde-t-il ses parents ?
  - Pour voir s'ils ne s'effondrent pas, « par peur de se tromper » , pour demander une autorisation.
- Voir si l'enfant a conscience de ses difficultés et veut volontairement s'en sortir.

Que demander aux parents ?

Si l'enfant ne répond pas, lui demander si les parents peuvent le faire à sa place.
Faut-il attendre la réponse ?
Faire l'anamnèse
Cela déculpabilise les parents, ils comprennent qu'il y a une dynamique familiale et qu'il n'est question ni de bien ni de mal mais d'interactions qu'on peut réparer
Voir si d'autres personnes sont très importantes dans la famille (pour savoir où est son moi idéal)
Prêter attention aux parents très doux et très soumis (résistance camouflée)
Lorsqu'un parent est contre le psychologue, le travail thérapeutique peut tout de même se faire

- Première question : de quoi, selon vous, votre enfant souffre-t-il ?
- puis histoire de l'enfant : désiré ou pas, place dans la fratrie, description dela grossesse et de l'accouchement, allaitement ou pas, état d'esprit de la mère, enfant qui pleurait beaucoup ou non, avait ou non une tétine, diverses maladies, troubles du sommeil, marche et propreté à quel âge, en crèche ou chez nourrice, date d'entrée à l'école maternelle (voir s'il y a une naissance à ce moment-là)

points importants de l'éducation : respect, obéissance, liberté d'expression, créativité, sur-nourri d'informations
points d'angoisse pour les parents : nourriture (ne pas le laisser partir le ventre vide), scolarité, avenir, sommeil
faire les demandes aux deux parents séparément pour voir en quoi ils se différencient et éventuellement s'affrontent

Rapport avec sa famille

Voit-il fréquemment la famille élargie ?
Quels liens existe-t-il ?
Vie sociale des parents
Colonie de vacances
Invite, va chez des copains

Activité propre des parents

Vie de couple : sortent-ils en amoureux ou toujours en famille, acceptent-ils de faire garder l'enfant ?

Problèmes de limites

Chambre, salle de bain, wc
Limite du sommeil : l'enfant va dans le lit parental (quand, près de qui)
Inquiétude : tu m'aimes maman ? Ça va maman ?

Place des parents dans le travail de l'enfant

Problème des limites réelles et symboliques
S'ils se reconnaissent dans leur enfant
Jeu de rôle et inversion sur les besoins, demandes et oppositions de l'enfant
Soutenir les parents
Faire émerger leurs compétences
Leur demander une participation : que peuvent-ils changer en eux pour
Améliorer la situation ?
Poser des limites dans le réel
Poser des contrats avec l'enfant

Passage par les objets

Passage par les créations d'histoires, par les jeux de rôle, dessin,
Marionnettes, contes, construction (faire une cabane et demander ce dont il a besoin à l'intérieur)

Deuil et enfances

Lorsque la mort survient dans l'entourage d'un enfant de moins de 6 mois, les manifestations pathologiques apparaissent sous forme de dépression somatique, troubles moteurs, alimentaires et du sommeil.
Observer s'il y a des signes dépressifs chez l'enfant

Un jour, un médecin psychiatre étranger est venu aux Boutons d'Or. Il voulait parler avec les enfants réfugiés. Il avait un gros sac et dedans il y avait de papier à dessin et des crayons de couleur.
Il disait aux enfants de dessiner ce qu'ils voulaient.
Les enfants ont peint le ciel en bleu, l'herbe en vert, le soleil en jaune et une jolie maison avec le papa, la maman et les enfants devant. Le médecin psychiatre étranger n'était pas content et il leur a parlé de la guerre et des bombardements. « Je ne veux pas que vous dessiniez quelque chose d'avant la guerre. Dessinez comment vous imaginez votre maison et votre famille aujourd'hui », il leur a dit.
Alors les enfants ont peint le ciel en bleu, l'herbe en vert, le soleil en jaune et une jolie maison avec le papa, la maman et les enfants devant.
Le médecin psychiatre étranger était fâché et il est reparti dans son pays. Un autre jour, un autre médecin psychiatre étranger est venu aux Boutons d'Or. Il ne parlait avec personne. Il avait un gros sac et dedans il y avait une ferme miniature avec une vache, un cheval, le tracteur, la maison, les étables, le fermier, la fermière et leurs enfants. Il a posé la ferme sur une table et il s'est assis par terre en lisant un journal. Les enfants ont tourné longtemps autour de la table et puis ils se sont mis à casser la ferme en mille morceaux. Le médecin psychiatre étranger s'est mis à pleurer parce que son jouet était cassé. Il a commencé à le réparer avec de la colle mais il se trompait. Il collait la jambe du fermier à la vache, le toit de la maison sur la tête de la fermière et le moteur du tracteur dans l'étable. Les enfants lui ont dit que ça n'allait pas du tout et ils l'ont aidé à recoller les morceaux là où il fallait. Ils lui ont raconté comment ça fonctionnait une ferme et comment c'était fait une vache ou un cheval. Le médecin psychiatre étranger leur a dit merci et il est reparti content dans son pays.
C'est Melika qui m'a raconté cette histoire-là pour dire que Sarajevo était devenue comme un laboratoire à cause de la guerre et de tous ces gens qui venaient faire des études sérieuses.
Il y avait des gens bien et des gens pas bien comme dans la vie en général.
(Extrait du roman de Christian Lecomte « Le jour où j'ai tordu mon pied dans une étoile », paru en 1996 aux éditions Desclée de Brouwer)

tels que l'hyperboulimie ou l'anorexie. Est-il l'hypersomniaque ou au contraire hyposomniaque ?
A cet âge, l'enfant est sensible aux changements. Il perçoit la détresse de son entourage. Il s'illusionne que sa vie dépend de l'autre, il est dans l'anticipation de la disparition et la réapparition.
S'il perd un proche dans cette période de vie, il ressentira toujours un vide.
L'enfant de 6 mois à 2 ans est dans une intense dépendance à la mère, c'est la toute puissante maternelle. Il passe par l'angoisse du 8ième mois. L'absence de la mère provoque alors un vécu d'abandon et de colère.
Chez l'enfant de 2 à 5 ans, le concept de la mort est en voie de maturation, la mort est cependant non permanente.
Caractéristiques de cet âge : métaphores, attitudes régressives et agressives, rituels, jeux du semblant (imitation, identification au sein du tourbillon oedipien). Par rapport à la toute puissance infantile, La disparition suscite des « c'est à cause de moi ... »
A 8 ans, l'enfant a acquis des connaissances qui lui permettent de considérer la mort comme un processus universel.

Technique de Mandala

Le Mandala est un cercle de couleurs, chaque couleur renvoyant à un état d'âme que l'enfant identifie comme étant sien.
Consigne passée à l'enfant : « Pense au moment où tu as appris la première fois le décès de ton parent, où étais-tu ? Qu'as-tu vu ? Qu'as-tu ressenti ? »
Il s'agit dans le processus du deuil de rechercher l'image la plus menaçante : « Pense à ce qui t'a fait le plus de peur lorsque ton parent est décédé, quelle a été ta plus grande inquiétude depuis le décès ? Si tu peux décrire une réalité, une pensée, une émotion ou un rêve, dessine-les »
Par rapport aux pertes antérieures, « dessine le portrait d'une personne importante décédée avant ton parent ou, fait le croquis d'un objet précieux que tu as perdu »
Par rapport à l'intégration du deuil, « que dirais-tu à un autre enfant qui vient de perdre un parent ou un frère ou une sœur et quels conseils lui donnerais-tu ? »

Témoignage

« Le 1512, aide psychologique par téléphone, j'écoute »

Djamila Tella, psychologue clinicienne.

Le 1512 a été ouvert après le séisme pour les victimes éprouvant le besoin de parler et d'être écoutées. Mais très vite on a constaté que les gens appelaient aussi pour d'autres motifs. Il y avait de tout, des agressions sexuelles, l'inceste, les problèmes familiaux, l'anorexie, le chômage, le deuil, les violences terroristes. Je me souviens qu'une femme m'a confié une histoire vieille de trente ans. Un proche de la famille l'avait violée et jamais elle n'a pu raconter cela, elle avait et a encore trop honte. Elle a vécu avec ce drame toute sa vie et ne s'est jamais mariée. Quand elle a appris que des psychologues étaient joignables par téléphone et que l'anonymat était respecté, elle a composé le 1512 et a déversé toute son histoire ... Le 1512 est une première expérience et je reconnais aujourd'hui que les formations m'ont beaucoup aidée, elles m'ont permis de renforcer mes connaissances et de connaître d'autres approches. Etre seule pendant une demi-journée dans une pièce en tenant un combiné et en écoutant des histoires le plus souvent douloureuses est éprouvant même si les collègues ne sont jamais très loin et qu'une psychiatre nous accompagne. Les formations m'ont tenu un peu éloignée, j'ai pu ainsi me ressourcer et travailler sur moi-même. Le point le plus positif reste les contacts noués et les liens tissés avec les autres professionnels rencontrés lors des différents modules. Le travail en réseau est ainsi plus efficace. J'ai pu mettre un visage sur les gens et lorsque j'oriente un interlocuteur, je le fais en général en toute confiance. Très peu de collègues étaient informés de cette ligne ouverte, j'ai donc pu passer l'info et la formatrice a proposé un jeu de rôle assis dos à dos pour que les participants en saisissent tout l'intérêt. Ces formations m'ont donné la pêche parce qu'elles m'ont valorisée. Je crois faire mieux mon travail et le plus gratifiant est l'appel de ces personnes que l'on a connues désespérées et qui un jour confient qu'elles vont mieux. Elles téléphonent juste pour cela, en guise de remerciements. Je m'investis donc davantage. Je fais des recherches sur Internet pour en savoir plus sur les entretiens psychologiques par téléphone. J'ai appris que c'est un théologien belge qui le premier en 1887 a évoqué la possibilité de confessions par téléphone et qu'en 1953 un prêtre de Londres alarmé par le nombre croissant de suicides a ouvert pour la première fois une ligne en utilisant celle de sa paroisse...

Travail de proximité, pratiques de réseau (1)

A- Formation groupe associatif

Module 1

« Etre dans le traumatisme... »

Formateurs :
M. Jean-Pierre Martin, psychiatre
Mme Saliha Ferhat, psychologue clinicienne.

Lors des trois journées de formation, il est proposé que soient posées des questions sur le travail de réseau.

Les participants évoquent tour à tour leur vécu sur les sites. Ils parlent de leur souffrance, de leurs impressions aujourd'hui avec le recul et de leur retour sur leur lieu de travail habituel. Certains sont revenus sur leur expérience pendant les années de violences terroristes avec le sentiment d'une douleur restée enfermée en eux et d'inquiétude face à leur capacité à endurer celles-ci. « On vient de toucher le point être dans le traumatisme » fait remarquer reconnaît M. Martin.

Mme Ferhat expose son expérience suite au séisme.
Elle a été envoyée à Bordj El Bahri, dans une cité populaire composée de six immeubles, abritant chacun 120 familles. Une soixantaine de tentes accueillant chacune deux familles ont été dressées à proximité des immeubles. L'équipe d'intervention était composée de 4 psychologues cliniciens, 2 médecins et 2 infirmières.
Une bonne visibilité ainsi qu'une disponibilité ont permis au travail de proximité se mettre en place. Une famille ressource a été identifiée.
L'organisation de l'intervention est passée par la mise en place d'un cadre, la prise en charge en groupes de parole ouverts (adolescents, femmes), une prise en charge des hommes en individuel, des ateliers d'expression (dessin, commentaires, scènettes).
Mme Ferhat compare l'intervention suite aux inondations de Bab El Oued en novembre 2001 et celle du séisme et avoue que l'on s'est retrouvé dans ces deux cas à effectuer pour la première fois un travail en utilisant l'approche communautaire. Travailler en binôme a permis de partager l'expérience.
Il est relevé par plusieurs participants l'existence sur les sites d'une concurrence intersectorielle qui peut être assimilée à une réaction de clivage devant le traumatisme.
La question de la place et du rôle des représentants de l'administration des sites a été également travaillée. Les difficultés de communication rencontrées auraient pu être surmontées si ceux-ci avaient été invités aux réunions psychosociales.
Le second jour de la formation, des participants disent qu'ils ont mal dormi : nuit agitée, cauchemar, insomnie. Parler du terrorisme a réveillé des choses pénibles. Une personne avoue avoir failli ne pas revenir.

Habitudes

Encore un massacre. A Berrouaghia, près de Médéa.
Ces noms dans les journaux : Mohamed Khaldi, 43 ans, Khadidja Khaldi, 37 ans, Assia, 10 ans, Ahmed, 12 ans, Saida, 15 ans, Smain, 5 ans, tous tués par balle excepté Ahmed dont le crâne a été fracassé par une hache.
La photo d'un corps mis en terre, le drapeau algérien étalé sur le cercueil, un homme au premier plan qui pleure.
Impression désagréable de m'habituer à tout cela, lire le récit d'un témoin oculaire puis tourner les pages, passer à toute autre chose comme ce faire-part de mariage entre une jeune fille de Jijel et un repenti, ancien combattant de l'armée islamique du salut.

C. Lecomte

M. Martin propose une démarche de travail :

❶ Concernant l'accès au soin de la personne exposée au traumatisme

▶ **Passe par la reconnaissance du traumatisme chez le sinistré et chez l'intervenant**

Le traumatisme est l'événement

Le trauma est : - la marque psychique → symptômes
→ souffrance
- phase de latence
- verbalisation

▶ Nécessité du cadre (dispositif) en réseau :
- visibilité et disponibilité.
- réseau adapté au contexte.
- mobilisation de tous les acteurs du terrain (y compris les usagers).

▶ La fragilité de ce réseau
Lorsqu'il n'est fondé que sur les intervenants extérieurs, fondé sur les intervenants institutionnels, en l'absence de concertation et de coordination.

▶ Nécessité de formation et encadrement des intervenants.

❷ Concernant la prise en compte de la souffrance des intervenants :
▶ stress de l'intervenant : troubles psychosomatiques, du sommeil ...
▶ difficulté de décrocher, de prendre du recul, de s'éloigner et de revenir.
▶ difficulté de se détacher affectivement.
▶ être soi-même victime du séisme ou du terrorisme.
▶ être dans la situation traumatique.
▶ épuisement professionnel.
▶ médiation et confusion des rôles.
▶ contraintes hiérarchiques.
▶ problèmes logistiques.

❸ Concernant l'approche des intervenants auprès des sinistrés
* Attente de l'aide, trois phases :
▶ étonnement et confusion, explication de la procédure d'aide.
▶ acceptation de la situation, demande d'écoute.
▶ demande d'aide.
* Place d'interprète de l'intervenant : met des mots ayant un sens sur les faits.

* Cadre juridique (civil) :
▶ recensement et ciblage, ex : les orphelins.

* Rôle des autorités civiles et des administrateurs :
▶ la gestion des sites.

* Facteurs de résistance chez les personnes touchées :
▶ zones touchées par le terrorisme.
▶ Inégalités : zones d'exclusion sociale.
▶ zones économiquement aisées.
▶ difficulté et honte des hommes.
▶ composante culturelle (traditions).

* Comment se construit l'adhésion de la population ? :
▶ personnes ressources.
▶ familles ressources.
▶ associations ressources.
▶ réseau préexistant dans la communauté.

❹ Autres questions :
▶ la place de l'Etat.
▶ le dilemme des « vrais et faux » sinistrés.
▶ l'accélération des exclusions.

❺ Clinique psychosociale :
Ce qui vient avec le traumatisme :
▶ la désymbolisation brutale (effroi chez Freud)
▶ destruction des positions sociales acquises
▶ avenir fermé (chaos qui dure)
▶ pérennisation du chaos psychique

❻ Quels soins (quelles actions thérapeutiques) ?
▶ resymbolisation
▶ clinique du lien (individu) dans sa multiplicité (entourage)

Evaluation du module

Le concept réseau parait moins ambigu aux participants et beaucoup se disent satisfaits d'avoir pu évoquer la période de violences terroristes, ce qu'ils n'avaient pu faire jusque là.

Travail de proximité, pratiques de réseau (2)

Module 2

« Ce n'est pas que ton papa ne t'aime pas, mais il ne sait pas te le montrer ... »

Formateurs :
M. Carlos Parada, psychiatre
Mme Latefa Belarouci, psychologue clinicienne

Mme Belarouci expose « le travail de réseau » extrait de « Travailler en réseau » méthodes et pratiques en intervention sociale, Ph. Dumoulin, R. Dumont, N. Bross, G. Masclet, éditions Dunod, Paris 2003.
C'est un inventaire des différentes formes de réseau clarifiant ce qu'est l'intervention de réseau et présentant une méthodologie de travail en 13 étapes.
Ce développement a paru lourd aux participants. Pour beaucoup, il fait penser aux « 10 commandements » Il paraît compliqué de déployer un tel dispositif autour d'un usager reçu par exemple en consultation dans une polyclinique. Cependant, cette démarche pourrait être réalisable dans une intervention auprès d'une communauté.
Mme Belarouci précise qu'un projet dans la pratique de réseau est similaire à un projet thérapeutique. Cela semble pesant ainsi décrit en 13 étapes mais la méthodologie n'est pas plus lourde qu'une autre.

M. Parada explique que lorsque l'on travaille dans un réseau de professionnels, il arrive que l'on ne tienne pas compte de la demande de l'usager mais de celle du professionnel qui l'a orienté. Parfois, l'usager ne sait même pas ce qu'il fait chez le psychologue. Il est même certain que la demande de l'usager est différente de celle exprimée pour lui par le professionnel. Le risque du réseau de professionnels serait donc qu'il fonctionne en bloc excluant l'usager. Souvent, quand cela arrive, les professionnels se disent que c'est l'usager qui n'a pas compris comment les réseaux fonctionnent.

Situation présentée par une participante.

Il s'agit d'Akram, un garçon âgé de huit ans, rencontrant beaucoup de problèmes familiaux et scolaires. Il est très attaché à l'animateur et dit qu'il ne peut rester au chalet car il est seul, ses parents travaillant sur Alger. Les enfants peuvent choisir plusieurs activités mais une seule intéresse Akram : le dessin. Il représente des enfants sous des décombres.
Lors des jeux d'extérieur, il est violent avec les autres enfants.
A l'école, la maîtresse a demandé une prise en charge psychologique pour Akram. Il perturbe la classe.
Reçu par la psychologue, il dit être un enfant unique et être gardé par son oncle paternel et dit aussi que celui-ci est mort pendant le séisme. Il aurait perdu la vie pour le sauver.
Rencontré un jour avec sa mère, Akram dit que ce n'est pas sa mère.
La psychologue se déplace jusqu'au chalet et rencontre la mère qui dit : « Akram a des problèmes surtout avec son père qui est militaire et qui est très dur avec lui » Elle ajoute ne pas se rappeler avoir vu le père embrasser son fils.
Dernièrement il a volé de l'argent pour acheter un litre de mazout et un litre de lait. Quand la psychologue demande :

Le taxieur et la bombe

A un de mes amis cinéaste qui venait de monter dans son véhicule, un taxieur raconta qu'il avait connu une heure plus tôt la frayeur de sa vie. Il avait pris un client qui d'emblée lui proposa mille dinars pour le conduire au plus vite à l'aéroport. Arrivé devant l'aérogare, le client lui demanda d'attendre une minute, abandonnant son sac de voyage sur le tapis, devant le siège. Le taxieur patienta mais tout à coup un doute s'immisça qui se mua peu à peu en une angoisse épouvantable : et si le type était un terroriste ayant laissé une bombe dans son taxi garé devant l'édifice ? Il héla un policier, lui expliqua ce qu'il se passait. Le policier proposa d'évacuer le bagage mais le risque qu'il explosa à tout moment était tel que tous deux hésitèrent ... jusqu'à ce que l'individu enfin réapparaisse, tout sourire. Taxieur et policier, ahuris, ne soufflèrent mot. Le voyageur s'excusa, prit son sac et s'engouffra à nouveau dans l'aérogare ... Par la suite cet ami cinéaste réva à un film sur une ville en proie à la paranoïa qui commencerait forcément par cette histoire ...

C. Lecomte

« Pourquoi du lait ? », il répond : « Pour ne pas brûler mon estomac et pour attirer l'attention de mon père »
Il dit que son père ne s'intéresse pas à lui, qu'à ses yeux il ne compte pas. Le père refuse de voir les psychologues.
Il justifie sa négative en disant qu'il s'en est toujours sorti tout seul.
Le père et l'oncle ont été adoptés.
Akram dit qu'il aime son petit frère qui a 4 ans.

M. Parada : Que pensez-vous de ce qui se dit autour du père ?
Une participante : Ce n'est pas une raison pour ne pas aimer son fils, la mère dit qu'il a besoin d'une prise en charge psychologique, la nuit parfois il pleure longuement.
M. Parada : il faut travailler avec la mère et l'enfant, si la mère arrive à faire avancer les choses et à introduire des changements dans la situation, elle amènera son mari à agir autrement. On peut dire à l'enfant ce n'est pas que ton papa ne t'aime pas mais c'est qu'il ne sait pas te le montrer. Il faut aider l'enfant à construire son histoire, son mythe avec l'aide de sa maman, il y a trop de trous noirs dans son histoire, Cet enfant n'est pas seulement le fils de son père mais aussi celui de sa mère, son histoire est celle de son père mais aussi celle de sa mère. Si on ne peut pas s'appuyer sur l'histoire que peut amener le père, on peut s'appuyer sur celle apportée par la mère, en présence de l'enfant.

M. Parada expose sa conception du traumatisme qu'il assimile à la conception de la toxicomanie chez C. Olivenstein : face à un événement traumatique, chacun développe sa propre réaction, propre à lui et à sa vie.

Pour certains professionnels, l'idée de cause à effet n'est pas tout à fait vraie, les personnes ayant vécu le séisme ou un accident de circulation n'ont pas toutes été traumatisées.
Nous ne sommes pas égaux dans le traumatisme, de là est née l'idée d'une prédisposition au traumatisme.
On avance que peu importe l'événement puisque c'est la personnalité qui compte. D'autre part, on avance aussi que c'est l'événement qui crée le traumatisme.
Carlos Parada compare cette question à celle de la toxicomanie : Comment une personne devient-elle toxicomane ?
On pourrait dire : Fragilité + problèmes familiaux et socio-économiques + fuite de la réalité + traitement mal adapté + attirer l'attention sur soi
« C'est la rencontre d'un produit avec une personnalité à un moment socio-culturel donné » dit C. Olivenstein.
On parle donc d'une triade : produit, personnalité, moment socio-culturel
En revenant sur le psychotraumatisme : Il n'y a pas de traumatisé sans rencontre avec un événement comme il n'y a pas de toxicomane sans rencontre avec la drogue.
De même, on peut aborder le traumatisme par l'événement, la personnalité, le moment socio-culturel.

M. Parada développe la triade :

❶ Le produit
La différence entre les drogues est leur intensité, comme celle entre une arme à feu et une bombe atomique.
C'est dans cet aspect de l'intensité qu'il y a similitude entre la toxicomanie et le traumatisme.

❷ La personnalité
Le traumatisme a lieu en deux temps, le moment de l'événement et après l'événement.

❸ Le moment socio-culturel
Il change dans le temps, selon les sociétés ... Exemple : la drogue serait liée au chômage mais tous les chômeurs ne se droguent pas.
Y'a-t-il des explications sociologiques sur le traumatisme ?
Des choses qui n'étaient pas traumatiques le sont devenues avec le temps et l'évolution des sociétés.
Une mère perdant son enfant en bas âge n'est pas traumatisée dans certaines sociétés et l'est dans d'autres.
Cela dépend comment la société répond à l'événement.

Par ailleurs, M. Parada pense que ce serait illusion que de croire qu'on peut avoir des vues complémentaires avec des professionnels étrangers au soin. Les ponts de vue du psychologue, du sociologue, de l'historien ne sont pas compatibles, ce sont des logiques différentes. La vision du psychologue, à titre d'exemple, est incompatible avec celle d'un juge à propos d'un abus sur un enfant dans une famille. Lors de l'installation des familles dans les chalets, la logique de l'administratif n'est pas celle du psychologue.

Exercice :

M. Parada propose au groupe un exercice sur la prévention secondaire qui consiste en l'élaboration d'affiches diffusant une information à une population ciblée.
Trois types de public : les enseignants, les soignants, la population générale
Après un travail en petit groupe, les participants ont présenté les plaquettes suivantes :

Plaquette à l'intention des « enseignants »

Suite aux différents témoignages et difficultés rencontrés par les enseignants face à des enfants présentant des changements de comportement après le séisme du 21 mai 2003, certaines conduites ont été élaborées.

Face aux symptômes suivants :

agressivité,
difficulté de concentration,
plaintes somatiques,
isolement, hyperactivité,
désintérêt scolaire,
absences répétitives,

Il faut aviser la direction pour concertation, alerter les parents avec la direction pour concertation, informer, conseiller et orienter les parents vers les centres existants (UDS, polycliniques, CDP ...)

Plaquette à l'intention des « soignants »

Adressée aux psychologues, médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, assistantes sociales ...

Le psychotraumatisme peut se manifester après des mois, voire des années chez des personnes de tout âge suite à un événement traumatisant.

- violence (terrorisme, agression)
- tremblement de terre

Certaines personnes souffrent d'asthénie, d'anxiété, de troubles du sommeil et du langage, de troubles psychosomatiques, de changements du comportement.

Il faut être attentif, écouter ces personnes, même si ce qui est dit vous semble au début n'avoir aucun lien avec la souffrance. Attirer l'attention de la personne, ses troubles sont peut-être en rapport avec un traumatisme vécu.

Orientez la personne vers :

- un psychologue
- une polyclinique
- un centre d'écoute
- l'UDS
- la cellule de proximité
- l'aide psychologique par téléphone (le 1512)

Plaquette à l'intention de la « population générale »

Vous avez peut-être vécu, vous ou quelqu'un de votre entourage, un événement traumatique : agression sexuelle, attouchement, viol ...

Vous souffrez de :

- cauchemars
- insomnies
- angoisses
- troubles sexuels
- l'avenir vous fait peur
- aucun plaisir à vivre
- isolement

Des psychologues sont disponibles pour vous écouter, vous aider.
Contactez le 1512

Cet exercice d'élaboration de dépliants satisfait les participants. Le besoin de trouver des moyens de communication dans le travail paraît tout à coup flagrant. Quelqu'un suggère d'inviter des personnes de la population cible pour aider à rédiger ce genre de plaquettes.

M. Parada parle de son expérience au Centre primo Levi fondé depuis six ans et qui accueille des demandeurs d'asile : les soignants travaillent à mi-temps excepté la directrice, la secrétaire et l'assistante sociale qui ont un plein temps. Outre ces trois personnes, l'équipe est composée ainsi : 4 psychologues, un médecin psychiatre, deux médecins généralistes, un kinésithérapeute, un superviseur.

Pourquoi un kinésithérapeute ?

Des personnes peuvent adopter des attitudes ou des positions corporelles suite à un traumatisme, ces postures agissent comme une défense. Si on les oblige à trop vite abandonner ces postures, elles risquent de décompenser.

Pourquoi des médecins généralistes ?

D'un coté, la plupart des demandeurs d'asile sont dans une grande précarité et n'ont donc pas les moyens d'accéder aux soins élémentaires.
D'un autre coté, les médecins du Centre Primo Levi sont dans une démarche très précautionneuse auprès de ces patients. Ils prennent beaucoup de temps avec eux, un examen médical (se déshabiller) étant vécu souvent comme une agression.
25 % des victimes des traumatismes en lien avec la violence politique présentent des plaintes somatiques, en fonction de la culture médicale de leur région.

Une réunion de synthèse est effectuée une fois par semaine pour échanger, prendre des avis, orienter.
Une fois par mois, un psychologue extérieur se déplace pour parler avec l'équipe des situations, des difficultés rencontrées.

Evaluation du module

Plusieurs réactions des participants
Dans notre travail, nous sommes dans la pratique de réseau mais il nous manquait des points de référence théorique.
On comprend maintenant qu'il existe plusieurs formes de réseau. Travailler seul est impossible pourtant on le faisait spontanément
Je croyais que le réseau était l'affaire uniquement de professionnels et qu'il n'incluait pas les usagers.
On peut constituer un réseau avec les intervenants du terrain. On n'a pas toujours besoin de passer par de dispositifs plus lourds tels que les conventions entre les institutions.
Les plaquettes dans mon travail avec les personnes sourdes seront un outil intéressant.
On travaillait seul avec un patient et on comprend maintenant que celui-ci n'est pas seul, il possède une famille et un réseau, de notre côté nous pouvons ne plus être seuls et travailler avec ce réseau.

M. Parada s'avoue frappé par la cohérence du groupe qui possède une expérience commune : le séisme et certains autres événements qui ont été très pédagogiques. Il juge que les participants sont encore très pris par la pratique de l'urgence. « La mémoire et l'oubli sont en train de lutter l'un contre l'autre » conclut-il.

Chapitre 10

Témoignage

Mme Saliha Ferhat, psychologue clinicienne à l'hôpital Drid Hocine
Mme Souad Rasnaama, psychologue clinicienne au C.H.U. de Bab el Oued.

« Sous la tente de haillons ... »

Après le séisme et jusqu'au mois de septembre 2003, nous avons toutes deux été dépêchées à Bordj El Kiffan pour mettre en place un accompagnement psychologique des sinistrés. Notre lieu d'action était la cité Faïzi, un ensemble d'immeubles. Le premier jour, nous avons effectué un travail de proximité. En passant de tentes en tentes, nous avons pris la mesure de l'ampleur de la tâche qui nous attendait. Il y avait beaucoup de souffrances. Il fallait mettre un cadre pour accompagner cette population en détresse. Nous nous sommes donc installées dans une tente bâtie comme toutes les autres avec des haillons et occupée par une famille. Vivaient à l'intérieur quatre personnes que l'on a identifiées comme famille ressource. Pourquoi ce choix ? Parce que Omar, le père, un haut fonctionnaire, semblait être respecté de tous, de même que la mère. Ils avaient deux enfants dont l'aîné Abderrahim, âgé de 10 ans, était un petit chef dans le quartier. De plus, Omar a pu très vite nous fournir des informations sur les familles les plus touchées et il a passé le message que des psychologues étaient présents sur le site. Cette famille a montré de la disponibilité à nous aider. Omar s'occupait des hommes, son épouse des femmes, son aîné des enfants. Ces derniers étaient notre priorité. Abderrahim réunissait les gosses et l'on organisait des groupes de parole. On travaillait sur le vécu du séisme, sur les répliques et sur des dessins que les enfants ensuite commentaient. On proposait aussi des jeux de scénettes. On a ainsi dépisté certains psycho-traumatismes et l'on a pu orienter les cas vers des confrères. Pour les femmes, le travail s'est concentré sur le vécu du séisme, l'accompagnement des enfants et la vie sous les tentes. Beaucoup d'entre elles se sentaient très mal à l'aise sous ces habitations de toile. Elles avaient peur. Il y avait une réminiscence liée au terrorisme. La nuit, elles craignaient les agressions, les viols. En groupe de parole, elles ont pu verbaliser cela et elles ont organisé avec les hommes du quartier un système de rondes et de surveillance. Certaines ne voulaient plus retourner chez elles parce que la plupart des murs de leurs appartements étaient fissurés. Pour les mettre en confiance, on est monté dans les étages et elles nous ont suivies. On a même fait des entretiens chez elles et peu à peu elles ont pu réinvestir leur foyer. En ce qui concerne les hommes, nous n'avons pas pu organiser de groupe de parole, ils ne veulent pas s'exposer, c'est bien connu. Ils doivent faire preuve de courage, ne pas afficher leurs angoisses et leurs peurs. Les accompagnements se sont fait donc en individuel. Pour les adolescents, nous avons proposé des jeux de société et la rédaction d'un journal à partir de la lecture de livres. De notre côté, nous avons pu nous montrer efficaces parce que l'on travaille toujours en binôme, que ce soit face à des victimes du terrorisme, à Bab el Oued lors des inondations, à l'aéroport d'Alger après de crash d'un avion à Tamanrasset. Cela donne la pêche et soulage quand parfois l'on voit ou l'on nous raconte des choses trop cruelles. Il y a le cas de cette femme dans un groupe de parole. Elle se sentait tellement coupable. Elle avait attaché son fils au pied de son lit parce qu'elle voulait être tranquille pour préparer du couscous. La terre a tremblé et elle a retrouvé son enfant sous les décombres. Il n'avait pas pu fuir. Son crâne avait été fracassé, il y avait des morceaux de cervelle partout. Celle de nous deux chargée d'animer le groupe a perdu la voix. Elle était paralysée. L'autre a donc pu reprendre les choses en main et ranimer le groupe. Voilà pourquoi il faut travailler au moins à deux. Il faut aussi des superviseurs, des professionnels possédant du recul. Pour notre part, faute de ce soutien extérieur, nous avons eu recours à nos proches pour nous débriefer et l'on a pu ainsi tenir le coup.

Travail avec l'adolescent (1)

Formation pour le groupe associatif

« Mon image qui tombe à l'eau ... »

Formateurs :
Mr Damien Bael, psychologue clinicien, thérapeute de famille
M. Mohamed Laroussi, psychiatre, thérapeute de famille.

Les attentes des participants paraissent multiples et les interrogations sont nombreuses concernant l'autonomie de l'adolescent, sa sexualité, la prévention des déviations, l'agressivité dont il peut faire preuve, le refus de certains d'accepter toute main tendue.
De manière générale, les préoccupations semblent associer période de l'adolescence et syndrome pathologique.

Chacun écrit sur un morceau de papier un souvenir d'adolescence et le dépose sur une table puis tire au hasard un souvenir qui n'est pas le sien. Les mots-clés sont écrits au tableau : puberté difficile, amour impossible, pas d'amitié avec le sexe opposé, transformations méconnues du corps, ne plus pouvoir manger devant les hommes, importance du « look », plaire aux autres, comment parler des tabous comme la sexualité, faire dans le futur mieux que ses parents comme parler avec ses propres enfants, réaliser ses rêves dans la société algérienne, rivalité avec l'adulte, difficulté avec les pères autoritaires etc.

Les autres questions qui reviennent concernent les attitudes adoptées par les adolescents algériens, l'âge par exemple à partir duquel il refuse de se faire accompagner par ses parents à l'école, le début, la crise et la fin de l'adolescence...
Des réponses sont apportées en vrac : vers 11-12 ans, des transformations physiologiques et psychologiques marquent le passage à l'adolescence, il existe des rites : on commence à faire le ramadan, les filles mettent le foulard, les garçons ont de la moustache qui pousse, si une fille se marie tôt elle n'est plus considérée comme une adolescente, travail-mariage-service national peuvent marquer la fin de la période adolescente.

M. Bael précise que la crise d'adolescence ne doit pas être vécue comme quelque chose d'anormal, elle a une fonction de réveil.

La discussion s'engage autour de la place de l'adolescent à travers les différentes générations.
Tandis que l'adolescent des années 70 a connu l'époque glorieuse post-indépendance, celui d'aujourd'hui a vécu ou vit de multiples crises (terrorisme, situation économique difficile, catastrophes naturelles ...) qui ont sans nulle doute de profondes répercussions.

Globalement, le fait que l'adolescent va gagner en autonomie semble dérouter les parents. L'idéal parental s'écroule. Cette réalité est difficile pour tous. L'autorité dont les parents disposent est remise en question. Pour l'adolescent, tout perd également de son sens. Il part donc à la quête de nouvelles sources de sens.
Les formateurs proposent d'élaborer une situation d'un adolescent et de sa famille.
Une participante souhaite alors apporter un témoignage. Lorsqu'elle avait 15 ans, son père fut convoqué par un enseignant suite à une baisse de ses résultats scolaires. Le professeur confie au papa que sa fille semble s'intéresser plus aux garçons qu'à ses études. Elle vit cela comme une dénonciation et les conséquences relationnelles sont

Les enfants du siècle

Ils sont assis le long de la Moutonnière, chacun son rocher, le dos tourné au pays, l'œil rivé sur l'étendue de mer et le bleu azur de l'espace Schengen, au loin ... Rêves de départ. Fuir le « dégoutâge ». Tôt le matin, ils quittent leur appartement, premier café, quelques mots échangés, résultats de foot, rumeurs du quartier puis l'on s'adosse au mur. Attendre, voir la vie qui défile, qui les oublie. Tuer le temps en jouant aux dominos en regardant les filles qui passent. Des amis les entraînent parfois au stade, à Sidi Ferruch pour un après-midi de pêche ou au port pour saisir un arrivage de vêtements contrefaits. La revente assure l'argent de poche, les cahiers scolaires pour les gosses et des côtes d'agneau pour Yemma, la mère ...Ils paraissent las, désabusés, méfiants, tétanisés sans doute par des années de terrorisme et de mal-vie, ne font pas de politique, sont étrangement polis, souvent respectueux des traditions, réceptifs aux paroles des anciens ...

C.Lecomte

importantes, mais aussi une humiliation vis-à-vis de son père qui l'élevait au rang de personne responsable. « Toute mon image tombe à l'eau à cause de cette convocation » dit-elle. L'enseignant a brisé une relation de confiance alors qu'elle éprouvait de la considération pour lui. Aux yeux de l'adolescente, il est allé au-delà de son rôle et de ses prérogatives. De plus, la collusion père-enseignant amplifie l'agression. La relation père-fille ne sera restaurée qu'après la réussite au bac de la lycéenne.

L'intérêt, dans ce cas, est d'établir un diagnostic relationnel :

- Observer les conséquences en terme de bénéfices et de dommages
- Observer l'impact de la situation sur les autres membres de la famille
- Observer la relation parents-enfants en terme de loyauté

La question de la loyauté est augmentée par les mérites que ce père va avoir au cours de sa vie avec l'enfant. Dans ce sens, ce dernier va pouvoir lui rendre quelque chose plus tard.

Les formateurs invitent chaque participant à écrire une lettre où il explique à une personne impliquée dans la même situation comment il a ressenti un événement marquant de son adolescence (positif ou négatif).

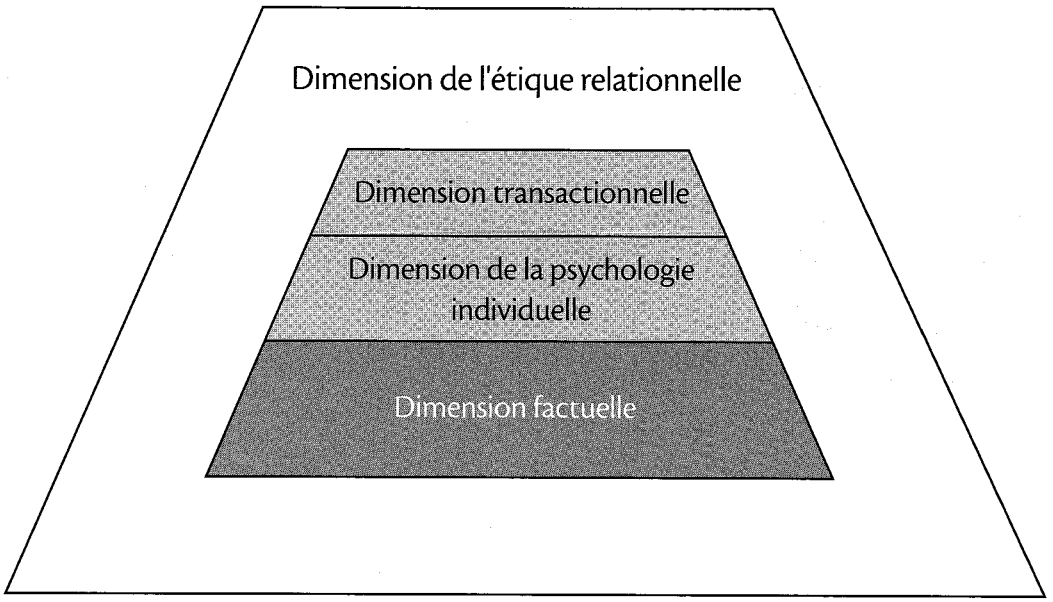
Les lettres seront ramassées et leur lecture sera accompagnée de l'expression d'un souci que l'on se ferait si l'on était une personne accompagnant un adolescent.

Les lettres se réfèrent à de nombreux concepts de l'approche contextuelle comme :

- le donner et le recevoir
- l'équité et l'égalité
- l'injustice et la justice (la balance de justice)
- le crédit, le mérite, la dette (quand on offre un cadeau, on obtient un mérite et celui-ci augmente notre crédit, celui qui reçoit sera en dette)
- le sentiment d'équité
- l'éthique relationnelle
- la légitimité
- la reconnaissance
- les obligations
- la confiance

L'approche contextuelle retient quatre dimensions de la réalité relationnelle.

Les quatre dimensions de la réalité relationnelle



Première dimension factuelle

A la naissance on se trouve quelque part, riche ou pauvre : on se trouve dans le domaine des faits. Un événement peut survenir (mon père a été tué et j'avais cinq ans) qui est une base d'injustice. On peut demander à être remboursé de cette injustice.

Deuxième dimension de la psychologie individuelle

Elle concerne tout ce qui est de l'ordre de la psycho-dynamique.

Troisième dimension transactionnelle

Je possède un mandat dans les systèmes (rôle, fonction), parmi ma famille je suis l'aîné ou le cadet ...

Quatrième dimension de l'éthique relationnelle

Ce concept tient compte de la confiance, du donner et du recevoir. Comment cela se construit-il ? Comment est-ce considéré au niveau de la justice ? Acquiert-on une légitimité positive ou négative, constructive ou destructrice ? La démarche tient compte de l'axe vertical (famille, générations), de l'axe horizontal (amis, pairs), de toutes les

Présentation d'une situation liée au séisme : il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, ayant perdu sa sœur mariée, ses deux nièces ainsi que son frère âgé de 16 ans. Elle ne se trouvait pas à la maison quand la terre a tremblé. Elle se promenait avec son ami. De plus, elle avait refusé de prêter son téléphone portable à son frère. Depuis le séisme, la culpabilité l'envahit. Elle refuse de s'alimenter.

La psychologue qui présente ce cas avait été informée de la souffrance de la jeune fille par l'une de ses collègues qui connaît la famille.

M. Laroussi estime qu'il serait intéressant de positiver cette « culpabilité » dans la mesure où c'est parce que la jeune fille se trouvait au-dehors qu'elle a échappé à la mort. Elle a eu « de la chance » Grâce à cela, les parents ont encore un enfant. A partir de là, peut-on considérer que certaines transgressions sont salvatrices ? Transgression car sortir le soir avec un garçon est qualifié comme telle dans le milieu rural algérien.

Le père de la jeune fille souhaite aider la psychologue ce qui gêne cette dernière. Mais en permettant au père de donner, on obtiendrait sa confiance et l'on reconnaîtrait le fait qu'il puisse être utile à sa communauté. « Si j'aide à aider les autres, je pourrais aller mieux ».

Au terme de ces jours de formation, il est demandé aux participants de s'exprimer sur le contenu.
Ils estiment avoir parlé beaucoup d'eux pendant ces journées et voudraient que les formateurs s'expriment davantage sur leurs expériences.

M.Bael présente ses deux secteurs d'intervention et insiste sur l'importance du travail de réseau. Son expérience avec les adolescents qui consomment de la drogue lui a appris que dans le cadre de la prévention le répressif ne fonctionne pas. L'injonction de peur et de danger induite par l'adulte est vaine et disqualifie ce dernier.

L'information est importante mais insuffisante dans le cadre de la prévention. Celle-ci peut se faire lors des rencontres avec les jeunes qui doivent percevoir les professionnels comme des personnes de confiance.

De son côté, M.Laroussi rapporte son expérience avec les enfants des rues et a constaté que les adolescents sont mis en confiance avec des interrogations de ce type : quelles questions voulez-vous que l'on vous pose ?

Sa démarche préventive intégrait le domaine de la sexualité. Ces jeunes étaient pour la plupart livrés à eux-mêmes et les plus jeunes étaient parfois victimes d'abus sexuels.

Une évaluation est proposée centrée sur les attentes des participants pour le prochain module. En résumé, ceux-ci souhaitent étudier davantage d'illustrations cliniques, étudier le travail avec l'adolescent en milieu scolaire, aborder la question de la reviviscence de l'œdipe à l'adolescence et ils veulent développer le travail avec l'adolescent et sa famille.

Chapitre 11

Travail avec l'adolescent (2)

« Le complexe du homard ... »

Formateurs :
M. P. Michard psychologue clinicien, philosophe, thérapeute de famille
Mme N. Metahri, psychiatre psychothérapeute de famille.

L'attente des participants est une nouvelle fois diverse. Elle concerne entre autre la reviviscence de l'œdipe, le soutien à apporter aux familles d'adolescents handicapés, les problèmes de l'adolescent face au terrorisme, les difficultés liées aux limites de la communication dans la société algérienne, la question de l'autorité par rapport à la différenciation des sexes.
L'un des soucis exprimé est le moyen pour aider adolescents et parents à ouvrir davantage le dialogue.

Les formateurs proposent aux participants de réfléchir à leur propre adolescence puis d'écrire. Travail ardu sachant que beaucoup d'adultes refoulent des périodes de leur adolescence.
Certains participants estiment qu'il est angoissant de replonger dans l'adolescence.

Les écrits sont distribués au hasard. Chaque participant lit au groupe ce qui lui a été remis.
Question posée : comment aider les adolescents perturbés à donner, ce qui aide à la resocialisation ? Les exclus seraient ceux qui n'ont pas le droit de donner.

Reviennent les conflits de loyauté : l'enfant tente de soutenir l'un ou l'autre parent pour résoudre un problème qui n'est pas le sien (difficulté que vit l'enfant parentifié).
L'essentiel du module tournera autour de ces interrogations en insistant sur la médiation qui facilite le dialogue, l'échange avec l'adolescent.
Il faut aider l'adolescent à formuler des mots, à narrer des choses permettant de penser davantage son histoire

Rompre avec les valeurs, les croyances familiales font partie de l'adolescence. Les adolescents possèdent l'art de travailler sur ce qui est inachevé chez les parents, quelle que soit la pertinence des projets parentaux.

Bab el Oued après déluge.

Etranges gamins fumeurs de joints, voyous et petits trafiquants mais héros lors des inondations de novembre 2001. Ils tendirent la main aux naufragés, plongèrent dans la Méditerranée pour tirer vers la berge les corps sans vie. Un mois après la catastrophe, la mobilisation était intacte. Tard chaque soir chez une religieuse française, ils empaquetaient des colis humanitaires et s'en allaient visiter les personnes âgées esseulées. « Gosses étonnants, dit un éducateur, ils veulent faire le bien, ils ont de l'énergie. Si on leur offrait des perspectives, ils iraient loin, le pays aussi »

C. Lecomte

Le travail avec l'adolescent doit intégrer l'attitude emphatique vis-à-vis des parents. L'adolescent est un peu étranger à sa propre famille. Il y a une étrangeté, un exil de l'adolescent dans sa famille et sa culture. Le pas que l'on doit faire avec l'adolescent, c'est qu'il reconnaisse ses parents.

En psychanalyse, l'adolescence est le complexe du homard qui perd sa carapace. Souvent en période de rejet des siens, l'adolescent utilise des carapaces venues d'ailleurs, pour refonder son existence en s'identifiant à l'ado moderne du monde entier.
Les professionnels peuvent être le support d'une identification possible de l'adolescent. Ils ont un rôle à jouer par rapport au fait que les adolescents ne rencontrent que peu d'adultes étant leur support d'identification.

Des questions se posent :
Comment les professionnels peuvent-ils rouvrir des moments douloureux de l'histoire d'une famille ?
Comment le professionnel est-il le relais de l'adolescent ?
Les révoltes les plus muettes sont-elles les moins graves ?

Le professionnel n'aide pas l'adolescent en le voyant seul. Ce dernier se sent plus tranquille pour parler, critiquer ses parents en leur présence. Les entretiens familiaux créent de la communication, de l'espace entre parents et adolescents.
D'autres dispositifs tels que les groupes d'adolescents paraissent intéressants. Mais souvent, les parents ne perçoivent pas à quel point les adolescents peuvent les aider, les soutenir dans leurs difficultés.

Les formateurs interpellent les participants sur l'adolescence de leur parent.
Une personne ayant interrogé sa mère à ce propos avoue qu'elle « a bien rigolé » et a dit ne pas savoir de quoi elle parlait car « adolescente, j'étais déjà mariée »
Une participante n'est pas d'accord. On n'échappe pas, selon elle, à l'adolescence, ce sont les circonstances et le contexte qui seraient différents.
Parler de son adolescence n'est pas chose aisée, aborder celle de ses parents s'avère encore plus complexe. « On a l'impression de la nier » dit une participante.
Comment l'enfant peut-il s'autoriser à avoir une vie meilleure de celle de ses propres parents (si mes parents ont souffert, je ne peux me permettre une vie sans souffrance et pleine de bonheur)
La contextuelle apporte l'idée du partage de l'injustice et de la souffrance.

Une participante émet une préoccupation au sujet du dispositif du groupe d'adolescents : n'y a-t-il pas de risque de contamination, notamment lorsque sont présents des cas jugés lourds ?
Il faut différencier thérapies de groupe et groupes de parole. Ces derniers permettent de créer un lieu et un temps où l'on parle entre adolescents en présence d'adultes.
Les adolescents s'entraident beaucoup, en soulevant des interrogations, en témoignant des difficultés dans la famille, d'une réalité historique familiale. Les autres sont respectueux face à cette parole même si des thèmes comme la timidité ou la sexualité peuvent « titiller »

Un jeu de rôle est proposé où les participants tentent d'adopter le comportement des adolescents. Chacun exprime son ressenti puis les mêmes situations sont rejouées avec changement du rôle du psychologue.
Les participants insistent sur le cas de figure où des adolescents viennent voir un professionnel et demandent à garder l'anonymat.
Comment aider ces jeunes, les soutenir sans transgresser le cadre ?
Quand un adolescent en détresse refuse que ses parents soient mis au courant de sa rencontre avec un professionnel, que doit-on faire ? Peut-il le consulter sans que ses parents en soient informés ? Accepter de le voir ou refuser ? La formatrice précise qu'il existe un article de loi interdisant aux professionnels de recevoir enfants et adolescents sans que les parents le sachent.
Un adolescent refusant d'informer ses parents de sa demande d'aide auprès d'un psychologue protège quelqu'un. Il faut observer « qui » il cherche à protéger.

Un participant reprend ce thème, insistant sur l'aspect juridique qui n'est pas du ressort du professionnel et l'aspect thérapeutique qui est bien entendu essentiel.

Une participante évoque le cas d'un élève ayant triché lors d'examens, au temps où elle était enseignante dans la même école. Le père de cet élève était un professeur d'université. Une demande avait été adressée à l'enseignante pour établir un rapport et convoquer le père. Elle avait refusé pour protéger l'élève et se protéger elle-même.

Un projet thérapeutique autour de l'adolescent doit-il être axé nécessairement sur une prise en charge individuelle sans l'aide des parents ? Ce qui apparaît comme dangereux est que le thérapeute se positionne en parent idéal : cela déparentalise l'enfant et il se produit une adoption imaginaire.

On ne peut se substituer, prendre la position du meilleur parent. Ce qui n'empêche pas l'adolescent de projeter sur le thérapeute beaucoup de choses mais ce dernier n'a pas à s'identifier, ce serait nier le psychisme, nier que l'adolescent est né d'un couple. Dans le cas contraire, on serait dans un fantasme de toute puissance. C'est d'autant plus périlleux que l'adolescent ne demande que cela, ce qui renforce la rupture avec les origines. En ne soutenant pas que l'adolescent a ses origines, on frôle le dérapage.

L'une des explications de la violence scolaire a pour origine l'attitude des enseignants qui font autorité sur les jeunes sans tenir compte des parents qui risquent en conséquence d'être disqualifiés.
Un adolescent ne peut pas se sentir en sécurité avec un professionnel qui le déposséderait de sa filiation.
Il arrive que l'ensemble des professionnels décrivent de manière péjorative les parents (ex : telle mère est perverse).
Comment un adolescent peut tisser un lien avec un professionnel qui qualifie ainsi sa mère ?
Il faut savoir qu'un adolescent se sent souvent rassuré si l'on cherche des excuses à ses parents.

Formateurs et participants reviennent sur l'implication personnelle du professionnel. Il peut construire des liens avec l'adolescent autour de quelque chose comme de la musique.
Cela signifie-t-il que le professionnel ne doit pas se limiter à son cadre en engageant du passionnel ?

Il faut demeurer professionnel mais il faut miser sur la rencontre. Le jeune se construit lors des rencontres. Que l'on soit psychologue ou bien éducateur, il y a certes du savoir-faire et une technique mais il y a aussi une rencontre interpersonnelle.
De plus, le jeune produit de la relation entre professionnels, notamment en créant des rivalités.

Les participants écrivent les mots clés de la formation.

négatifs : ne pas pouvoir répondre à toutes les attentes, le temps trop court, rouvrir des plaies sans pouvoir ensuite les contenir ou les refermer, ne pas travailler certains problèmes tels que la sexualité, la violence, la timidité.

avantageux : ne pas répondre à toutes les questions nous pousse à réfléchir sur nous-mêmes, le travail sur soi est la clé pour comprendre les autres, l'importance du lien entre parents et adolescents, la non déparentalisation de l'adolescent par le professionnel, la compréhension de l'importance des liens de médiation, dédramatiser la phase de l'adolescente, l'adolescence n'est pas une pathologie.

Témoignage

Rachida Ouerd,
psychologue orthophoniste, secteur sanitaire de Boumerdès.

« La famille peut nous aider ... »

Je me souviens du jour où j'ai pris mes fonctions à l'hôpital de Thénia, en 2001. Je me sentais un peu perdue. On m'avait installée dans un cagibi avec pour seuls outils de travail un registre et un ordonnancier. J'ai acheté moi-même du matériel comme une ardoise magique et des cubes. Un de mes patients qui était menuisier m'a fabriqué un jeu de tests psychologiques. Il voulait me remercier. J'ai fait aussi des dessins sur les murs, des animaux, des fleurs, des paysages ... Je propose à chaque enfant qui vient me voir de choisir un dessin et de le remplir de couleurs. Les gamins sont tous très fiers ... Je souhaiterais que des responsables de l'administration me rendent visite pour parler de mon travail, l'évaluer, examiner les besoins, résoudre les problèmes éventuels. Pour le moment, personne n'a encore fait cette démarche. J'adresse des rapports sur mon activité mais on ne les commente jamais, il n'y a que les chiffres qui semblent être intéressants, le nombre de patients que je reçois, hommes, femmes, enfants, les tranches d'âge ... J'ai appelé au secours mes anciens responsables de stage qui m'ont expliqué qu'il fallait que je me débrouille. Après le séisme, j'ai été mutée sur plusieurs sites jusqu'en décembre 2003. Pendant tout ce temps, mon bureau est devenu une réserve de matériels pour l'hôpital ce qui était compréhensible car il y a avait beaucoup de blessés. Mais ce qui m'a attristé, c'est que plusieurs de mes patients sont passés me voir et l'équipe qui travaillait à ce moment-là dans le service - du personnel muté là parce que leurs pavillons avaient été touchés par le séisme - ne savait pas comment les orienter vers moi. Ca été très déstabilisant et j'ai perdu de vue beaucoup de patients. Ensuite j'ai réintégré mon cagibi. On m'a offert un autre espace mais j'ai refusé. J'avais humanisé l'endroit et j'y tenais beaucoup ... Lorsque les formations et les modules ont commencé, ça m'a énormément aidée. On voit ainsi comment ailleurs la pratique est vécue. J'avais pris l'habitude de travailler avec la famille autour d'un enfant, je proposais au père, à la mère, à des frères et sœurs ou des tantes de l'accompagner. Mais je tâtonnais. Faisais-je bien ? N'étais-je pas dans l'erreur ? Je ne voyais pas la famille comme « la » solution, je croyais que c'était moi qui possédais la solution. Le module thérapie familiale m'a confortée. J'étais dans la bonne direction. Deux phrases m'ont pleinement rassurée : « La famille peut vous aider » et « Discerner les ressources de la famille pour s'en sortir » D'autre part, j'hésitais souvent avant de demander de l'aide car je pensais que c'était reconnaître mes limites et mon incapacité. Lors des modules, j'ai entendu que douter, consulter, interroger étaient synonymes de compétence. Quel soulagement ! Maintenant je souhaite réellement faire de la thérapie familiale. Observer que je n'étais pas dans le faux m'incite à poursuivre dans cette voie. Je voudrais enfin remercier mes collègues affectés sur les lieux du séisme dans le cadre du pré-emploi, ils et elles nous ont tant aidés ...

Chapitre 13

Groupe de parole

A – Formation groupe de santé

Module 1 et 2

« Oser se montrer aux autres... »

Formateurs :
Mme Suzanne Robert-Ouvray, psychomotricienne, docteur en psychologie clinique, psychothérapeute, victimologue et enseignante
Mme Bouchra Kessaï, psychologue clinicienne
M. Laurent Dumoulin, psychologue clinicien, thérapeute de famille

La formation démarre sous forme d'un groupe Balint : la théorie ne viendra que le quatrième jour et lors du second module.
Le travail est centré sur la relation soignant-soigné et non pas sur le décodage de la situation. D'autre part, il est fondé sur le vécu et l'implication personnelle des participants.

Objectifs de ces deux modules :

❶ Qu'est-ce qu'un groupe Balint ?
En vivant l'expérience.
En expliquant ses règles et sa finalité.
❷ Qu'est-ce qu'un groupe de parole ?
Par des simulations.
A travers un exposé des règles et objectifs.
❸ Qu'est-ce qu'un groupe thérapeutique ?
Ses conditions.
Ce qui le différencie des deux groupes précédents.

Les attentes du groupe :

Quels sont les éléments essentiels pour la thérapie de groupe ?
Quel est le rôle de l'animateur ?
Quelles sont les étapes d'un travail de groupe ?
Faut-il deux animateurs pour animer un groupe ?
Le thème discuté est-il ou non précisé ?

Les formateurs présentent les lois :

Pas de passage à l'acte violent.
Pas de passage à l'acte sexuel entre les membres (ni à l'intérieur du groupe, ni à l'extérieur).
On peut faire des passages par l'acte symbolique.

Les règles :

Discrétion, on n'en parle pas au dehors (de même, ce qui est dit ne peut être rapporté et publié).
Ponctualité, on commence tous ensemble.

Non-intervention, on n'interrompt pas une personne qui est en train d'exprimer quelque chose.

Les objectifs du travail de groupe :

- Exprimer des émotions.
- Partager avec autrui.
- Sortir de la sensation de solitude.
- Ouvrir sur des sentiments dont on n'avait pas conscience.
- Se reconnaître soi-même et s'accepter.
- Se confronter à soi-même.
- S'opposer à autrui.
- Elargir sa liberté.
- Clarifier ses besoins et ses buts.
- Trouver son unité.

L'animateur doit être attentif :

- Aux interactions.
- Au non-verbal des participants.
- Aux émotions.
- Aux compétences.

Des jeux de rôle sont proposés autour de situations, par exemple, de conflits dans le groupe entre deux collègues. Quelques exercices bio-énergiques sur l'agressivité sont proposés au groupe ayant pour but de libérer les tensions et de canaliser l'énergie.

Exemples :

- Un participant qui se sent bien dans le groupe fait le tour de tous les autres participants en s'arrêtant devant chacun pour dire « je me sens à l'aise avec toi », il assume son sentiment et vérifie à l'intérieur de lui-même si la confession est réellement adressée à chacun ou si elle varie au cours de l'exercice.
- Echo amplifié : un membre du groupe fait quelque chose, imité par les autres. Lorsqu'il veut s'arrêter, il pose la main sur un autre participant qui le fait à son tour et ainsi de suite jusqu'à ce que tout le monde passe. L'exercice aide à oser se montrer aux autres.

Des discussions-débats sont mises en place autour de diverses questions comme : les médecins des U.D.S reçoivent souvent des demandes de dispense de la part des élèves filles ou des parents de celles-ci pour qu'elles soient dispensées de sport parce qu'elles ne doivent pas montrer les formes de leur corps.
Que faut-il répondre ? Le problème est exacerbé depuis que l'épreuve est devenue obligatoire au Bac.

Evaluation des participants:

- les jeux de rôle illustrent beaucoup de choses, ils aident à percevoir ce que l'autre ressent.
- j'ai compris beaucoup de choses, notamment dans ma vie personnelle
- j'ai senti ce que le patient peut éprouver lorsqu'on le frustre
- dans la dynamique de ce groupe, j'ai compris comment se construit un groupe.

La parole libérée

Tandis que les violences se poursuivaient, des séminaires traitant des traumatismes se multipliaient, réunissant des pédopsychiatres, des psychologues, des éducateurs. Le plus saisissant était moins la nécessité impérieuse chez les orateurs d'user le plus souvent d'une solide langue de bois que leur peine à éponger le chagrin qui imprégnait celle-ci. Là où l'on attendait un récit éprouvant mais édifiant, nous avions droit à l'énoncé fébrile de théories puisées dans des manuels. On comprenait alors que ces professionnels de la santé mentale, au savoir par ailleurs très aiguisé, souffraient eux-mêmes du contrecoup des actes de violence, qu'ils en étaient les valeureux dépositaires mais aussi les témoins et parfois les victimes, que tout cela les submergeait, les laissait désemparés, incapables de se livrer. Rien ne pouvait donc les soulager autant que de céder le micro à un hôte étranger. On leur parlait du Rwanda, du Kosovo, de la Palestine, de confrères et de consœurs qui tout comme eux continuaient en plein chaos à penser les blessures de l'âme, mêlant de la même manière leurs douleurs muettes aux plaintes des souffrants. La salle attentive se sentait alors moins seule au monde puisqu'il apparaissait qu'ailleurs on partageait les mêmes tourments. Etrangement, cela libérait la parole. Les bancs bruissaient d'apartés soudains, de confidences devenues tout à coup urgentes. Au silence académique et compassé se substituait un chahut d'écoliers.

C. Lecomte

Ecole-Famille
Pratique de réseau

A – Formation Groupe de santé et milieu associatif.

« On met le papa à la poubelle, ensuite sur le toit »

Formateurs :
Mme Marie-Claire Michaud, thérapeute de famille
Mme Claudine Alhinc, psychosociologue.
Toutes deux sont membres de l'association Ecole et Famille, à Paris.

Présentation de l'association Ecole et Famille

L'association Ecole et Famille ou Centre de proximité et de ressources est un projet pilote. Se situer à l'extérieur de l'école pour favoriser la rencontre entre les partenaires directement concernés est nouveau.

Ecole et Famille a été en partie mis à disposition par l'Education Nationale pour aider les enseignants dans les difficultés qu'ils rencontrent dans le lien avec certains élèves.
Il existe une convention avec l'inspection académique pour intervenir dans les écoles d'un département.
La première année, les responsables d'Ecole et Famille sont passés d'école à école, se sont présentés et ont pris note de ce que les équipes pédagogiques et éducatives attendaient d'un tel espace. Des repas-travail ont été organisés, des rencontres se sont déroulées avec les chefs d'établissements, des enseignants, des équipes éducatives.

L'enseignant, le travailleur social, le directeur accompagnent la famille après avoir proposé l'espace du centre avec elle. L'exigence est qu'une personne de l'école fasse ce travail d'accompagnement. Les professionnels se concertent afin de savoir qui va se déplacer, qui va parler au papa, à la maman. Ils peuvent demander à ce que les personnes d'Ecole et Famille se rendent à l'école pour les aider à réfléchir à la manière de présenter les choses à la famille. Les enseignants qui se déplacent comprennent naturellement ce que l'on attend d'eux. Ils sortent de l'école et voient donc l'enfant et sa famille de façon différente. Les suivis peuvent avoir une durée de deux années. Lorsque l'enfant va mieux à l'école ou s'il semble plus à l'aise dans son comportement et ses apprentissages, cela indique souvent que les choses se passent mieux dans la famille. Lorsqu'il est demandé aux personnes de se mettre autour d'une table, c'est pour ouvrir un débat afin d'imaginer les possibilités pour que cela aille mieux. Il peut y avoir conflit. On n'est pas là pour forcément trouver la solution mais pour chercher, être en « posture de recherche »

Il faut donner l'envie de venir, d'échanger et de créer la possibilité de se donner les uns les autres la possibilité d'apporter quelque chose.

Quand il y a un problème scolaire, l'idée est de voir comment on peut faire se rencontrer une famille et un professionnel de l'enseignement pour réfléchir ensemble. Puis, une fois la confiance gagnée, pouvoir s'ouvrir sur d'autres professionnels du réseau de la famille afin de créer un « filet » de soutien qui permette de s'appuyer sur d'autres ressources dans un réseau. Il est important pour une famille de voir qu'au sein d'une institution des gens se parlent et réfléchissent avant de les envoyer vers un autre professionnel.

Chapitre 15

Fête à l'école

Un air de fête emplit la petite maison de Meliha. Hayet, 12 ans, et Mohamed, 14 ans, sourient en dévorant des yeux leur mère. Meliha vient de sortir de prison. Elle a purgé cinq années pour soutien à un groupe terroriste. Les militaires avaient retrouvé chez elle des armes et des explosifs. Meliha, vêtue d'amples voiles noirs à l'iranienne, ne s'épanche guère sur les raisons qui l'ont conduite dans un centre pénitentiaire. Elle se juge victime. Les militaires se seraient vengés de son mari qui est monté au maquis et commande un groupe armé. « Un officier m'a dit qu'il venait parfois au village la nuit avec des combattants, qu'il amenait des armes et qu'il tenait des réunions à la maison. Que pouvais-je faire ? Lui fermer la porte ? Une femme ici ne se mêle pas des affaires des hommes. Elle n'entend rien et ne voit rien. Elle prépare à manger » Durant la détention de leur mère, Hayet et Mohamed ont été placés dans un centre d'hébergement pour enfants. Les autres pensionnaires disaient qu'ils ne verraient jamais plus leur mère, qu'elle mourrait en prison « étranglée » Aujourd'hui ils ont réintégré leur domicile et y ont retrouvé leur maman libre. A l'école, les professeurs ont décidé d'organiser une petite fête pour célébrer le retour de Meliha et faciliter sa réinsertion dans la vie du village. Hayet et Mohamed sont très fiers : « Les autres enfants verront qu'elle est gentille comme toutes les mamans et qu'elle n'est pas, comme ils disent, une maman terroriste »

C. Lecomte

Les familles ont besoin que les professionnels comprennent leur logique. Elles leur renvoient des demandes qui sont à plusieurs niveaux en même temps.

Cas étudié de Martin

Enfant ayant redoublé la classe en préscolaire, il a une sœur. Sa maman est déprimée, son papa est chômeur.
Ses deux enseignantes successives confirment ses problèmes d'adaptation au milieu scolaire.
Une psychologue scolaire est interpellée. Martin ne va plus à l'école, est agité, n'est pas disponible. La psychologue scolaire est impressionnée par la détresse de la mère et fait le lien entre le symptôme à l'école et ce qui se passe dans la famille.
Elle contacte Ecole et Famille, discute avec les enseignants et accompagne les parents à l'association. Le père ne vient pas au tout début. La maman a été très déprimée à tel point qu'elle a essayé de mourir. La psychologue scolaire soutient l'hypothèse que la maman est trop inquiète pour son fils, trop fusionnelle.
L'hypothèse des thérapeutes est à l'opposé : le garçon apporte à l'école sous forme de signes, de symptômes le souci qu'il se fait pour sa maman.
Au bout de six mois de travail avec la famille, les tentatives afin de mobiliser véritablement le papa ont échoué et une clinique de concertation est mise en place. La maman pleure beaucoup lors des entretiens, elle pense à sa propre mère et au rôle qu'elle a joué dans son enfance.
A la première concertation clinique, ont été invités les parents, la grand-mère, la psychologue scolaire, les enseignants. Ce travail en amont s'effectue avec les membres de la famille.
Lors de la seconde concertation clinique, tout le monde est présent sauf le père. Cependant un vrai débat s'installe entre la maman et les professionnels de l'école pour essayer de comprendre, d'aider et soutenir Martin.
La rencontre a été filmée et les images ont été montrées aux participants.
Les formatrices expliquent qu'elles ont passé une année d'un travail de va-et-vient entre la famille et l'école. Elles travaillent dorénavant sur le transgénérationnel avec la maman, ses sœurs, la grand-mère. Il y a des histoires douloureuses du côté des grands-parents.
La salle d'attente propose un temps informel, un temps de pose à Ecole et Famille : on attend que tout le monde soit là, s'empare de l'espace, parfois des choses importantes y sont dites.
Le cadre lors d'une concertation est posé nécessairement : les professionnels se présentent en premier lieu, ensuite la famille.

La famille pense que les questions vont tout de suite se centrer sur ce qui va mal. Il faut repréciser les choses, chercher ce qui va bien, ce qui aide, ce sur quoi on peut s'appuyer.

Il n'est pas question de trouver de suite une solution, mais de chercher ensemble les points d'accroche, les ressources. Les professionnels doivent se montrer respectueux envers chaque membre de la famille et vigilants sur les informations qui vont circuler.
Il faut démarrer sur des représentations partagées du travail. L'objectif n'est pas le secret mais la rencontre. Comment rendre les liens fiables entre cette maman et les enseignants ?

Quand on diversifie les hypothèses on peut commencer par la moins douloureuse, on cherche ...
La fin est comme le début, beaucoup de choses se passent. D'autres gestes se mettent en route (ex : un enseignant propose à la famille de la raccompagner), quelque chose de plus fort que la réunion elle-même peut se passer, comme des preuves de solidarité, des liens fiables qui commencent à se tisser ... Les familles avouent qu'elles sont touchées que des professionnels réfléchissent avec elles en leur présence.

A la fin de la séance, on prend un rendez-vous pour dans six mois. On pose le fil du temps, on sait qu'on aura de nouveau l'occasion de dire des choses. Cela signifie que tout ne repose pas sur une seule rencontre mais sur un temps et des liens tissés au fil du temps.

Discussion

En groupe, les participants réfléchissent au cas de Martin proposé par les deux formatrices.
Ils remarquent que cela nécessite beaucoup d'organisation et un espace. Impression que dans la rencontre entre famille et professionnels, il y a du respect, pas de jugement. Les rôles sont définis, l'enfant redevient élève. La pensée est collective.

Martin a retenu l'attention et quand la thérapeute lui demande où il mettrait son papa s'il était présent, il répond :
« On le met à la poubelle et ensuite sur le toit »
Il semblait content d'être là, de voir tout ce monde pour lui.
Risque : quand tout le monde n'est pas d'accord, cela ne nuit-il pas à la famille ?
Comment exploiter les divergences ?
Comment fait-on pour gérer les situations conflictuelles pendant la rencontre ? N'ont-elles pas un aspect négatif sur l'enfant ?
Les enseignants culpabilisent beaucoup, comment éviter de se perdre dans leurs problèmes ?
A-t-on le droit de faire de la concertation sans la présence du père ?
Comment convaincre les professionnels et la famille de venir à la rencontre ?

Les formatrices répondent que l'essentiel est de poser le cadre dans un premier temps pourvu qu'il soit de confiance.
On ne transige pas sur le respect, le non-jugement, tout en permettant le fait d'exposer les conflits, les désaccords.
On travaille sur deux niveaux en simultanéité, à la fois repérer les compétences des familles au lieu de se focaliser sur ce qui ne va pas et repérer celles des professionnels. Lorsqu'on travaille ainsi sur ces deux niveaux, les choses paraissent plus équitables. Les gens le ressentent et le climat est meilleur.
On va proposer à un enseignant d'accompagner physiquement une famille et de débattre de ce qui pose problème, de parler de son souci pour la famille.
En s'appuyant sur les autres, les choses vont plus vite et on valide (ou motive) les autres professionnels du réseau.

Il faut compter sur les compétences de la famille, sur l'enfant, ils nous donnent des clés.

Le lieu de rencontre ne doit appartenir ni à l'un ni à l'autre, à l'extérieur de l'école, un lieu public, collectif ... ou même chez la famille elle-même.
Il faut veiller à ce que les professionnels et la famille ne fassent pas alliance contre les absents et parler des absents comme s'ils étaient présents.

Le rapport entre la famille et l'enseignant est inégal. Ce dernier est tout puissant à l'école et le fait de l'en sortir l'oblige à envisager différemment les parents.

Les rencontres durent environ une heure trente minutes, l'essentiel étant de conserver le fil du temps.

Quels effets sur l'enfant ? Que l'enfant soit présent est maintenant devenu indispensable. S'il voit les adultes parler ensemble grâce à lui, il peut se défaire d'un fardeau parfois un peu lourd. Il mesure combien les professionnels considèrent l'apport de ses parents.

Evaluation

Lors de l'évaluation, les participants estiment avoir changé leur regard envers la famille, une superposition a pu être faite entre réseau professionnel et famille. « J'ai appris que c'est à nous de commencer à créer le réseau, faire le relais, l'accompagnement » reconnait une personne.

Les formatrices remercient les participants car « les formateurs sont formés par les formés »

Journée d'évaluation

Photos, anxiété, honneur et autres choses remarquables

22 septembre 2004, bibliothèque universitaire de Boumerdès. Journée de clôture du projet d'intervention psychosociale suite au séisme.

Ils sont venus de Tizi Ouzou, Dellys, Thénia, Bordj Menaïel, Alger ... avec leurs sourires et leurs appareils photos. Près de 80 participants se sont déplacés pour cette journée de clôture animée par Mme Lecomte Baligand représentante pour MDM du projet en Algérie. Etaient également présents, à l'invitation des responsables de CISP, MDM ET DE L'APSF, le docteur Naamani, directeur de la Santé et de la population de la Wilaya de Boumerdès, le docteur Bouslimane, sous-directeur des activités sanitaires spécifiques au ministère de la Santé et M. Derdèche, président de l'association AAEDA Boumerdès.

Après une minute de silence en hommage aux victimes du tremblement de terre, les trois personnalités ont pris successivement la parole pour saluer le soutien sans défaillance pendant cette terrible épreuve de CISP, MDM et de l'APSF. M. Derdèche a rappelé que le futur demeurait inquiétant tant les traumatismes demeuraient profonds. Il a par ailleurs précisé que les populations de certaines zones éloignées n'avaient bénéficié d'aucune prise en charge. « Nous avons encore besoin des ONG » a-t-il insisté.

M. Jean-Marie Lemaire pour l'APSF-Belgique a remercié les autorités qui ont mis à disposition un cadre habitable pour les formations puis il a évoqué la « célébration du courage » « Mon rôle, a-t-il rappelé, est d'apporter des méthodes de travail et je qualifie de réussite le fait que les professionnels semblent désormais évoluer dans une capacité à travailler ensemble et qu'ils soient attentifs les uns aux autres ainsi que vis-à-vis des usagers » M. Lemaire a poursuivi en évoquant des sujets qui ont été développés lors des différents modules tels que les zones de recouvrement et de relais ainsi que les sociogénogrammes. Il a par ailleurs repris une image chère à une collègue formatrice, celle du « guichet » : « Eduquer les usagers à s'adresser au bon guichet et comment les accompagner d'un guichet à l'autre ont une valeur thérapeutique »

Tout le long de la journée, les participants ont été eux aussi invités à intervenir autour de thèmes tels que « la reconstruction de liens familiaux par la reconstruction de liens professionnels », « Le passage d'un approche par le symptôme à une approche transgénérationnelle » Une participante du groupe associatif a évoqué le cas d'une famille de Dar el Beida rescapée des inondations de Bab el Oued dont l'aînée des filles est décédée le 21 mai 2003 lors du séisme. Suite à ce drame, la mère de cette jeune fille n'a plus voulu rentrer chez elle et a été hébergée chez les grands-parents. Après le 40ième jour du décès, la peine du deuil a été célébrée. Les professeurs ont imaginé des activités, des dessins enfants ont été exposés, un dépôt de fleurs a été effectué sur le lieu de l'accident. « Il fallait réinscrire la famille dans le tissu familial, ceci avec le voisinage, les autorités, les médecins, éducateurs, enseignants » a-t- elle expliqué. La mère a pu ainsi réintégrer son domicile et la naissance d'un enfant a été fêtée dans cette famille 12 mai 2004. « La formation nous a permis de mettre des mots sur les choses » a ajouté cette participante.

Dans son style si caractéristique - marche et perpétuels allers retours - M. Bernard Martinez pour l'APSF-France a pris la parole pour faire part de l'anxiété de chacun. « Alors c'est fini ces formations ? a-t-il demandé en se s'identifiant à un participant. Mais je ne suis pas prêt à assumer seul mon travail, les formations sont finies mais moi je ne suis pas terminé » Bernard Martinez avoue ensuite s'être laisser aller en fait à ses propres anxiétés. « Les problèmes des gens c'est contagieux mais le groupe est un appareil à soulager l'anxiété. L'angoisse, la rage, l'impuissance sont diffusables » Revenant au thème qu'il devait aborder « Evaluation de la formation », M. Martinez a parlé de « choses remarquables » et a observé une plus grande tolérance entre les participants, un regard nouveau sur les éléments négatifs et s'est félicité que les outils thérapeutiques techniques pouvaient désormais s'appliquer sur un champ plus

Il restait peu de choses entières après le travail des ondes de compression et de cisaillement du 21 mai 2003. En tout cas le regard ne se posait que sur des ruines. Pourtant, avec l'aide des survivants et de ceux qui nous ont permis de les rencontrer: les responsables politiques, les professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle et les membres d'associations oeuvrant en Algérie depuis plusieurs années, nous avons progressivement découvert des « résidus » qui, en s'articulant ont « fait ressource » et ont produit ce qui est relaté dans cet ouvrage. Il est lui-même composite et demande au lecteur des efforts qui ressemblent un peu, toutes proportions gardées, à ceux qu'ont faits les Algériens dès le lendemain du 21 mai : celui de (re)construire ensembles. L'auteur nous aide cependant dans cet effort en attirant notre attention sur ce qui, malgré les détresses multiples et vitales, « fait honneur » à ceux qui les vivent. Cette focalisation de notre attention, soutenue par l'auteur, n'est pas le fruit du hasard. Elle s'articule bien avec la réponse que m'a faite une professionnelle à une question que je lui posais. Nous recherchions en groupe les manières praticables d'aller à la rencontre de l'autre en plaçant d'emblée cet autre dans une position active, dans une position d'expert, dans la position où il devrait lui-même nous indiquer où chercher pour trouver, fussent-elles résiduelles, des ressources. La question que je lui posais était : « Quelle question voudriez-vous que je vous pose pour savoir quelque chose d'intéressant sur vous ?»[4]. La réponse de cette collègue fut : « demandez moi ce qui fait honneur à ma famille ».

Au fil de nos rencontres avec les professionnels, dans les différents modules de formation, ainsi que dans quelques expériences directes avec des membres de la population, ce type de préoccupation nous a accompagnée et a été partagée. L'introduisions-nous ou en étions-nous les facteurs d'émergence ? Avec toute la subjectivité qu'implique ma position d'acteur de ce programme, j'opte pour la seconde proposition.

Etre facteurs d'émergence des « Ressources Résiduelles », engager toutes les forces et les subtilités disponibles à les débusquer, étaient et restent les ambitions des intervenants de « Aide Psychologique sans Frontière », d'où qu'ils viennent. Ce que ce programme nous a fait découvrir fut la capacité des travailleurs locaux de terrain à s'emparer de ces ambitions et de les concrétiser dans leur pratique. Ils ont surtout, au fur et à mesure du programme, construit avec nous les ébauches d'une méthode de « Travail Thérapeutique de Réseau ». Une fois formulées et élaborées, celles-ci pourront servir de fondations aux développement ultérieur de ce type de travail incontournable pour entreprendre aide, soin, éducation, parfois même contrôle avec les familles en détresses multiples fussent-elles victimes de catastrophes naturelles comme c'était ici le cas ou bien même, que leur situation soit le résultat de causalités multiples et complexes dont plus personne ne pouvait identifier une cause unique et émergente.

Au cours de nos rencontres avec les différents groupes intervenants sur le terrain auprès des familles en détresses multiples, il est apparu que les formations visant à augmenter la compétence spécifique des différents professionnels impliqués dans ce type d'aide et de soins ne pouvaient suffire pour répondre aux besoins rencontrés. Celles-ci devaient, pour répondre aux besoins des populations, être conçues dans le cadre d'une approche en réseau qui renforce la complémentarité et la synergie des interventions convoquées par les « individus et les familles en détresses multiples ». C'était dans cet esprit que s'était créé « Aide Psychologique sans Frontière » dont l'ambition restait d'accorder une attention particulière à l'importance des dynamiques de réseau là où aide, soin, éducation et contrôle sont activés par des situations de détresses multiples. Dans la plupart des réalités où nous avions travaillé, ce travail de réseau était peu développé, la pratique étant davantage ancrée dans la juxtaposition d'interventions professionnelles spécifiques le plus souvent d'ailleurs de grande qualité. Leur efficacité pouvait cependant être affaiblie par l'absence d'une recherche méthodique de complémentarité et de synergie, voire par le développement de rivalités et d'antagonismes réciproques. Il est en effet rare que les intervenants psycho-sociaux de différentes professions, de différentes associations, de différentes institutions se rencontrent et, lorsqu'ils tentent de le faire, ils se retrouvent souvent confrontés à un constat décevant : l'absence de langage commun et de débats constructifs pour définir des objectifs cohérents au bénéfice des usagers qui les activent pourtant en réseau.

[4] Cette question a été introduite dans le travail avec les groupes par V. Despret, philosophe, (Université de Liège & Université Libre de Bruxelles) intervenante étrangère dans le programme de formation.

Nous avons évidemment, sur le terrain, rencontré des équipes pluridisciplinaires, des responsables politiques qui faisaient eux-mêmes ce constat et cherchaient de l'aide pour dépasser une telle situation. Plusieurs responsables constataient également ces difficultés dans les rapports entre les différentes institutions et associations mises au travail par des familles en détresses multiples : les difficultés de communication entre professionnels de champs différents : social, médical, psychologique, éducatif devaient, nous recommandaient-ils faire l'objet d'une attention particulière et de formations adéquates. Une méthodologie de référence était certes nécessaire pour ouvrir un débat constructif sur les objectifs des réseaux obligatoirement pluridisciplinaires et pluriinstitutionnels activés par les «individus et les familles en détresses multiples », mais ce qui était déconcertant était de constater que les professionnels mis aux limites de leurs compétences, eux-mêmes touchés par une violence qui n'épargnait personne, ne nous avaient pas attendus pour ébaucher ces dynamiques. Nous sommes donc venus soutenir l'émergence de ce que nous avions cru devoir introduire.

Dans les formations mises en place par A.P.S.F. ou celles dans lesquelles ses membres se sont impliqués, la question du travail de réseau a été prise en considération comme nécessité de premier plan. La rencontre de professionnels du terrain vivant précisément, dans leur pratique quotidienne, les mêmes nécessités ne pouvait être que fructueuse.

Des modules de sensibilisation adressée à des groupes hétérogènes de professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle mis au travail par les individus et les familles en détresses multiples ont été mis en place. Discussions de cas, réflexions sur le travail d'équipe, recherche collective de « Ressources Résiduelles » chez les usagers eux-mêmes et de synergies entre services activés par une même « détresse multiple » ont été gérées par des formateurs d'A.P.S.F. C'est dans ce cadre que nous avons assisté à la capacité d'observation des participants, à la finesse avec laquelle ils transformaient nos propositions pour les adapter aux habitudes et à la culture locale. Ils réussissaient même à transformer nos maladresses en ressources.

Comme dans nos pays d'origine, la difficulté majeure réside le plus souvent dans l'absence de méthodologie pour rendre opérationnelle une collaboration concrète entre professionnels dans laquelle « les individus et les familles en détresses multiples » sont reconnus d'emblée comme acteurs. La construction collective du travail de réseau ne s'est pas limitée à une simple coordination des interventions des professionnels dont les usagers seraient restés les cibles passives. Ceux avec qui nous avons travaillé ont ébauché des méthodes d'intervention qui ne confisquent pas aux usagers de services leurs contributions tant actives que passives, (ceci nous épargnant la mission souvent impossible de leur restituer ce dont nous les avons le plus souvent privé nous-mêmes).

Au moment d'écrire cette postface, nous vivons l'immense satisfaction de poursuivre le travail entrepris. « Les Ressources Résiduelles » ont démontré leur efficacité, la reconstruction des lieux et des liens est à l'œuvre. Nous allons l'accompagner autant que faire se peut. Nous savons que nous sommes de plus en plus redevables de tout ce que nous apprenons en aidant ce travail à se poursuivre, en accompagnant la naissance de nouvelles méthodes de « Travail Thérapeutique de Réseau. Celles-ci auront des conséquences sur nos propres pratiques et nous espérons, à travers les liens indestructibles qui resteront entre ceux que le séisme a appelés à travailler ensembles, avoir l'occasion d'en rendre compte à ceux avec qui elles se sont construites.

Docteur Jean-Marie Lemaire
Neuropsychiatre, thérapeute de famille

Présentation des formateurs

Présentation des formateurs étrangers

Damien Bael, psychologue clinicien, thérapeute de famille, travaille avec des adolescents et toxicomanes en Belgique.

Claire Delforge, psychologue clinicienne, psychanalyste, travaille dans un centre de santé mentale en Belgique, anime des cliniques de la concertation en Belgique et en France.

Laurent Dumoulin, psychologue clinicien, thérapeute de famille, travaille en Belgique autour des problèmes de délinquance.

Dr Philippe Gérin, psychiatre, pédopsychiatre, praticien hospitalier, 7 ème Intersecteur des Hauts de Seine, CHS ERASME, médecin responsable du CMPE de Châtillon et d'une consultation spécialisée pour les situations familiales de crise grave, ainsi que d'une consultation spécialisée pour les familles migrantes

Magda Heiremann, Psychologue, thérapeute de famille, travaille dans 2 unités de psychiatrie avec des personnes hospitalisées pour dépression et troubles anxieux. Formatrice en thérapie familiale au Communicatiecentrum de Lovengoul-lez-Louvain.

Florence Lacour-Bourgoin, psychologue clinicienne, psychanalyste ethnologue – EMDR, travaille en crèche, centre maternel et placement en famille d'accueil pour adolescents, travaille la question du père. A également une pratique en cabinet privé avec les enfants, les adolescents et les adultes.

Dr Michèle Laurent, psychiatre, thérapeute systémique, travaille dans l'unité de crise des urgences psychiatriques de l'U.C.L., formatrice au CEFS (Centre d'étude de la famille et des systèmes)- Bruxelles.

Dr Jean-Marie Lemaire, Neuropsychiatre, thérapeute de famille en Belgique, Italie et France. Concepteur de la clinique de concertation.

Dr Jean-Pierre Martin, psychiatre, chef de service à l'hopital Esquirol, a constitué avec d'autres personnes le collectif rue qui travaille avec les populations en grande précarité à Paris, fait partie d'un travail de réseau de recherche sur les urgences.

Dr Bernard Martinez, psychiatre, thérapeute de famille, travaille à Paris en consultation privée.

Pierre Michard, psychologue clinicien, philosophe, thérapeute de famille, travaille en hopital de jour à Paris avec une consultation privée. Il a publié un livre sur l'approche contextuelle

Dr Carlos Parada, psychiatre, a travaillé à Primo Levi (centre à Paris pour les victimes de torture), travaille sur la violence urbaine et sociale.

Suzanne Robert-Ouvray, kinésithérapeute, psychomotricienne, Docteur en psychologie Clinique, Psychothérapeute d'enfants et d'adultes, enseignante à la faculté de médecine la Pitié Salpétrière, victimologue diplômée de l'université de Washington DC, Auteur de
quatre livres, Formatrice auprès du personnel de la petite enfance.

Joelle Thonar, psychologue clinicienne, thérapeute de famille, travaille dans un centre de santé mentale en Belgique,pratique la thérapie Intégrée.

Présentation des formateurs algériens

Dr Karima Lamia Ammar Ferhani, Psychiatre, thérapeute de famille, membre fondateur et formateur dans l'AREP (Association pour la Recherche et l'Etude du psychotrauma).

Mme Latifa Belarouci, Psychologue clinicienne, formatrice et membre du comité chargé du programme du C.R.A. de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence.

Mme Bioud Nadia, Psychologue clinicienne, travail à l'Institut National de santé public (INSP) service de psychologie. Directrice de la revue « pratiques psychologiques » de l'INSP. Thérapeute de famille.

Mme Faouzia Chaoui née Boufama, psychologue clinicienne, thérapeute de famille, trésorière au cercle Ibn Khaldoun (association de professionnels de la santé pour la prise en charge des victimes de la violence), psychologue au CMPHM de Bou Issmail – service de guidance infanto-juvénile.

Mme Saliha Ferhat, psychologue clinicienne, en formation en thérapie familiale, membre et formateur dans l'AREP. Formatrice et membre du comité chargé du programme du C.R.A. de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence.

Mme Bouchra Kessaï, psychologue clinicienne, assistante du projet santé mentale CISP/MDM, consultation au CAP Sidi Moussa de la SARP.

Dr Mohamed Laroussi, pédopsychiatre, thérapeute de famille, consultation au centre de jour de Bouchaoui, au centre de guidance infanto-juvénile de Dely Ibrahim, membre de l'A.T.F.

Mme Bedira Lesbet, Assistante sociale, 3ème année de formation en thérapie familiale, secrétaire générale du cercle Ibn Khaldoun.

Dr Nassima Metahri, Maître assistante en psychiatrie, service de psychiatrie-infanto-juvénile de Blida, thérapeute de famille.

Mme Nadia Ouarek Amedjout, Psychologue orthophoniste au service de neurologie CHU Alger centre, thérapeute de famille.

Mme Souad Rasnaama, Psychologue clinicienne au CHU de BEO, consultante au CRA.

Dr Hakima Souki, Psychiatre, thérapeute de famille, présidente de l'AREP.

Mme Nachida Taïbi, Psychologue clinicienne, en formation en thérapie familiale, travaille à Alger en consultation privée, membre de l'AREP.

Mme Fatima Teguia, formatrice à l'école d'éducateurs spécialisés (C.N.P.S) Birkhadem, éducatrice spécialisée et thérapeute de famille, vice-présidente du cercle Ibn Khaldoun.

Liste des participants du groupe associations-ADS

	Nom	Prénom	Fonction	Structure
1	AGGOUN	Saida	psychologue orthophoniste	OMS Boumerdes
2	AGOUILLAL	Kheddidja	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
3	AIT MOHAND	Fatima	médiatrice sociale	ADS Oued Koriche
4	AMRAOUI	Farid	éducateur	Triangle
5	ARAOUDIOU	Fatma	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
6	AZIRI	Fatma	sociologue	ADS Boumerdes
7	AZZOUG	Fatma	psychologue clinicienne	Ligue de prévention T.O.
8	BARECHE	Saadia	psychologue clinicienne	Ligue de prévention T.O.
9	BAYOU	Soumicha	psychologue clinicienne	SOEMO DAS Boumerdes
10	BEKAL	Farid	psychologue clinicien	Ligue de prévention T.O.
11	BELHIRET	Mohamed	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
12	BENAICHOUBA	Abdelkader	psychologue	ADS Blida
13	BENELFEKIR	Houda	psychologue clinicienne	S.S. Sidi M'Hamed
14	BENRAHLA	Ouarda	psychologue clinicienne	Constantine,sourds-muets
15	BOUFRIOUA	Karima	psychologue clinicienne	Tébessa, Centre jeunes
16	BOUMEGHAR	Nadia	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
17	BRAOUI	Nadia	psychologue scolaire	FOREM
18	CHABANI	Malika	psychologue éducation	FOREM
19	DAOUI	Sabrina	psychologue clinicienne	DAS Boumerdes
20	DRAIFI	Hassan	éducateur	SOEMO DAS Boumerdes
21	GOUADER	Said	psychologue clinicien	ADS Boumerdes
22	GOUCEM	Nadia	psychologue	ADS Oued Koriche
23	HAMIDCHI	Malika	Assistante	Projet réseau APSF
24	HARED	Abdelaziz	éducateur	Alger
25	LADDADA	Zohra	psychologue pédagogue	M.J. Dellys
26	LOUGHREIT	Fahima	psychologue clinicienne	S.S. Sidi M'Hamed
27	MOSTEFAI	Houria	psychologue clinicienne	
28	MOUDJOUB	Naima	psychologue clinicienne	EPAH Sidi Moussa
29	MOUHEB	Boualem	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
30	NAIT KACI BOUSSAAD	Toufik	éducateur	classe enfant handicapé
31	SACI	Saliha	psychologue clinicienne	EPAH Sidi Moussa
32	TADJINE	Salima	psychologue clinicienne	Triangle
33	TAIBA	Karim	médecin	ADS Blida
34	TELLA	Djamila	psychologue clinicienne	EHS Cheraga
35	ZANAZ	Hassina	assistante sociale	DAS Boumerdes
36	ZIANE	Sarah	psychologue orthophoniste	S.S. Sidi M'Hamed

Liste des participants du groupe santé

Borj menaiel

	Nom	Prénom	Fonction	Lieu de travail
1	ACHOUR	Ouided	psychologue orthophoniste	OMS Boumerdes
2	AIT IDIR	Zahia	psychologue orthophoniste	Polyclinique Chaabet El Ameur
3	AMBAR	Wassila	psychologue clinicienne	U.D.S. Issers
4	BACHIR BEY	Rachid	med. gen. santé scolaire	U.D.S. Zemmouri
5	BELKHENCHIR	Ibtissem	psychologue clinicienne	C/S.M Bordj Menail
6	BOUZIANE	Sabrina	psychologue scolaire	U.D.S. Bordj Menail
7	CHALAH	Nadia	psychologue orthophoniste	U.D.S. Bordj Menail
8	CHIKHI	Karima	psychologue clinicienne	U.D.S. Bordj
9	DJEBROUNI	Farida	psychologue scolaire	Polyclinique Zemmouri
10	DJEBROUNI	Razika	psychologue orthophoniste	U.D.S. Naceria
11	GOURARI	Hocine	med. gen. urgences	Centre de Santé Cap Djinet UDS
12	KADI	Habiba	psychologue éducative	U.D.S. Zemmouri
13	KECILI	Ratiba	psychologue clinicienne	Polyclinique
14	LEBHARI	Leila	psychologue orthophoniste	U.D.S. Issers
15	MAIZ	Djamila	med. gen. coord. Santé Scol.	U.D.S. Bordj Menail

Dellys

	Nom	Prénom	Fonction	Lieu de travail
1	AIT GACEM	Youcef	med. gen. urgences	Service des urgences
2	BENHAMIDA	Nacera	assistante sociale	UDS.Dellys
3	BOUDIF	Samir	psychologue scolaire	Sidi Zaid Dellys centre
4	ELFLICI	Nawel	sociologue	U.D.S. Dellys
5	FLICI	Nouara	psychologue orthophoniste	Centre de santé Nouvelle ville
6	KACIMI	Malika	psychologue orthophoniste	Polyclinique Dellys
7	KACIMI	Naima	psychologue clinicienne	Polyclinique Dellys
8	MAABOUT	Zakia	psychologue clinicienne	Centre de Santé Baghlia
9	MESSAOUDI	Dahmane	psychologue clinicien	Centre de Santé Taourga
10	MEZIANE	Ahcene	psychiatre	Centre de Santé Nouvelle ville
11	MOUHEB	Zina	psychologue clinicienne	Centre de santé Nouvelle ville
12	SAHNOUN	Kheira	med. gen. santé scolaire	UDS - Dellys
13	SAIDI	Elghalia	psychologue clinicienne	C.S. Benchoud
14	TOUBAL	Saliha	psychologue scolaire	Souanine
15	ZEGAI	Razika	psychologue clinicienne	Centre de santé Sidi Daoud

Thénia

	Nom	Prénom	Fonction	Lieu de travail
1	ALIANE	Nadjia	psychologue clinicienne	Centre santé cité l'Afrique + U.D.S.
2	AZIL	Assia	psychologue orthophoniste	Centre santé cité l'Afrique
3	BELACEL	Fatiha	med. gen.	U.D.S. - Boudouaou
4	DELLI	Malik	psychologue scolaire	U.D.S. - Tidjelabine
5	HAMADACHE	Malika	psychologue orthophoniste	Centre santé cité l'Afrique + U.D.S.
6	HAMITI	Farida	psychologue orthophoniste	U.D.S. Boudouaou
7	KEKOUCHE	Houria	med. gen.	U.D.S. Thénia
8	MENACHE	Rabah	med. gen.	U.D.S. - Ammal
9	OUERD	Rachida	psychologue orthophoniste	Hôpital Thénia
10	OULEDLINE	Cherifa	psychologue scolaire	centre santé cité l'Afrique + U.D.S.
11	ZEREB	Sadjia	psychologue scolaire	U.D.S. - Tidjelabine

Liste des participants du groupe associations-ADS

	Nom	Prénom	Fonction	Structure
1	AGGOUN	Saida	psychologue orthophoniste	OMS Boumerdes
2	AGOUILLAL	Kheddidja	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
3	AIT MOHAND	Fatima	médiatrice sociale	ADS Oued Koriche
4	AMRAOUI	Farid	éducateur	Triangle
5	ARAOUDIOU	Fatma	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
6	AZIRI	Fatma	sociologue	ADS Boumerdes
7	AZZOUG	Fatma	psychologue clinicienne	Ligue de prévention T.O.
8	BARECHE	Saadia	psychologue clinicienne	Ligue de prévention T.O.
9	BAYOU	Soumicha	psychologue clinicienne	SOEMO DAS Boumerdes
10	BEKAL	Farid	psychologue clinicien	Ligue de prévention T.O.
11	BELHIRET	Mohamed	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
12	BENAICHOUBA	Abdelkader	psychologue	ADS Blida
13	BENELFEKIR	Houda	psychologue clinicienne	S.S. Sidi M'Hamed
14	BENRAHLA	Ouarda	psychologue clinicienne	Constantine sourds-muets
15	BOUFRIOUA	Karima	psychologue clinicienne	Tébessa, Centre jeunes
16	BOUMEGHAR	Nadia	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
17	BRAOUI	Nadia	psychologue scolaire	FOREM
18	CHABANI	Malika	psychologue éducation	FOREM
19	DAOUI	Sabrina	psychologue clinicienne	DAS Boumerdes
20	DRAIFI	Hassan	éducateur	SOEMO DAS Boumerdes
21	GOUADER	Said	psychologue clinicien	ADS Boumerdes
22	GOUCEM	Nadia	psychologue	ADS Oued Koriche
23	HAMIDCHI	Malika	Assistante	Projet réseau APSF
24	HARED	Abdelaziz	éducateur	Alger
25	LADDADA	Zohra	psychologue pédagogue	M.J. Dellys
26	LOUGHREIT	Fahima	psychologue clinicienne	S.S. Sidi M'Hamed
27	MOSTEFAI	Houria	psychologue clinicienne	
28	MOUDJOUB	Naima	psychologue clinicienne	FPAH Sidi Moussa
29	MOUHEB	Boualem	DUEA en psychologie	Ligue de prévention T.O.
30	NAIT KACI BOUSSAAD	Toufik	éducateur	classe enfant handicapé
31	SACI	Saliha	psychologue clinicienne	FPAH Sidi Moussa
32	TADJINE	Salima	psychologue clinicienne	Triangle
33	TAIBA	Karim	médecin	ADS Blida
34	TELLA	Djamila	psychologue clinicienne	EHS Cheraga
35	ZANAZ	Hassina	assistante sociale	DAS Boumerdes
36	ZIANE	Sarah	psychologue orthophoniste	S.S. Sidi M'Hamed