

QUELLE OPTION POUR L'ORGANISATION DE L'AIDE PSYCHOLOGIQUE AUX VICTIMES DU TERRORISME ?

*Fatima ARAR**

RESUME

En se basant sur des données quantitatives concernant la population qui a consulté au centre de prévention et de prise en charge psychologique de la société Algérienne de recherche en psychologie (SARP) pour l'année 1998, l'auteur tente de montrer que les victimes de situations traumatiques ne viennent pas spontanément à la consultation, leur demande est liée souvent à une symptomatologie gênante, voire invalidante ; comme ils seraient orientés par des structures de soins ou des associations. Enfin ce sont également des parents qui leur proposent d'aller consulter.

MOTS CLES : Traumatisme, aide psychologique, victimes

* SARP

Université d'Alger

Psychologie 99/2000 n°8 (Numéro spécial)

INTRODUCTION

Comme le titre l'indique, il s'agit de dégager, à travers l'expérience des consultations psychologiques effectuées au sein du Centre de Prévention et de Prise en charge psychologique (C.P.P.P.)¹, quelle stratégie d'aide apporter aux victimes du traumatisme pour leur offrir une prise en charge psychologique plus ajustée à leur situation, leur état et leur souffrance.

Avant de vous exposer cette expérience, nous aimerions préciser que nous entendons par traumatisme l'état de souffrance, de détresse et de débordement de l'appareil psychique par l'excitation qui fait suite aux drames vécus dans la situation sécuritaire actuelle en Algérie, chez certaines personnes (pertes de personnes chères, vécu de terreur, explosions de bombes, pertes matérielles, tueries collectives, faux barrages, etc.).

La situation des personnes qui ont vécu ces drames et qui sont dans l'attente d'un secours, d'une aide est d'autant plus complexe qu'il s'agit le plus souvent de populations sans ressources, situées loin des centres urbains et qui restent mentalement et psychiquement sous la domination de la peur.

Ce sont ces mêmes raisons qui découragent les intervenants, et notamment le manque d'assurance et d'encadrement sur le plan sécuritaire qui les empêchent d'intervenir sereinement et régulièrement face à l'immense demande qui leur est faite.

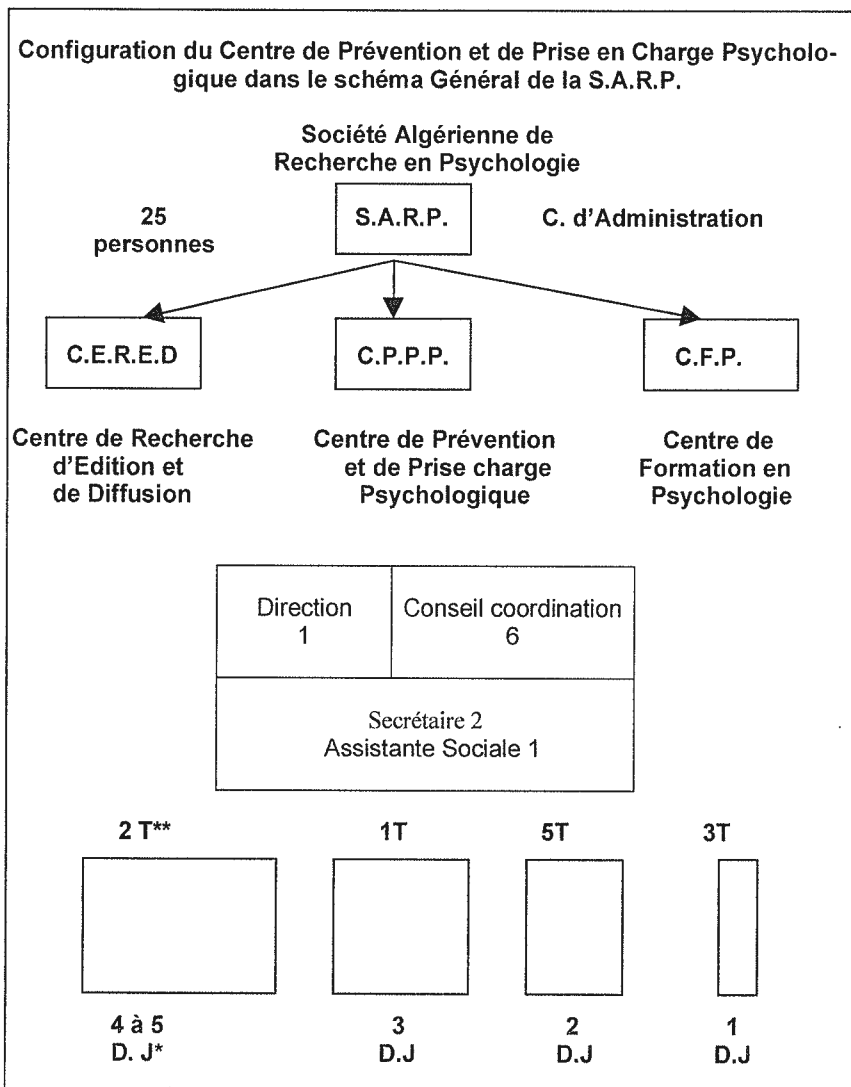
Devant cette situation d'extrême détresse de certaines populations, nous avons avec les responsables de la société Algérienne de recherche en psychologie, ouvert une consultation gratuite pour les victimes de situations traumatiques dans le C.P.P.P., cette expérience comme nous l'avons annoncée plus haut va être le point de départ de notre réflexion autour de l'aide psychologique aux victimes.

¹ C.P.P.P. : il s'agit de l'un des trois centres de la Société Algérienne de Psychologie (SARP ; créée en 1989, association régie par la loi sur les associations promulguée en 1989 dont la fonction essentielle est la prise en charge psychologiques. Les deux autres centres C.F.P. et CE.R.D s'occupent respectivement de formation, de recherche, de diffusion.

Voici, au préalable quelques informations qui vont permettre de se représenter concrètement l'espace psychothérapeutique du C.P.P.P.

I- REPRESENTATION DU CADRE DE LA CONSULTATION ET POPULATIONS EXAMINEES

1/ Présentation spatiale



* Demi-journée

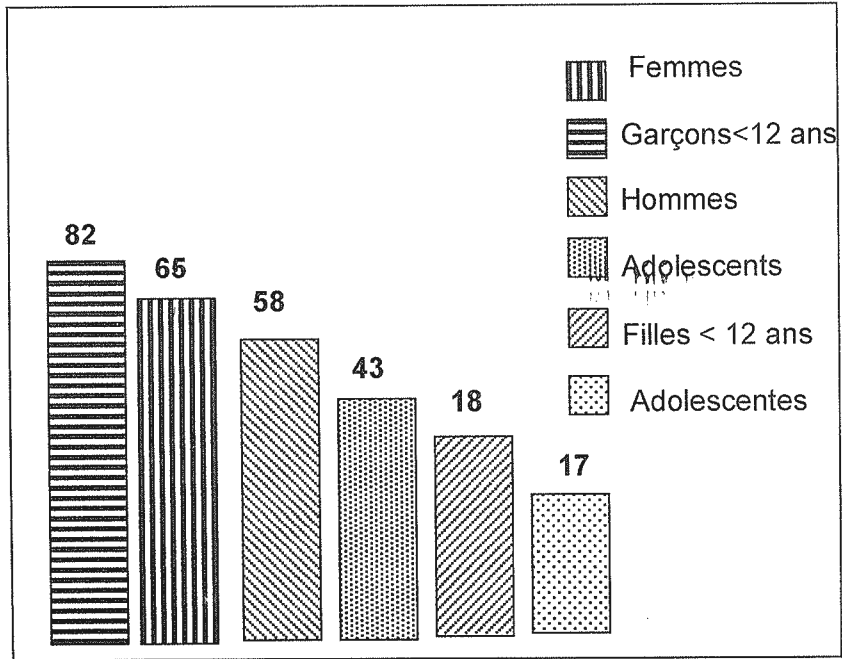
** Thérapeute

2/ population examinée AU C.P.P.P. de janvier 1998 à avril 1999 soit 280 patients ou 2400 consultations

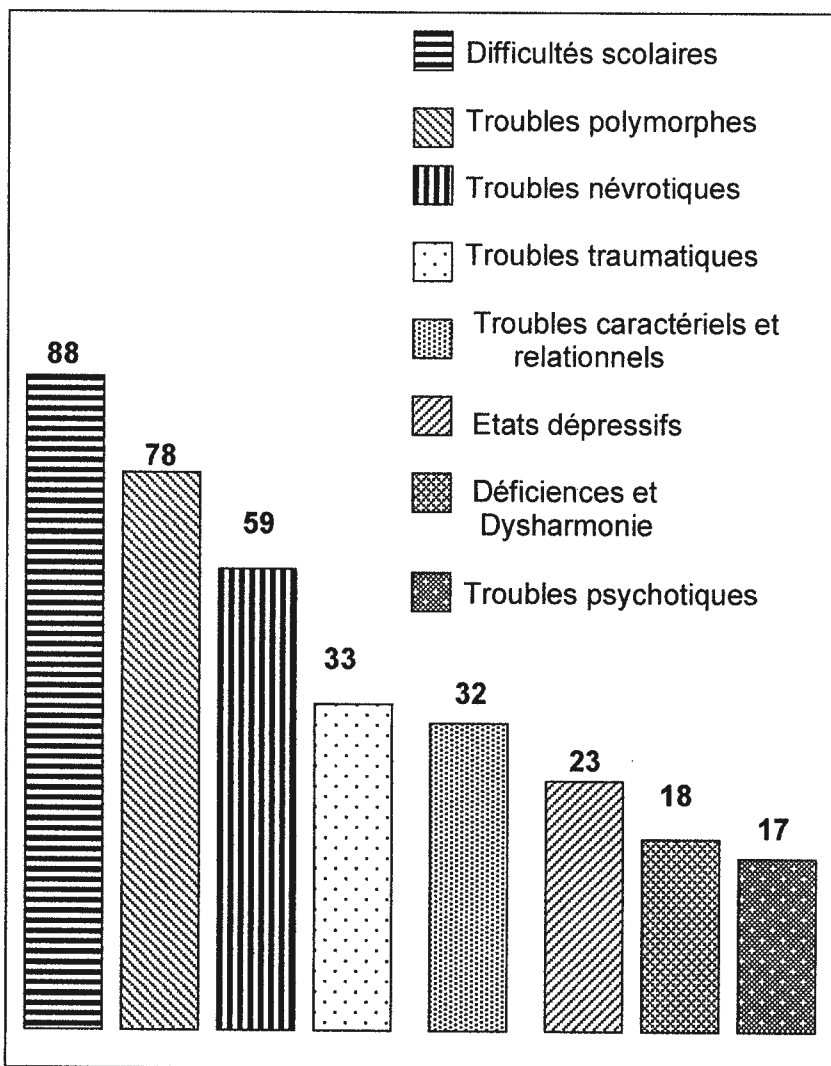
a/- Distribution de cette population selon le sexe



b/ - Population selon l'âge et le sexe



3/ Troubles psychologiques de cette population selon les motifs de la consultation



a) Difficultés scolaires :

Il s'agit le plus souvent de difficultés à se souvenir, associer, retenir et se concentrer sur les activités scolaires, ce qui amène progressivement à un désintérêt des ap-

prentissages. Cet état est associé très souvent à un changement du caractère et du comportement.

b) Troubles névropathiques :

Nous avons rangé dans cette catégorie aussi bien les troubles renvoyant aux névroses classiques mentales (névrose obsessionnelle, hystérique, phobique) que les troubles qui appartiennent plutôt aux névroses actuelles (névrose d'angoisse, neurasthénie, hypocondrie) en considérant surtout l'existence d'un fonctionnement névrotique patent ainsi qu'une expression somatique non lésionnelle.

C) Troubles polymorphes :

Comme l'appellation l'indique, la symptomatologie est ici très variée associant des troubles de la sphère mentale (obsession, phobie, idées paranoïdes), du caractère et/ou du comportement (sensitivité, maîtrise, excitabilité motrice etc.) et l'expression somatique (vertiges, céphalalgies, rachialgie, gastralgie, troubles asmathiformes, etc.) où les troubles peuvent être lésionnels.

d) Troubles liés au traumatisme :

Nous les avons mis à part pour analyser leur composition ; il s'agit ici plus d'une population qui a vécu des situations traumatiques liées à la situation sécuritaire aujourd'hui en Algérie, sans que cela ne se traduise systématiquement par un état traumatique majeur ; un état de détresse et de sidération psychique accompagné de toute la symptomatologie décrite classiquement dans le P.T.S.D.

Nous verrons plus loin les modalités d'expression sur le plan psychothérapie de cette population.

e) Troubles caractériels et relationnels :

Nous avons rangé dans cette catégorie les patients qui souffrent de problèmes de communications (couples), des difficultés d'adaptation professionnelle, des tendances à la maîtrise, une excitabilité motrice, sensibilité extrême, traits paranoïdes etc.

F) Etats dépressifs :

Nous avons gardé dans ce cas le motif tel que donné par le psychiatre (la majorité de cette population est suivie par un médecin psychiatre qui nous oriente directement le patient ou lui suggère de consulter un psychologue) et lorsque le sujet s'adresse à nous avec une symptomatologie dépressive suite à un deuil.

g) Déficiences et dysharmonies :

Dans cette catégorie essentiellement infantile, la symptomatologie s'exprime surtout par un déficit massif au niveau des fonctions cognitives et des troubles profonds au niveau du développement affectif.

h) Troubles psychotiques :

il s'agit surtout de troubles qui mettent globalement en cause l'identité et l'individuation (dépersonnalisation, délire, hallucinations, confusion spatio-temporelle etc).

II- EXAMEN DE LA POPULATION AYANT VECU DES SITUATIONS TRAUMATIQUES (32 PATIENTS*)

Face à la demande d'aide massive à laquelle on pouvait s'y attendre de la part des victimes et malgré l'ouverture d'une consultation gratuite depuis 1997 au C.P.P.P., on remarque que le nombre des patients et les consultations qu'ils ont effectuées restent insignifiants par rapport à la réalité des faits, mais significatifs lorsqu'on sait que cette même population s'est adressée à nous, en général pour d'autres raisons.

L'observation de cette population découvre que celle-ci a consulté pour les motifs suivants :

* * Le même patient peut se retrouver parfois dans les catégories différentes que nous citons ici

- 5 sujets (dont 3 femmes, 1 garçon, 1 adolescent) seulement se sont présentés à la consultation à la suite d'un état traumatique majeur rappelant le syndrome classique du P.T.S.D. (détresse sidération mentale, évitement, manque d'entreprise, vécu hallucinatoire de la situation etc.).

- 10 enfants (surtout des garçons dont 3 adolescents) ont avancé comme motifs de la consultation des difficultés scolaires ; bien que des troubles inhérents au traumatisme étaient présents chez eux : difficulté à associer, à se rappeler et à se projeter dans l'avenir, hyperactivité motrice, rêves traumatiques sur le terrorisme). Deux de ces enfants ont présenté des troubles somatiques (un retard staturo-pondéral, une épilepsie).

- 7 patients (6 hommes et 1 garçon) ont avancé comme motif de la consultation des troubles névropathiques (idées obsédantes, phobies , hypocondries, etc.) 5 d'entre eux n'ont pas lié leur état aux situations traumatiques qu'ils ont vécu ; c'est au cours de la prise en charge psychologique qu'ils arriveront à élaborer le lien entre ces troubles et les situations traumatiques.

- 6 patients ont présenté comme motifs de consultation une symptomatologie polymorphe (3 femmes, 2 hommes et un adolescent) comme pour les précédents les liens de leur symptomatologie avec le vécu traumatique n'ont été faits que dans l'après-coup, au cours de la prise en charge psychologique.

- 7 sujets (4 femmes, 2 garçons, 1 homme) présentant des troubles somatiques assez graves (hypertension, troubles cardiaques, diabète, asthme, alopecie, épilepsie, retard staturo-pondéral) ont été adressés à notre consultation par des médecins qui eux, ont généralement vu le lien entre l'état de ces patients et leur vécu traumatique.

- Enfin 2 patients (un homme et une femme) ont manifesté à la suite de perte de personnes proches (assassinats) ; un état dépressif et deux autres (une femme et un adoles-

cent) chez lesquels la situation traumatique a donné lieu à l'éclosion d'un délire et/ou à des troubles psychotiques.

Ainsi, comme nous venons de le voir sur les 32 patients qui ont rapporté un vécu traumatique lié à la situation sécuritaire en Algérie, la plupart d'entre eux (27) viennent nous voir pour des troubles bien précis (névrotiques, difficultés scolaires, polymorphes, état dépressif, troubles somatiques etc.). Seuls quelques patients mettent directement en cause la situation traumatique. Remarquons par la même occasion que cette population vient en général accompagnée par les membres de la famille même s'il s'agit des adultes.

En plus de cette idée générale qui se dégage de notre consultation et qui montre que les patients traumatisés ne consultent pas en général pour les troubles liés au traumatisme mais pour la gêne que ces derniers occasionnent dans la scolarité, la vie professionnelle ou sociale en général. Il y a aussi à souligner le constat rapporté par certains collègues qui ont été sollicités spécialement au niveau de leur consultation : il s'agit des nombreux rendez-vous demandés par des parents, des proches ou des associations pour des victimes du traumatisme auprès de ces même collègues qui ont exceptionnellement abouti.

L'exposé des caractéristiques de la consultation dans sa globalité et de la population chez laquelle nous avons trouvé des séquelles traumatiques montre bien l'inadéquation du dispositif d'aide psychologique actuelle bien que cette dernière soit offerte gratuitement aux patients, parce que nous semble t-il, le lien qui apparaît pour le clinicien entre pathologie traumatique et vécu traumatique n'est que rarement fait par le patient. A partir de ce constat et pour comprendre cet état de fait, plusieurs pistes peuvent être suivies :

1/ La nature des difficultés présentées par cette population.

La pathologie post-traumatique s'exprime le plus souvent par une symptomatologie négative, le manque et la rupture des liens en touchant notamment les fonctions cognitives et en perturbant le caractère et le comportement. Elle va systématiquement induire des difficultés scolaires et là, elle parlerait de cette manière aux parents qui seront interpellés par le changement de leur enfant et atteints au niveau de cet objet de valeur qu'est la scolarité de celui-ci ; ce qui les amène par conséquent à consulter. Chez les adultes, cette même pathologie du lien et du manque associatif est rapportée dans des difficultés à se concentrer, à se souvenir, à dormir etc. mais c'est surtout lorsqu'une symptomatologie invalidante voit le jour sous forme d'idées obsessionnelles, de phobies, de délire ou même d'une pathologie somatique que le sujet consulte.

2/ Les raisons qui sont invoquées pour ne pas s'engager dans une prise en charge psychologique.

a- L'éloignement :

La localité d'un certain nombre de patients qui ont arrêté la consultation après quelques séances se trouve le plus souvent loin des centres de prise en charge psychologique. Les régions les plus touchées par les drames collectifs se trouvent en effet loin des centres urbains.

b- Des raisons matérielles :

Notamment celles qui vont dans le sens du support et du soutien psychologique. Souvent les personnes nécessiteuses de soins psychologiques ont besoin d'une présence physique pour les acheminer jusqu'à la consultation (des enfants qui ont perdu leurs parents, des personnes en détresse, dans un état de confusion quelquefois tel que seul un support pourrait permettre leur orientation, leur servir d'alter-ego et encourager le patient à solliciter

une aide ; ce qui implique une grande mobilisation pour les proches du patient.

c- La symptomatologie traumatique :

La nature de cette symptomatologie libère des affects massifs d'effroi, de détresse et de douleur qui poussent les patients à éviter tout environnement qui pourrait leur rappeler cette douleur et les pertes occasionnées par le traumatisme. Et plus cette symptomatologie est importante plus elle aboutit à l'évitement de tout contact. Cette raison a été aussi à l'origine de plusieurs départs de patients dans les premières séances de l'investigation.

III- QUELLES STRATEGIES D'AIDE PSYCHOLOGIQUE ADOPTER DEVANT CETTE SITUATION ?

1/ La proximité avec la population ayant vécu des situations dramatiques collectives :

Toutes les raisons que nous avons invoquées notamment la nature des troubles développés dans cette situation de drame, de catastrophe liés à la réalité sécuritaire actuelle plaident en faveur d'une mise en place de consultations psychologiques sur les lieux qui ont été le plus touchés, afin de pouvoir être à l'écoute des populations traumatisées et de contenir leur détresse qui ne se dit pas.

Ainsi en regard de l'importance de la demande d'aide faut-il comprendre cela dans le sens de la perte des moyens d'adaptation habituels, et non au sens d'une demande verbalisée qui peut découler de l'état de sidération post-traumatique, l'aide psychologique peut prendre sens aux niveaux de plusieurs voies que nous pouvons résumer dans les axes suivants :

2/ Assurer une prévention et un dépistage systématique par :

a) La mise en place d'un travail de sensibilisation – aux effets du traumatisme- auprès d'un certain nombre d'agents sociaux (enseignants, médecins, éducateurs, assistants sociaux) qui leur permettra de repérer les personnes chez qui on peut soupçonner des pathologies et des foyers traumatiques¹.

b) L'installation d'un travail de réseau et de concertation autour de spécialistes en psychologie et d'autres spécialistes (psychiatres, médecins, assistantes sociales) intégrant des agents sociaux comme l'aide juridique, et celle des responsables communaux, afin que l'aide soit plus appropriée, plus équilibrée et plus supportable pour le thérapeute qui lui aussi est quand même plus fragile tout seul devant l'horreur du traumatisme.

c) Elargir le travail de réseau : Le travail de réseau basé sur la mise en commun des différentes compétences, et sur le travail du groupe, potentialise l'aide et la rend plus performante et plus pertinente dans les collectivités touchées par le traumatisme (familles, écoles, quartiers, villages, etc.).

3/ Proposer un système d'aide à plusieurs niveaux

- a) Un centre de référence dans lequel :
- On peut suivre des cas de tout genre ;
 - Où pourraient être orientés les cas graves ;
 - Où peut être réfléchi le type d'intervention psychologique : individuelle, familiale, de groupe, de groupes de paroles etc. en travaillant dans la concertation avec

¹ Notion développée par un collègue M. A. Ait Sidhoum in psychologie 1998 ; Revue de la Société Algérienne de Recherche en Psychologie (dans le sens analogique

d'autres spécialistes (en prenant en considération la prise en charge de ces mêmes individus par ces mêmes spécialistes).

b) Des consultations psychologiques à visée d'orientation et de soutien, installées à proximité des sites touchés par les drames. Dans ce cadre, serait accueillies les populations traumatisées qui ont déjà consulté à un premier niveau pour des troubles graves accompagnant l'état post traumatique y compris des pathologies somatiques alarmantes et/ou des handicaps physiques, et ce, par un support psychologique qui vise à restituer les ressources antérieures aux troubles actuels- et des populations qui n'ont pas nécessairement manifesté des troubles somatiques ou physiques alarmants mais pour qui l'effet traumatique s'exprime en veilleuse ou en négatif (pertes des moyens d'adaptation habituels). Pour ces derniers l'aide psychologique consistera aussi à restituer au fur et à mesure les modes d'expression habituels et leur meilleur niveau de fonctionnement psychique.

c) L'intervention psychosociale de soutien : Celle ci est liée à la spécificité des drames particulièrement lourds qui ont visé des collectivités entières ou des familles ; en ce sens que celle-ci s'intéresse plus précisément aux stratégies psychosociales qui permettent de reconstituer ou de reconstruire, si c'est nécessaire les liens et les ruptures occasionnées par le drame social au niveau non seulement des individus mais également au niveau des interactions entre les individus, des familles, des collectivités et le travail social qui sous-tend les institutions.

L'intervention psychosociale est une intervention de groupe (psychologue, médecin, assistant social, assistant juridique, autorités locales) pour apporter une assistance à une famille, une collectivité, etc. pour la remettre en fonction, la réorganiser et permettre ainsi que les blessures puissent se cicatriser et au deuil de s'élaborer.

Bibliographie

FREUD (S) : Principe de plaisir et névrose traumatique in Essais de psychanalyse Payot Paris, 1968

BARROIS (C) : Les névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques. Paris, Bordas, 1988

CHAUVENET (A) : DESPRET (V) LEMAIRE (J.M) : Clinique de la reconstruction une expérience avec des réfugiés en ex-yougoslavie. L'Harmattan, 1996

ROISIN (J) : Considérations sur le traumatisme. Le Bulletin Freudien N°25 juin 1995

أية إستراتيجية فعالة لمساعدة أفراد تعرضوا لوضعيات صدمية

ملخص

على أساس معطيات كمية متعلقة بأفراد طلبوا إستشارة نفسية في سنة 1998. بمركز الوقاية و المساعدة النفسية لدى الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس.

لُوْحَظَ أن طلب إستشارة نفسية قَلَمَا تكون بعفوية بل هي مرتبطة بعرضية مزعجة، أو أن الأشخاص وُجِّهُوا من طرف هيئات صحية أو جمعيات، أو أن الأولياء اقترحوا زيارة طبيب مختص.

الكلمات الأساسية: الصدمة - المساعدة النفسية - ضحايا

