BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET D'AIDE PSYCHOLOGIQUE AUX VICTIMES DU TERRORISME

M.A. AÏT SIDHOUM, *Fatima* ARAR,
Chérifa BOUATTA, *Noureddine* KHALED

Résumé

Cet article collectif reproduit les idées essentielles qui ont guidé la reflexion à la SARP sur le phénomène de la violence terroriste qui dure depuis plus de dix ans et ses implications sur le plan de la santé mentale de la population algérienne. Il retrace également les idées clés qui ont aidé à élaborer la stratégie de la SARP à moyen et long terme par rapport aux moyens d'intervention sur les traumatismes psychiques et de prise en charge des traumatisés.

Le premier chapitre commence par une réflexion d'ensemble sur le contexte algérien de violence, sa complexité et ses caractéristiques propres. La grande variété des situations traumatiques y est passée en revue.

Le deuxième chapitre tente de rassembler les réflexions que suscitent la théorie ainsi que plusieurs années de pratique clinique, à la SARP, avec les personnes traumatisées. Ces reflexions nous amènent naturellement à nous poser des questions et à revoir nos stratégies d'approche et d'analyse du phénomène.

Le troisième chapitre essaie d'évaluer les besoins en santé mentale après de longues années de terrorisme et les capacités actuelles du pays en terme de structures de santé et de nombre de professionnels de la santé mentale.

Enfin, le quatrième chapitre rappelle les missions de la SARP, sa stratégie, son organisation ainsi que le triple rôle qu'elle a à jouer face à ce drame immense que vit le pays :

- la recherche pour mieux comprendre, donner sens à ce qui arrive et évaluer les conséquenses psychologiques, psychosociologiques et psychopathologiques de la violence ;
- la formation et l'encadrement des professionnels de la santé mentale et les intervenants sociaux pour les aider à mieux faire leur travail ;
- l'aide psychologique et les interventions multiformes en direction des victimes de traumatismes psychiques.

Il est entendu que les missions de la SARP dans le domaine des traumatismes psychiques et de l'aide aux victimes ne peut se concevoir que dans le cadre global d'un réseau de partenariats avec, aussi bien les institutions publiques et privées concernées, que les associations et ONG nationales et étrangères qui ont une expérience, des compétences ou des moyens à mettre en œuvre dans le champ de l'intervention sociale.

Mots clés : Santé mentale, Traumatisme inaugural, Traumatisme second, Foyer épidémique, Formation

PROPOS INTRODUCTIFS

La situation algérienne a donné lieu aux descriptions et aux commentaires les plus contradictoires. La raison est simple, il s'agit d'une situation d'une extrême complexité. Pour réduire les fourvoiements liés à la description d'un tel état de fait, il y a lieu de prendre en considération trois précautions méthodologiques.

Premièrement, il est nécessaire de s'interroger sur la nature des faits qui ont servi de base aux observateurs de la situation algérienne. La question s'impose car de nombreuses analyses portent sur des faits qui ne sont pas toujours objectifs dans la mesure où ils renvoient le plus souvent à des interprétations personnelles et / ou idéologiques. Position qui va à l'encontre de l'attitude scientifique, qui implique la rupture épistémologique par rapport au sens commun. Celle-ci est soumise à une méthodologie rigoureuse qui permet d'opérer la distance nécessaire pour la construction de l'objet d'étude loin des prénotions qui circulent à propos des faits, de l'appartenance idéologique du chercheur et de sa subjectivité [1].

Deuxièmement ; il est nécessaire de se prémunir contre deux attitudes que peut engendrer la violence des faits :

- Des faits qui déclenchent un véritable mécanisme d'évitement chez l'observateur c'est le cas, par exemple, de la situation des enfants dont les parents, morts ou vivants, sont impliqués dans une activité terroriste.
- Des faits qui de par leur caractère tapageur, fascinent et emprisonnent l'observateur, c'est le cas de certains procédés utilisés pour donner la mort, comme par exemple les mutilations des personnes assassinées.

Pour caractériser la situation de violence que vit l'Algérie durant ces dernières années, nous ferons largement appel à l'expérience clinique de notre équipe au sein de la S.A.R.P. Cette expérience dure depuis dix ans et a bénéficié, dès le départ, d'une confrontation régulière entre les

1. Cet objectif reste un idéal difficile à atteindre surtout lorsqu'il s'agit d'étudier des phénomènes dramatiques dans lesquels le chercheur est partie prenante.

membres d'un groupe de contrôle. Nous utiliserons dans cette analyse quelques indications dégagées à partir de l'analyse systématique des données recueillies dans certaines consultations psychologiques menées depuis 1992. Nous ferons aussi appel, pour caractériser la situation algérienne, aux premiers résultats de la recherche épidémiologique en santé mentale menée par une équipe de la SARP et centrée sur l'impact de la situation actuelle sur la population. Cette recherche a porté sur un échantillon de près de 700 personnes qui vivent dans deux communautés différemment affectées par le terrorisme. L'une est sans doute la communauté la plus touchée par le terrorisme à l'échelle nationale, il s'agit de la région de SIDI MOUSSA. L'autre, n'a pas été la cible de massacres collectifs, comme la première, mais a vécu sous un stress permanent depuis des années, il s'agit de la localité de DÉLYIBRAHIM. L'échantillon de cette enquête a été obtenu par un tirage aléatoire effectué sur les listes électorales de la population de ces deux localités.

LE SCHÉMA GÉNÉRAL : NI GUERRE, NI PAIX

La situation que traverse l'Algérie est difficile à saisir de l'extérieur. Elle a cette particularité de n'être ni une situation de guerre ni une situation de paix. Elle emprunte des caractéristiques à l'une et à l'autre. Du fait de cette association elle génère d'autres caractéristiques qui lui sont propres.

Durant les périodes de paix l'effort des sociétés humaines est fondamentalement investi dans la perspective d'assurer le bien être de la population. Cette orientation constitue, d'une certaine manière, un régulateur de l'activité des individus et des luttes pour le pouvoir entre les groupes sociaux en compétition. Certes, cela ne réussit pratiquement jamais et différents aménagements sociaux sont mis en place — en fonction des rapports de force — pour diminuer le mécontentement et maintenir l'illusion du bien-être futur. De ce fait même, et quels que soient les antagonismes entre groupes sociaux, quels que soient les luttes et les conflits de pouvoir, la vie humaine demeure toujours sacralisée du moins au niveau des discours manifestes.

Les situations de guerre sont, quant à elles, fondamentalement caractérisées par l'investissement de l'effort des sociétés pour faire face à un danger quelconque. Tout est conjugué dans la société en fonction de cet impératif. Cette orientation constitue bien un régulateur de l'activité des individus et des groupes sociaux en présence. L'aspiration au bien-être et

la poursuite des buts de nature à donner sens à une telle aspiration en temps de paix — faire des études, se consacrer à sa famille, développer des activités de loisirs...— deviennent synonyme de trahison. L'exemple des étudiants algériens, pendant la guerre de libération, ayant quitté massivement leurs études pour s'intégrer dans l'Armée de Libération Nationale illustre bien cette orientation. Dans les faits, là encore, cela ne réussit que de manière très relative et différents aménagements sociaux sont mis en place pour rendre la situation supportable aux individus et à la société. Les chants patriotiques et les hymnes nationaux renseignent bien sur la nature de ces aménagements. Dans ces conditions, la vie humaine est désacralisée au nom de « l'idéal communautaire » qui a justifié l'engagement dans la guerre. Cette désacralisation de la vie humaine et l'exaltation de son sacrifice au nom d'un idéal est un mécanisme puissant pour faciliter le deuil.

La situation algérienne actuelle est à la fois proche et différente de ces deux cas de figure. Elle emprunte à la situation de guerre le risque de mort et la désacralisation de la vie humaine. Elle n'intègre pas, ou seulement très mal, le discours qui tente de justifier cette désacralisation et, pour cette raison, elle ne peut sécréter les mécanismes régulateurs caractéristiques des situations de guerre. Du fait de cette absence, les morts laissent, en quelque sorte, des blessures ouvertes chez les vivants. Plus encore, nous avons pu observer des réactions tout à fait particulières, chez une douzaine de personnes qui soupçonnent les êtres chers perdus d'avoir été, en quelque sorte, complices dans leur propre mort. Elles leur reprochent soit d'avoir eu des activités qui ont augmenté leur risque de mort, soit d'avoir omis de prendre les précautions protectrices nécessaires pour rester vivant. Cette réaction particulière consiste en une colère du survivant contre le mort, ce qui serait l'antithèse de la culpabilité du survivant, fréquemment décrite dans la littérature.

En outre, la situation algérienne maintient l'aspiration à un bonheur possible et soutient le caractère licite de la poursuite des buts qui, en situation de paix, donnent sens à une telle aspiration. Cependant les mécanismes de régulation qui assurent une certaine stabilité, et par là même une certaine efficacité à une telle quête, sont largement fragilisés. Il n'y a pas, à proprement parler, d'aménagements sociaux spécifiques prévus pour la gestion de cette situation. Il n'y a pas non plus de véritable préparation psychologique possible pour lui faire face. Si le cas des personnes directement engagées dans la gestion de la situation sécuritaire peut se comprendre d'une certaine manière car eux sont en état de guerre, pour la

grande majorité de la population ce n'est pas le cas. La mort est là , elle peut frapper à n'importe quel moment, sans que l'on sache vraiment pourquoi. En même temps on est tenu de s'occuper des multiples exigences de la vie quotidienne caractéristiques des temps de paix.

Cette situation est fragilisante et traumatique de plusieurs manières :

- Disparaître, soi-même, après avoir été torturé, mutilé, sans savoir pourquoi, à n'importe quel moment ;
- Voir disparaître des personnes aimées dans les mêmes conditions ; il y a très peu de personnes qui n'ont pas perdu un proche ou un ami depuis Octobre 1988 à nos jours ;
- S'imposer des limitations drastiques de tout genre, notamment dans tous les secteurs de la vie sociale : sortir, voir des amis, s'engager dans un mouvement social, faire du sport, se promener, accompagner son enfant à l'école...

C'est dans cette situation que les algériens vivent, qu'ils sont sommés de travailler, de faire des enfants et de les élever. C'est dans ces conditions que les mères algériennes ont continué à mettre au monde des enfants et à s'en occuper.

Pour compléter ce tableau dramatique, on peut ajouter les effets d'une situation socio-économique alarmante. Le revenu moyen des algériens a été réduit au cinquième de ce qu'il était en une décennie du fait, notamment de la chute du prix du pétrole.

Sur le plan de la santé mentale aucun spécialiste sérieux n'hésitera à dire que ce qui se passe en Algérie aujourd'hui est de nature à laisser sur la population et l'organisation sociale des séquelles alarmantes pour plusieurs générations.

Pour avoir une représentation cohérente des besoins en matière de santé mentale en Algérie, il faudrait sans doute, décentrer le regard des pertes en vie humaines, pour envisager plusieurs indices: les implications de ces pertes sur les vivants ; les implications de la destruction des espaces de vie, notamment, sur les enfants ; le devenir des enfants qui se retrouvent, du jour au lendemain, sans repères et sans recours ; les implications de la non assistance à toutes ces victimes sur le très long terme, c'est à dire sur les générations futures.

Les situations traumatiques, on l'oublie souvent, ont cette particularité de provoquer des effets qui, bien souvent, évoluent en silence. On

peut même dire que, lorsque des personnes ayant vécu ce type de situations expriment leurs souffrances c'est déjà un indicateur pour un pronostic relativement positif par rapport à ceux qui ne peuvent encore rien dire.

La variété des situations traumatiques

L'observation faite à partir de notre statut de psychologue clinicien et les premiers résultats de l'enquête précédemment citée nous permettent d'ordonner les faits en relation avec la santé mentale en neuf situations différentes.

a. – *Les rescapés des villages et localités où il y a eu des massacres collectif.*

On y trouve des personnes qui ont tout perdu, aussi bien leurs proches que leurs biens matériels. Personne ne peut donner, aujourd'hui, une estimation fiable du nombre de personnes qui sont dans cette situation. On peut cependant noter que les villages et localités qui ont subi un tel sort se comptent par centaines. Le nombre des massacres collectifs dénombrés par l'Observatoire des Droits de l'Homme est de 299 cas jusqu'en 1997. Il faut, sans doute, distinguer trois cas de figure qui nécessiteraient des approches différentes en matière de santé mentale :

- Les enfants et adolescents qui sont livrés à eux mêmes, sans aucun soutien organisé ;
- Les femmes et les vieilles personnes qui se retrouvent, du jour au lendemain, privées de leur encadrement protecteur et de tout support social ;
- Les adultes rescapés qui, en plus des traumatismes de tout genre, se retrouvent sans ancrage social.

Les personnes relevant de ce premier niveau sont, en quelque sorte, dispersées dans la nature. Le droit à la santé mentale ne peut être ici séparé du droit à la vie. Cependant, quelle que soit l'option qui peut être envisagée, pour leur venir en aide, elle ne doit pas compliquer leur situation en y ajoutant le traumatisme de leur déracinement de leur milieu physique et social ou, plus exactement, de ce qui en reste.

b. – *Les familles qui ont perdu plusieurs de leurs membres.*

L'importance des pertes dans chaque famille est à prendre comme critère distinctif. L'importance des pertes déséquilibre totalement la

famille. La situation est ici différente selon que ces familles disposent ou non d'un toit et selon qu'elles disposent ou non d'un minimum de ressources pour vivre. Là encore l'aide psychologique classique ne saurait suffire. Elle doit être combinée avec un véritable soutien multiforme à la famille.

Le nombre de ces familles est important, il s'agit, sans doute, de plusieurs milliers. Mais seul le ministère de l'intérieur dispose de données fiables. Il les tient, cependant, pour des raisons politiques évidentes, dans une confidentialité stricte. Ce n'est pas seulement le nombre de ces familles qui est important à connaître, mais aussi ce qu'elles sont devenues depuis les drames qui les ont affectées. Si une partie importante de ces familles continue de vivre dans les lieux du drame, d'autres se trouvent éparpillées au hasard des lieux d'hébergement mis à leur disposition par des proches, des voisins solidaires et exceptionnellement par l'Etat. Ceci complique les stratégies qu'il y a lieu de mettre en place pour leur venir en aide.

c. – *Les personnes qui ont perdu un ou plusieurs êtres chers et qui couvent des deuils impossibles à gérer.*

Contrairement au cas précédent, la structure familiale garde ici une relative cohérence, du moins quant à sa constitution. Pour apprécier le nombre de ces familles, il faut garder présent à l'esprit que chaque mort est à l'origine d'une situation de deuil difficile à gérer , étant donné que les conditions de survenue de la mort ne rentrent pas dans les schémas que connaissent les individus et auxquels ils sont, en quelque sorte préparés.

Aucune évaluation basée ici sur le nombre effectif des morts ne saurait suffire. On ne peut pas se suffire non plus d'une approximation basée sur le nombre des personnes qui sollicitent une consultation spécialisée. La clinique du traumatisme nous apprend, en effet, que les personnes qui ont le plus besoin d'une aide psychologique ne consultent que bien rarement. L'importance de l'atteinte liée à une perte, notamment lorsque celle-ci échappe aux mouvements réguliers de vie et de mort, ne peut être mesurée ni par le caractère tapageur de la symptomatologie présente ni par l'importance de la souffrance subjectivement ressentie. Seul un travail de dépistage systématique, comparable à celui d'usage lors des grandes épidémies, peut avoir une pertinence dans l'estimation des effets des traumatismes subis par ces personnes.

d. – *personnes qui, sans avoir subi des pertes directes dans leur entourage humain, se trouvent fragilisées et déstabilisées du fait de la désorganisation et de la destruction de leur environnement.*

La clinique psychosomatique montre amplement qu'il existe, dans chaque population, un nombre appréciable de personnes qui ne peuvent demeurer vivantes, ou en bonne santé, sans un entourage protecteur. Pour ces personnes l'existence de cet entourage prend, au sens strict, une importance vitale. Il est clair que, là encore, seul un travail de dépistage, basé sur l'évaluation de l'économie psychosomatique des concernés peut donner des indications utilisables pour leur venir en aide.

e. – *Les enfants et les familles des personnes impliquées dans une activité terroriste.*

La situation pourrait être dramatique pour certaines de ces personnes se trouvant privées des mouvements de solidarité et de pitié dont bénéficient les victimes de terrorisme.

La situation des enfants est ici à souligner avec insistance, ils sont très nombreux et il y a aussi parmi eux ceux qui ont perdu leurs deux parents et en l'absence de cadre juridique clair, se retrouvent livrés à eux mêmes.

f. – *Les femmes violées, notamment celles qui se sont retrouvées enceintes après ces viols.*

Leurs drames sont d'autant plus grands qu'il s'agit, dans la grande majorité des cas, de jeunes filles et de jeunes femmes d'origine paysannes, sans instruction ni formation. Il ne s'agit pas de quelques cas isolés. Selon un article d'un quotidien de la presse indépendante, on compte 2084 cas de femmes violées par les terroristes de 1993 à 1998. De plus, le sort de 319 femmes enlevées par les groupes terroristes n'est toujours pas connu. Il faut ajouter à cela un grand nombre de femmes violées qui, pour échapper au regard des préjugés sociaux ne se sont pas faites connaître (journal *El-Khabar*, 4 août 1998). Pour résoudre le problème de celles qui sont trouvées enceintes le ministère de la santé leur a appliqué la loi sur l'avortement thérapeutique.

g. – *Les blessés qui ont survécu à des attentats à la bombe ou à des massacres collectifs.*

Nous voulons parler ici de ceux qui en gardent un handicap physique plus ou moins important. Quelle que soit l'indemnisation qui peut leur

être accordée par l'Etat, seule une aide de nature à leur assurer une insertion sociale décente pourrait diminuer leur souffrance.

h. – *Les individus, les familles et les collectivités (quartiers, village...) qui ont vécu sous la menace d'un assassinat ou d'une attaque terroriste d'envergure.*

Ce sont, sans doute, les victimes de ce type de situations qui risqueraient le plus d'être laissées pour compte. On sera tenté, à leur propos, de minimiser le drame de leur situation du fait même qu'elles n'ont pas été directement touchées par un assassinat ou une attaque effectifs. Pourtant, l'observation la plus naïve suffirait à montrer que, notamment pour les plus fragiles et les plus démunis, tel n'était pas le cas.

i. – *Les familles dont l'un des membres a disparu.*

Il s'agit ici des membres enlevés par les forces de l'ordre ou par des terroristes dont on n'a plus aucune nouvelle sauf quelques bribes d'informations glanés ici ou là. Dans ce cas, les familles sont face à des deuils impossibles à gérer dans la mesure où elles gardent toujours l'espoir de voir revenir « le disparu ».

j. – *Les individus qui ont été directement ou indirectement impliqués dans une activité terroriste.*

Il peut s'agir de prisonniers arrêtés dans le cadre de la lutte anti-terroriste. Selon certaines sources, notamment l'Annuaire Politique de l'Algérie, on compte plus de 34 000 détenus dont plus de 15 000 accusés de complicité et de soutien aux réseaux terroristes selon le Rapport Annuel de l'Observatoire des Droits de l'homme pour l'année 1997 (BENYOUB R. 1999). Il peut s'agir également de repentis qui se sont livrés d'eux-mêmes aux autorités après une implication dans l'activité terroriste (sans doute plusieurs milliers), ou des groupes armés de l'Armée Islamique du Salut (AIS) qui observe une trêve depuis 1997, ils présentent tous cette caractéristique d'avoir participé directement ou indirectement à l'organisation d'actions subversives, qualifiées par l'Etat algérien d'activité terroriste [1]. Certes, il peut paraître provocant de citer cette catégorie de personnes aux

1. Les informations et les chiffres auxquels nous nous référons remontent aux années 97 – 98, depuis, la concorde civile a introduit de nombreux aménagements qu'il est nécessaire d'intégrer pour la compréhension de la situation actuelle.

côtés des personnes qui ont eu à souffrir de leurs crimes et de leurs supplices. Il reste, cependant, que le droit aux soins de santé fait partie des droits imprescriptibles et inaliénables de la personne humaine et concerne également les bourreaux [1].

Commentaires

Il faut remarquer que les différents cas de figure de situations traumatiques qui viennent d'être esquissés, à grands traits ici, ne constituent que la partie apparente des drames de toutes ces victimes. L'un d'entre nous a proposé d'appeler « traumatisme inaugural » cette partie apparente du drame des victimes, c'est-à-dire l'impact initial de la situation traumatique. Pour se faire une idée claire de l'impact de ces différentes situations, il est nécessaire donc, d'envisager tous les traumatismes qui viendront frapper les victimes parce que la situation traumatique inaugurale les avait déjà fragilisées, parce qu'elle a rompu leurs pare excitations et leurs enveloppes protectrices, mentales, familiales et collectives. Ces traumatismes seconds, sont le plus souvent plus douloureux et plus difficiles à gérer que le traumatisme inaugural qui leur a ouvert la voie.

La notion de traumatisme second ne prend donc pas, ici, la signification de moindre importance, mais celle de consécutive et de ce qui vient après, sans préjuger de l'importance de l'impact. Tenter de répondre aux besoins en matière de santé mentale liés à la situation que nous venons de brosser, n'est pas simple. Ces indications permettent, cependant, de se faire une idée de la complexité de ces besoins, mais leur évaluation reste à faire.

Il y a, certes, une véritable guerre des chiffres entre les pouvoirs publics et les acteurs sociaux quant à l'estimation du nombre de victimes du terrorisme, notamment le nombre de morts. l'Etat avance un nombre de morts victimes du terrorisme à près de 27 000 morts, excluant les terroristes abattus durant les différentes opérations menées par les forces de sécurité. Les estimations qui reviennent le plus souvent chez les partis politiques, la presse et le mouvement associatif évaluent les pertes humaines de 70 000 et 100 000 morts [2]. Mais lorsqu'on scrute la variété des situations traumatiques que nous avons énumérées précédemment, il

1. La situation de cette catégorie de personnes pose le problème crucial de la sanction. En effet les victimes attendent toujours que la loi se prononce sur les crimes dont ils ont été l'objet. La concorde civile qui amnistie les responsables des crimes terroristes a accentué la détresse et la confusion chez les victimes.

2. Le président de la république à déclaré dans un de ses discours (avril 1999) que le chiffre des victimes a atteint les 100 000 morts.

est facile de noter que le nombre de morts, quelle que soit l'estimation choisie, fausse totalement l'évaluation de la portée du drame, dans la mesure où il amène à focaliser le regard sur une partie infime des situations traumatiques. Ce nombre de morts et de blessés ne constitue qu'un paramètre parmi d'autres dans l'évaluation de l'impact de la situation actuelle.

Pour procéder à l'évaluation objective nécessaire à la mise en place d'une stratégie rationnelle de nature à répondre aux besoins en matière de santé mentale, les professionnels devraient avoir une connaissance fine, dans plusieurs domaines, notamment concernant :

- la variété des situations traumatiques qui se donnent à voir sur le terrain ;
- les réactions spécifiques des différents groupes sociaux face à ces situations ;
- le suivi continu de la situation sécuritaire et de l'adaptation des groupes sociaux à l'évolution de cette situation ;
- l'utilisation des différents outils d'évaluation de la santé mentale sur la population algérienne et des aménagements qu'ils nécessitent pour rendre compte des spécificités de cette population aux plans culturel, organisationnel et psychosociologique.

Peut-on acquérir ces compétences sans affronter, dans les faits, l'impact des situations traumatiques sur la population et les besoins en matière de santé mentale qui en découlent ? Nous ajouterons que cette expérience des faits est nécessaire mais non suffisante. Pour être réellement efficiente l'expérience des faits doit faire l'objet d'une réflexion régulière en groupe. C'est dire toute la complexité de la tâche.

Sur le plan méthodologique, notre position actuelle nous amène à soutenir que cette évaluation doit d'abord commencer en ciblant des localités types, délimitées et circonscrites dans l'espace avant d'entamer une entreprise d'importance nationale. Concernant l'évaluation des besoins en matière de santé mentale, il est impératif de traiter les situations traumatiques à la manière dont les épidémiologues traitent les foyers infectieux. Autrement dit le traumatisme ne concerne jamais l'individu seul mais toute la famille voire tout l'environnement.

Á PROPOS DU TRAUMATISME PSYCHIQUE : RÉFLEXIONS Á PARTIR DE L'EXPÉRIENCE DE LA S.A.R.P.

Observations générales à propos du traumatisme

L'observation de la situation algérienne depuis 1990, à partir du cadre de notre pratique clinique, nous a amené à relever le caractère toujours spécifique et hautement individualisé des réactions face aux traumatismes. Cette observation nous a amené, aussi, à noter le caractère trompeur des schématisations auxquelles beaucoup de cliniciens ont recours pour décrire ces mêmes réactions. Ces schématisations s'avèrent régulièrement insuffisantes pour décrire les réalités cliniques, à chaque fois que l'on tente une approche dynamique qui intègre ces réactions dans l'économie psychique et respecte la complexité de cette économie. Ces schématisations se laissent appréhender encore plus clairement lorsqu'on tente de replacer l'économie psychique elle-même dans l'économie psychosomatique. En procédant ainsi, nous avons alors été amené à mesurer combien la notion de réaction face au trauma pouvait être trompeuse lorsqu'elle est utilisée dans le sens d'une mobilisation individuelle limitée et circonscrite dans le temps.

Lorsque l'on se donne les moyens d'une observation fine et au long terme des aménagements individuels face aux situations traumatiques, il devient aisé de réaliser que ce sont des modes de gestion et d'élaboration au long terme que les victimes développent face aux traumatismes. Ces modes de gestion et d'élaboration mobilisent toutes leurs ressources potentielles. Cette idée de mode de gestion et d'élaboration au long terme se donne à voir, lorsque la situation traumatique actuelle en Algérie, ranime d'autres traumatismes, par exemple, ceux vécus lors de la guerre de libération nationale.

Le cadre de notre pratique clinique est ouvert au tout venant de la consultation psychologique. Le fait d'avoir exercé dans un tel cadre, durant cette décennie du drame qui secoue l'Algérie, nous a conduit à faire une autre observation majeure. Elle peut être formulée de la façon suivante : le fait même de vivre en Algérie, de 1990 à nos jours, peut être assimilé à une situation à haut potentiel traumatique. C'est que l'insécurité et le risque de mort au quotidien, en eux mêmes, ou du fait de toutes les restrictions qu'ils imposent dans l'organisation et le déroulement de la vie, peuvent générer une quantité d'excitations qui dépassent les capacités de contention et d'élaboration de certaines personnes. Il faut bien noter l'expression « à haut potentiel traumatique » que nous utilisons pour qualifier les situations, régulièrement décrites dans la littérature comme

étant des situations traumatiques. Le choix de cette expression est dicté par le souci d'insister sur le caractère relatif de l'impact des événements extérieurs sur l'individu.

Le traumatisme résulte toujours de la conjonction de deux catégories de faits. Il y a d'un côté, les événements qui frappent l'individu et les situations dans lesquelles il se trouve engagé ponctuellement ou de manière durable. Il y a d'un autre côté, les moyens internes dont dispose l'individu pour faire face à ces événements et gérer ces situations. Il y a traumatisme lorsque ces moyens de faire face ne sont pas suffisants pour maintenir l'équilibre homéostatique du sujet dans ces situations et face à ces événements ; ou lorsque ces moyens ne sont pas suffisants pour rétablir, à court terme et sans une aide spécialisée, les ruptures ponctuelles de cet équilibre homéostatique.

Interrogations d'une pratique anxieuse

Face au drame que traverse l'Algérie, notre réflexion s'est progressivement centrée sur quelques interrogations qui, chacune à sa manière, délimite un champ d'action spécifique et un mode d'organisation particulier de l'activité du psychologue. Ces interrogations, chacune à sa manière, sont le témoin de notre pratique anxieuse devant l'immensité des implications, au long terme, d'un drame que la majorité des acteurs sociaux abordent en restant confinés dans l'actualité.

Voici quelques unes parmi ces interrogations :

1. – Quelles interventions psychologiques d'urgence est-il utile et économique d'organiser ou/et d'encourager en tant que professionnels et en tant que citoyens pour venir en aide aux victimes ?
2. – Par quelles types d'interventions psychologiques y a t-il lieu de compléter et de renforcer l'impact des interventions d'urgence ?
3. – Dans la mesure où la plus grande majorité des victimes ne bénéficient pas d'interventions d'urgence, dans la mesure aussi où il s'agit de dizaines de milliers de victimes, quelles interventions psychologiques y-a-t-il lieu d'organiser et de développer à moyen et à long termes pour aider les victimes à élaborer leurs deuils ?

L'expérience du centre de prévention et de prise en charge psychologique de la S.A.R.P., nous amène à confirmer différentes observations faites par d'autres cliniciens :

• Les personnes traumatisées ne consultent que rarement d'elles-mêmes ;

• La nature même et les caractéristiques de la pathologie traumatique éloignent les victimes des traumatismes des situations dans lesquelles ils peuvent bénéficier d'une aide spécialisée ou d'un travail de dépistage. L'inhibition, l'évitement, le déni, le désinvestissement de tout ce qui vient de l'autre et tout ce qui rattache à la vie expliquent en grande partie cette attitude.

• Le nombre de personnes traumatisées qui déploient une extraordinaire capacité de déni et/ou d'évitement, pour ne pas faire face aux deuils que ces traumatismes impliquent et aux idées déroutantes qui les accompagnent, est considérable.

• Comme toute atteinte qui concerne un secteur ou un autre de l'entité biopsychologique, les traumatismes peuvent évoluer à bas bruit. Leur existence peut passer inaperçue jusqu'au moment où ils sont repérés accidentellement lors d'une investigation demandée pour un autre motif, ou lorsque l'aggravation atteint un stade tel qu'il reste peu de choses à faire sur le plan thérapeutique.

L'aggravation de la situation sécuritaire en 1997 et l'augmentation progressive du nombre de personnes mentalement désorganisées sous l'effet de traumatismes variés, nous a incité à introduire, dans nos investigations des stratégies jugées nécessaires pour faire face à la spécificité de la situation à savoir l'évaluation de la manière dont le sujet qui se présente à nous gère sa vie face à l'insécurité et au risque de mort.

Dans ces conditions, quelles interventions psychologiques il y a lieu d'organiser et/ou d'encourager pour assurer une action préventive et/ou de dépistage ? On le sait aujourd'hui, les drames individuels et collectifs que peut générer une situation comme celle que connaît l'Algérie sont à envisager sur plusieurs générations.

Réflexion théorico-clinique

Face à ces interrogations, la poursuite de notre réflexion sur la diversité et la variété des situations traumatiques nous a amenés à tenter de cerner leur processus d'action sur les personnes qui se trouvent, directement ou indirectement, dans ce que nous appelons leurs « rayons d'action ».

Valeur heuristique d'une métaphore.

La notion de rayon d'action des situations à haut potentiel traumatique, par déplacement, nous a orienté à explorer les similitudes entre

situations traumatiques et foyers épidémiques. On connaît l'importance de cette dernière notion en épidémiologie.

Nous nous contenterons ici de deux paramètres qui, à notre sens, peuvent rendre cette comparaison plausible.

1. – Le fait d'avoir été en contact avec un foyer épidémique n'implique pas forcément la contamination. Cependant, ce contact en augmente le risque. De même, le fait d'être dans le rayon d'action d'une situation traumatique n'implique pas forcément le traumatisme; cela dépend du degré d'exposition et de la capacité de mentalisation variable d'un individu à l'autre et variable dans le temps pour un même individu.

2. – La notion de foyer épidémique implique l'idée d'un germe transmissible par contact direct. Mais pour que la contamination de la maladie en résulte, il faut que le terrain s'y prête. Certes, l'idée d'une transmission transgénérationnelle de deuils non élaborés fait progressivement son chemin dans les écrits sur le deuil et, plus généralement, sur le traumatisme. Autrement dit, on commence à saisir l'impact actuel, sur un adulte donné, du fait d'avoir vécu, pendant son enfance, auprès d'une mère porteuse d'un deuil non élaboré. Mais on a rarement abordé l'impact actuel du fait de vivre, dans le présent, avec un individu porteur d'un deuil non fait ou qui vient de subir un traumatisme. Pourtant la clinique ne laisse aucun doute sur les effets potentiellement pathologiques des situations de ce genre, notamment sur le développement de l'enfant.

Problèmes techniques et éthiques liés à la prise en charge des personnes impliquées dans une activité terroriste

a. – *Une position nécessaire... Mais un chemin semé d'embûches*

Le travail d'aide psychologique avec les victimes du terrorisme suppose la reconnaissance de la victime dans son statut de victime. Reconnaître le statut de victime revient, entre autres, à inscrire le traumatisme dans le contexte social qui l'a engendré. Or, cela risque de favoriser chez le psychologue des glissements qui peuvent le faire basculer dans le statut de juge. Pour éviter un tel dérapage, il nous semble que le chemin le plus sûr, c'est de montrer comment le psychologue peut tout aussi bien

travailler avec le bourreau, sans se positionner en moralisateur et en respectant ses droits imprescriptibles de personnes humaines.

Il est sans doute trop facile de dire aux psychologues que toute personne humaine ne peut être privée de l'un de ses droits fondamentaux, le droit à la santé mentale, et, par voie de conséquence, qu'ils sont tenus d'assurer les mêmes soins aussi bien à une victime qu'à son bourreau. Il faut cependant ajouter que rien n'interdit au psychologue de refuser la prise en charge des bourreaux. La littérature ainsi que la pratique de certains centres de soins, révèlent que certains praticiens pensent qu'il est incompatible de soigner la victime et son bourreau.

Certes le bourreau sollicite rarement le psychologue pour une aide psychologique, mais cela peut arriver, notamment lorsqu'il cesse son activité barbare et qu'il tente de reprendre une vie « normale ». Les difficultés techniques que peut alors rencontrer le psychologue sont multiples et rarement discutées dans la littérature. Comment, par exemple, négocier avec soi-même la dynamique relationnelle qui nous lie à un patient lorsque nous découvrons, soudainement, que celui-ci a participé à des crimes contre l'humanité ? qu'il aurait pu être notre propre bourreau ? Comment faire face aux inévitables sentiments de rejet que peuvent susciter en nous les bourreaux d'enfants et de personnes innocentes ?

Nous tenterons de cadrer la discussion du problème en exposant trois cas de figure rencontrés par l'un d'entre nous dans sa consultation . Le problème est épineux. Notre but est d'engager un débat en partant des difficultés rencontrées et des stratégies adoptées pour y faire face. Il nous semble qu'il y a urgence à affronter cette problématique si nous voulons discuter des droits de la personne humaine à la santé mentale sans nous cantonner dans un discours moralisateur et culpabilisant. Il nous semble aussi qu'il est urgent de l'étudier car il n'est pas du tout exclu que son étude puisse permettre à l'avenir de nouvelles avancées théoriques et techniques dans la prise en charge psychologique des personnes qui suscitent en nous des mouvements émotionnels et passionnels.

b. – *Illustrations et discussion cliniques*

Cas n°1

Mr M. est âgé de 35 ans. Il se présente à la consultation pour impuissance sexuelle. Il cherche d'emblée une recette parce que, dit-il, ses occupations ne peuvent pas lui permettre de revenir à la consultation. Il sait

qu'il faudra du temps, beaucoup de temps. Visiblement gêné par une question directe posée par le psychologue : « Parlez-moi de vous ». Mr M. se lève pour s'assurer que la caméra posée sur la bibliothèque n'est pas en marche. Sa démarche surprend, et on a, à ce moment là, la sensation qu'il était partagé entre l'envie de parler de lui-même, de dire sa souffrance, de parler de sa vie pour qu'on puisse lui venir en aide et l'impossibilité de le faire pour on ne sait quelle raison. Il rejoint sa place et un sentiment d'inquiétante étrangeté traverse le psychologue. Après un long silence il dira « qu'on lui a beaucoup parlé de moi, qu'on lui a dit que j'étais le seul à pouvoir l'aider », suite à quoi il va sangloter comme un enfant et le psychologue se surprend en train de pousser un soupir et de se dire il n'y a pas de raison d'avoir peur.

Mr M. sèche ses larmes, se reprend et lance « je ne sais pas qu'est-ce qui m'a pris de venir vous voir ». Après un silence, le psychologue relève : « on vous a dit que je pouvais vous aider mais quelque chose vous interdit de parler ». Il regarde longuement le psychologue avant de dire : « vous avez compris. Il y a des choses qui ne se disent pas, vous ne supporterez pas de me revoir ici. Je sais que vous n'aimez pas les gens comme moi, même si c'est du passé... C'est Melle X. qui m'a poussé à venir... Le fait qu'elle soit "moutahadjiba" (portant le voile), que son frère était au maquis, ne vous a pas empêché de l'aider ». Durant ce temps, le psychologue était sidéré, coincé, il entendait à peine... Mr M. a continué de parler, le psychologue ne saisissait pas grand chose, il comprenait seulement que le patient a épousé la sœur de Melle X, qu'il travaillait, ce qui permettait de le rassurer quelque peu.

Le reste de l'entretien nous apprendra que Mr M. a bénéficié d'une mesure de clémence après s'être rendu aux forces de sécurité, sous la pression de sa famille. Il ne dira rien sur la nature de l'activité qu'il poursuivait avant de se rendre aux autorités.

Le psychologue décide de mettre fin à la consultation qui a duré 50 minutes en proposant un rendez vous pour la semaine suivante parce qu'il sentait que sa capacité d'écoute déclinait progressivement. Mr M. dira seulement qu'il n'est pas sûr de revenir.

Le cas de Mr M. nous amène à souligner que son droit à une aide psychologique ne peut être dissocié du droit du psychologue à avoir des limites et à reconnaître son incapacité à travailler et à venir en aide à des personnes qui le mettent dans des tensions émotionnelles qui dépassent ses capacités propres de contention. C'est alors que la néces-

sité d'une investigation préliminaire très fine doit être posée, car mieux vaut reconnaître ses limites à l'avance que s'engager dans une situation qui déboucherait sur un résultat contraire à celui attendu. Le cadre de cette investigation préliminaire nous paraît être le cadre idéal dans lequel le psychologue pourra expérimenter ses capacités à faire face à la dure épreuve dans laquelle le mettrait un patient pas comme les autres.

Cas n°2

Mr F. a 27 ans, il était étudiant en médecine lorsqu'il s'est présenté la première fois à la consultation. A la fin de la première année d'une prise en charge qui aura duré quatre années il commencera à apporter, en séance, un matériel qui fait allusion à une implication antérieure dans une activité dangereuse. Cette seconde situation est tout à fait différente, aussi bien sur le plan éthique que technique. Sur le plan technique, l'engagement transférentiel et contre transférentiel étant largement enclenché et la compréhension du fonctionnement du patient bien assise, le psychologue dispose de puissants facteurs de régulation. Sur le plan éthique, le désengagement ne pourra être sans dommage pour le fonctionnement du patient. L'épreuve est certes difficile, mais le psychologue est sensé assumer les risques dans lesquels il peut mettre ceux qui viennent le consulter.

Cas n°3

Le cas de Mr L. est un cas de figure sans doute plus complexe au départ, mais à notre sens, plus riche en enseignements. Agé de vingt six ans, il vient consulter en catastrophe. Déprimé, ne dormant pas depuis plusieurs semaines, il se demande s'il n'était pas plus juste qu'il se donne la mort pour expier toutes les misères qu'il a pu faire subir à de pauvres gens. L'aisance avec laquelle il disait l'horreur et le luxe de détails qu'il apportait sans en être sollicité a d'emblée attiré notre attention. L'interrogation qui a, en quelque sorte, siégé dans la pensée du psychologue, à propos de ce patient, était de faire la part entre le réel et le fantasme dans ce qu'il rapportait. Ici, sur le plan éthique la gravité et la complexité du problème sont, sans doute, plus importantes, et il est de l'extrême importance d'affiner l'évaluation et de ne pas prendre le risque de coller directement à la conviction du patient. Mais on ne peut, non plus évacuer cette même problématique des deux précédents cas de figure.

c. – *Indications techniques*

Notre réflexion nous amène à poser que :

1. – le pire est de procéder par déni des limites du psychologue à gérer certaines situations ou de se murer dans un discours culpabilisant.

2. – une analyse systématique des processus psychiques, à l'œuvre chez le psychologue, dans ces situations, est de nature à améliorer sa capacité à mieux les gérer. Ainsi il est, à notre avis, urgent de procéder à une revue rigoureuse des contributions théoriques ayant abordé ce problème et de mettre en place un cadre dans lequel une recherche pilote sur cette question sera menée.

3. – une réflexion sur le droit des individus impliqués dans des crimes contre l'humanité ne peut être dissociée du droit de tout thérapeute à refuser de s'impliquer dans des situations qui dépassent ses capacités élaboratives et qui pourraient, de ce fait même, le mettre en danger.

4. – le psychologue ne doit pas sous-estimer sa capacité à dépasser l'orage émotionnel dans lequel le met la rencontre avec des personnes impliquées dans le massacre des innocents. Lorsqu'on se donne le temps d'une investigation fine et prudente l'orage peut diminuer, et le psychologue peut récupérer assez bien ses capacités sidérées au départ. Il pourra ainsi s'apercevoir qu'il n'est pas aussi démuni qu'il le pensait au début de la rencontre.

QUELLE STRATÉGIE POUR APPORTER UNE AIDE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHOSOCIALE AUX VICTIMES DU TERRORISME ?

Avant d'exposer l'expérience de la SARP et sa stratégie, nous allons donner quelques indications sur les potentialités algériennes en matière d'aide psychologique et psychosociale.

Quelques indications sur les conditions dans lesquelles s'inscrit l'aide psychologique et psychosociale pour les victimes du terrorisme en Algérie

a. – *Le potentiel humain*

Selon les données du ministère de la santé, l'Algérie compte, en 1997, pas moins de 24 103 médecins dont 8 196 spécialistes en médecine, 3 866 pharmaciens, 7 837 chirurgiens-dentistes et 85 296 paramédicaux exerçant dans le secteur public. En outre, il y aurait 12.000 médecins, pharmaciens

et dentistes exerçant dans le secteur privé. Il existe aussi 275 psychiatres en exercice, tous secteurs confondus, sans compter ceux qui ont quitté le pays (une centaine) avec le développement de l'insécurité et du terrorisme.

Le cas des psychologues mérite une attention particulière pour nous. Il n'est pas facile de donner le nombre exact de psychologues qui existe aujourd'hui en Algérie, toutes spécialités confondues – psychologues cliniciens, psychologues scolaires, psychopédagogues, psychologues du travail et psychologues orthophonistes – du fait de la diversité des secteurs dans lesquels ils interviennent et du fait de l'important chômage auquel ils sont souvent acculés. Quelques indications permettront d'apprécier l'importance de ce corps de professionnels en Algérie. Le nombre des enseignants en poste dans les trois grands instituts de psychologie – Alger, Oran et Constantine – est, sans doute supérieur à 250 enseignants titulaires, pratiquement tous justifient un diplôme de post graduation. Le nombre des étudiants en psychologie, toutes les spécialités confondues et tous les cycles compris, a dépassé les 2 000 étudiants pour l'année universitaire 1997/1998 et pour le seul Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université d'Alger. En outre, les ministères de la santé et des affaires sociales emploient, à eux seuls, 859 psychologues cliniciens.

C'est, sans aucun doute, un potentiel énorme, mais aussi un potentiel qui nécessite un encadrement, un renforcement de la formation de base et surtout un processus de perfectionnement et de formation continue de longue haleine. Actuellement la formation des psychologues est essentiellement théorique et se caractérise par une absence quasi totale de perfectionnement et de formations continues.

Les structures d'accueil disponibles

Lorsqu'on considère la variété et l'importance du nombre de structures dans lesquelles ce potentiel intervient actuellement ou dans lesquelles il peut être sollicité d'intervenir on comprendra qu'il y a là une situation idéale pour la réussite d'un travail d'envergure qui pourrait permettre de faire face aux besoins en matière de santé mentale sécrétés par le drame qui secoue l'Algérie. Ainsi, selon les données du ministère de la santé, il existe en Algérie en 1997 : 176 hôpitaux, 13 centres hospitalo-universitaires, 4 hôpitaux psychiatriques, 455 polycliniques et 556 centres médico-psychologiques.

Une question d'importance majeure se pose néanmoins: pourquoi, malgré ce potentiel humain et l'importance de ce tissu institutionnel, aucun programme sérieux n'a été engagé jusque là pour venir en aide aux

victimes du terrorisme ? On ne peut répondre sérieusement à cette interrogation sans un travail systématique d'évaluation de l'activité de ces structures et de leur relations avec leur tutelle, particulièrement l'administration centrale. Une étude complémentaire sur la formation des professionnels de la santé mentale et des itinéraires des psychologues après leur formation universitaire devrait compléter les données qui résulteraient de l'étude des institutions.

Nous pouvons, cependant, formuler une observation face à laquelle nous nous sommes retrouvés régulièrement. Il y a une certaine méconnaissance du travail qui pourrait se faire dans ces institutions chez les décideurs qui gèrent ces institutions et à qui l'encadrement administratif et technique est confié. Cet encadrement, est investi d'un pouvoir de décision effectif alors qu'il ne peut ni comprendre les préoccupations des professionnels, ni se représenter la complexité de leurs tâches. De même, cet encadrement définit souvent des priorités sans prendre en considération les propositions qui pourraient venir des professionnels. Le résultat peut être la démobilisation progressive de ces derniers ou de certains d'entre eux.

La situation actuelle de l'Algérie a créé, au sein de ces institutions, une véritable fébrilité. On s'est retrouvé, du jour au lendemain, dans la nécessité et dans l'obligation d'être efficace. Ce n'est pas possible, même avec la meilleure volonté du monde. Il faut du temps et une réorganisation de tout le système. Il faut aussi une formation efficace des professionnels.

Mais ces structures existent. Et c'est un avantage énorme, quel que soit leur dysfonctionnement.

Aussi, tout programme de santé mentale et, plus particulièrement d'aide psychologique et psychosociale aux victimes du terrorisme, doit partir de cette réalité, et la prendre en considération.

Dans ce cadre, quelles stratégie, la SARP peut-elle mettre en place, en partenariat avec le tissu institutionnel afin d'aider les victimes de traumatismes ?

Les cellules de proximité

A propos des structures existantes, une attention toute particulière doit être accordée aux cellules de proximité. Car, il s'agit là d'un dispositif dont la nature, l'organisation, la composition et l'implantation géographique peuvent lui permettre de jouer un rôle de première importance

dans l'aide aux victimes du terrorisme. Nous devons donc en donner quelques détails. Il y a, cependant, lieu de souligner que le profil, le mode de structuration effectif et le fonctionnement de ces structures restent relativement flous. Il n'est donc pas possible de décrire ce dispositif de manière très précise.

Il faut préciser qu'il existe deux types de cellules de proximité ; celles créées par le Gouvernorat du Grand Alger qui les a mises à la disposition des collectivités locales et celles créées par l'Agence de Développement Social sous la tutelle du premier ministère.

1. – *Les cellules de proximité rattachées aux collectivités locales*

Elles n'existent actuellement qu'au niveau du Gouvernorat du Grand Alger, leur généralisation sur les autres wilayates (départements) du pays dépendra de la réussite de cette première expérience. De même, elles n'ont pas d'autonomie dans leur fonctionnement et la lourdeur du fonctionnement bureaucratique de l'administration qui les gère constitue un handicap qui limite leur efficacité. Leur mission initiale est d'assister la population, notamment les plus nécessiteux, par un soutien multiforme : matériel, juridique, urbanistique, social et psychologique. Chaque cellule comprend une vingtaine de cadres de différentes spécialités dont un ou plusieurs médecins, un ou plusieurs psychologues, une ou plusieurs assistantes sociales, un sociologue, un juriste, une infirmière, un éducateur et un architecte etc. Malgré une certaine homogénéité dans leur conception et leur composition, leur fonctionnement est largement variable d'une localité à une autre. Cela dépend de l'exécutif de la mairie, de ses priorités et de sa sensibilité. Pour ces raisons il est difficile de développer avec elles un programme d'activités consistant et au long terme. Il est cependant nécessaire de suivre leur évolution de près, car si elles arrivaient à acquérir un minimum de stabilité et d'autonomie, elles deviendraient un dispositif qui constituerait un moyen utile pour une politique sociale efficace. Il deviendrait alors indispensable de soutenir leur travail, d'envisager une forme de partenariat avec elles et, surtout, de concevoir des produits de formation qui augmenteraient leur efficacité. En effet, leur composante humaine est certes pertinente, il reste qu'il s'agit dans tous les cas de jeunes professionnels sans aucune expérience. Ils ont d'ailleurs été recrutés, du moins initialement, en tant que vacataires et sont payés sur un budget d'emploi temporaire des jeunes. Il semble qu'actuellement leur recrutement effectif est à l'ordre du jour.

2. – *Les cellules de proximité de l'Agence de Développement social*

L'Agence de Développement Social a été créée en juillet 1997. Elle fait partie des services du Premier Ministre et fonctionne sur des crédits de la Banque Mondiale. Ces deux dernières caractéristiques constituent pour elle des attributs majeurs lui assurant une autonomie de fonctionnement, ce qui constitue un privilège considérable dans la mesure où cela lui permet d'échapper à la lourdeur de l'administration centrale et à la bureaucratie ambiante. L'Agence de Développement Social ne limite pas son action à la création de cellules de proximité sur tout le territoire national, mais celles-ci constituent pour elle un moyen d'action direct sur le terrain social et un dispositif pour lui éviter le passage par les canaux qui ne dépendent pas directement de ses services. Il s'agit d'une disposition par laquelle l'Agence espère échapper à la bureaucratie et aux lourdeurs administratives qui stérilisent la plupart des projets.

De manière schématique, les missions de ces cellules peuvent être résumées ainsi: la mission principale est de fournir aux catégories sociales défavorisées et/ou en détresse et celles qui vivent dans la précarité ou l'exclusion, les services qui peuvent contribuer à leur réinsertion sociale. Elles ont pour vocation d'aller à la rencontre de ces groupes sociaux vulnérables et de leur proposer des services complémentaires à ceux offerts par les institutions et associations. Elles doivent en outre œuvrer en concertation avec tous les acteurs de l'action sociale. Il est question notamment de proposer aux populations défavorisées les services suivants :

- une information sur les droits sociaux ;
- une aide à l'accès aux services publics de santé, d'éducation, de formation professionnelle, de protection sociale et d'emploi ;
- une aide à la création d'activités génératrices de revenus ;
- une information sur l'hygiène du milieu et les actions de prévention sanitaire ;
- une aide psychologique pour les personnes en détresse ;
- une aide pour donner une impulsion et dynamiser la création d'activités culturelles et sportives.

Il existe aujourd'hui vingt cellules en activité à travers tout le pays, l'objectif étant d'en avoir, au minimum, une par wilaya (département) et d'en augmenter le nombre en fonction des besoins. Chaque cellule est composée de six à sept personnes de différentes spécialités: psychologue, médecin, assistantes sociales, éducateur, animateur culturel et sportif.

La présence de ces différents professionnels a pour but de se tenir aussi proche que possible du citoyen et de la multiplicité de ses besoins. La présence des animateurs culturels et sportifs dénote l'intérêt tout particulier accordé à la jeunesse, le principe est de réanimer des activités sportives et de loisir. La présence de l'assistante sociale auprès du médecin et du psychologue dénote de l'importance accordée aux aspects socio-économiques associés aux besoins de santé.

Cette présentation des cellules de proximité se rapporte aux missions définies dans le projet portant création de ces institutions. En réalité, il est rare que ces missions soient toutes opérationnelles. Cependant pour ce qui est de la SARP et de sa relation avec ces structures, il y a une collaboration qui s'est instaurée ;

- En matière de formation par exemple, la sensibilisation du personnel des cellules de proximité aux troubles postraumatiques.
- Participation des membres de la cellule de proximité de SIDI MOUSSA à la recherche épidémiologique sur la santé mentale de la population, entreprise par la SARP.
- Création d'un réseau associatif dans la région du grand Alger.

LA S.A.R.P. : EXPÉRIENCE ET STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Historique

La Société Algérienne de Recherche en Psychologie (S.A.R.P.) a été créée par une équipe d'enseignants chercheurs de l'Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université d'Alger. Il s'agissait de mettre en place un instrument de travail qui devait leur permettre d'assumer leur fonction dans sa triple dimension : formation, recherche et pratique clinique. Pour les membres de cette équipe, on ne peut séparer ces trois dimensions sans courir le risque de pervertir leur profession de psychologue.

Il était clair pour les membres fondateurs de la S.A.R.P., dès le départ, que l'état de santé de leur jeune structure devrait être toujours mesuré au degré de son indépendance et de liberté d'initiative qui en découlerait.

Missions de la S.A.R.P.

La S.AR.P. a été créée pour assumer les missions suivantes :

1. – participer au développement de la recherche en psychologie et en sciences de l'éducation ;
2. – développer un travail de prévention et de prise en charge psychologique ;
3. – contribuer à l'amélioration de la formation des psychologues et des spécialistes en sciences de l'éducation en organisant des formations régulières spécialisées, des perfectionnements et des formations continues ;
4. – participer à la production, l'édition et la diffusion de tous types de produits nécessaires à la formation et à l'exercice des professions de psychologue et de spécialiste en sciences de l'éducation.

Pour prendre en charge les différentes activités qui peuvent donner corps, dans les faits, à ces missions et après avoir expérimenté différentes options, nous sommes arrivés, en 1994, à la conviction que les activités stratégiques et vitales de la SARP devaient être professionnalisées puisque l'expérience du bénévolat n'a pas donné les résultats attendus. Cette perspective s'est avérée pertinente et efficace [1]. C'est l'opérationalisation de cette idée de professionnalisation qui nous a amené à la création de trois structures internes fonctionnelles. Chacune de ces trois structures a été placée directement sous la responsabilité d'un psychologue-chercheur ayant une expérience conséquente. Il s'agit du Centre de Prévention et de Prise en Charge Psychologique (CPPP), du Centre de Formation et de Perfectionnement (CFP) et du Centre de Recherche d'Edition et de Diffusion (CERED).

Ces trois centres constituent les organes opérationnels par lesquels le programme d'activité annuel de l'association est géré et traduit par des opérations concrètes. Chaque centre doit, en effet, élaborer un plan de charge qui doit intégrer en son sein les différents aspects du programme de l'association en rapport avec son secteur de compétence. Ce plan de charge est examiné par le conseil d'administration et ne devient exécutoire qu'après avoir reçu l'aval de ce dernier. De fait, ces centres n'existent qu'au niveau interne. Seule l'association – la S.A.R.P. – a la qualité de personnalité morale. Elle est donc seule habilitée à contracter des contrats et à engager des négociations avec nos partenaires, qu'il s'agisse de personnalité physiques ou morales.

1. Il faut cependant préciser que certains statuts (voire certaines activités relèvent toujours du bénévolat : le président de la SARP, les membres du conseil d'administration, les membres du comité de rédaction etc.).

Modèle d'intervention pour organiser l'aide psychologique et psychosociale aux victimes du terrorisme

Nous tenterons d'exposer dans ce qui suit différentes données qui concernent les implications, au long terme, du drame vécu par l'Algérie durant la dernière décennie.

Les données préliminaires recueillies dans le cadre d'une recherche systématique menée par la SARP pour l'évaluation des besoins en matière de santé mentale et d'aide psychosociale dans une circonscription très touchée par le terrorisme. [1]

Avant même les massacres collectifs de Rais et Ben Talha (1997), toute la communauté de Sidi Moussa a été soumise à une pression et une contrainte continues et régulières de la part des terroristes. De ce fait, et en l'absence de tout moyen collectif et organisé pour se défendre, les familles et les habitants ont évolué chacun à sa manière, chacun en fonction de ses moyens propres. Cette évolution s'est faite en l'absence de tout système de régulation, l'Etat lui-même s'étant détourné de la région. Les massacres collectifs précédemment mentionnés sont venus donner le coup de grâce aux fragments d'organisation sociale qui résistaient encore à ce long processus de pourrissement.

Le résultat est affligeant. Il est pratiquement impossible, sans un travail qui s'inscrirait dans la durée et qui s'organiserait dans une proximité directe avec les habitants de la localité, de se faire une idée, même approximative, du devenir des familles qui étaient là et des relations interfamiliales qui structuraient l'organisation de la collectivité avant le drame. Pour compléter la complexité de ce tableau, il est de première importance d'ajouter les problèmes particuliers que posent les individus, et parfois les familles, qui ont été directement ou indirectement impliqués dans une activité terroriste. Ces problèmes ont fait voler en éclats les alliances familiales et amicales qui animaient les échanges sociaux antérieurement.

Une question majeure se pose : peut-on apporter un soutien de qualité aux personnes qui vivent aujourd'hui dans cet espace et aider les familles à se reconstruire ou, tout simplement, à survivre, sans une connaissance minimale des enjeux qui s'articulent autour de ces différentes données ?

Il ne s'agit pas, bien sûr, de garder les bras croisés en attendant de recueillir les données de la recherche mais d'inscrire, au cœur même de la

1. Pour plus d'informations concernant les résultats de cette recherche, voir les articles précédents.

démarche d'intervention, les préalables nécessaires à son ajustement progressif en fonction des résultats de la recherche (N. Khaled, 1999/2000).

Lorsqu'on sait que la population de la seule région de Sidi Moussa est estimée à environ 300 000 habitants, on peut deviner le poids relatif de la population des différentes régions qui ont subi des massacres collectifs en Algérie, par rapport à la population générale. L'Annuaire Politique de l'Algérie, citant le rapport de l'Observatoire national des Droits de l'homme, avance le chiffres de 299 massacres collectifs enregistrés jusqu'en 1997. Notons que cet observatoire est proche des pouvoirs publics, il ne peut donc en surévaluer le nombre.

Des données recueillies dans le cadre de la consultation du Centre de Prévention et de Prise en Charge Psychologique de la SARP :

Nous nous limiterons ici à l'évocation d'un seul paramètre, à savoir la proportion des patients qui ne consultent pas pour des motifs directement liés aux traumatismes et chez qui nous découvrons un équilibre largement fragilisé par le climat de contrainte et de risque de mort au quotidien qui a prévalu depuis 1992 dans le pays. L'importance de la proportion de ces patients par rapport au nombre total des consultants a été telle que nous avons été amenés à introduire un ajustement dans la conduite de l'examen psychologique à chaque fois que nous recevons un nouveau consultant. Il s'agit d'introduire l'idée de la nécessité de l'évaluation de l'impact de la situation sécuritaire et du risque de mort au quotidien sur l'économie psychique de chaque consultant.

Le nombre total des pertes en vie humaines

Le nombre de victimes déclaré officiellement par les pouvoirs publics a connu une évolution depuis 1998. Le président de la république, élu en Avril 1999, a évoqué le nombre de 100 000 victimes. Il faut souligner ici que lorsqu'on évalue le nombre des victimes, on oublie souvent d'estimer à combien peut s'élever le nombre des personnes et des familles traumatisées ayant vécu auprès des personnes assassinées. Comment, par exemple, ne pas considérer comme victime un nourrisson élevé par une mère endeuillée ou un enfant qui doit, à chaque fois, tenter de passer inaperçu pour ne pas rappeler aux autres enfants qu'un de ses proches a été impliqué dans une activité terroriste ?

Il y a aussi le nombre important des personnes dont la vie a été totalement désorganisée sans avoir pour autant perdu des êtres chers. On pense ici aux personnes qui ont perdu un travail parce que leurs usines ont été

détruites, à ceux qui ont quitté un village par crainte d'une attaque terroriste, ou encore à ceux qui ont quitté le pays.

A observer la situation dans sa complexité, on ne peut s'empêcher de dire que le drame dans lequel s'est enlisé l'Algérie est un drame de nature à marquer les individus et la société à long terme. A la manière d'un traumatisme individuel non élaboré qui s'enkyste comme un corps étranger dans la psyché et l'engage dans une déviation progressive de sa trajectoire personnelle, les drames collectifs – lorsqu'un travail de reconstruction des liens et des institutions n'a pas été opéré – rongent les mécanismes de régulations sociales et marquent par leurs effets néfastes les tentatives de réorganisation de la société. Il suffit, pour s'en convaincre, d'observer comment, au sein d'une collectivité comme celle de Sidi Moussa, la suspicion et l'étiquetage social (familles victimes/ familles bourreaux) se sont installés.

Formations et modalités d'intervention psychologique

a – *Les préoccupations liées à la formation de psychologues*

Depuis plusieurs années il n'est pas une manifestation concernant, de près ou de loin, l'impact du drame que vit l'Algérie sans que l'on ne soutienne, avec force, la nécessité de doter les psychologues et, plus largement, les différents corps de professionnels appelés à intervenir auprès des victimes du terrorisme, d'une formation spécifique sur la pathologie traumatique, sur les séquelles individuelles et collectives de la violence et sur les modalités d'interventions. Qu'en est-il aujourd'hui ? A regarder de près la situation, on est bien obligé de reconnaître que peu de choses ont été engagées dans ce sens. Malgré quelques initiatives prises par les institutions gouvernementales ou par les organisations non gouvernementales, elles restent bien en deçà des besoins réels et urgents de la population.

b – *Les modalités d'intervention psychologiques mises en place*

Les pouvoir publics ont mis en place un réseau auquel est confiée une part non négligeable de cette aide : des cellules de proximité. Si le concept de base des cellules de proximité est tout à fait opportun, son opérationalisation sur le terrain fait apparaître beaucoup de limites. Ainsi la presque totalité des professionnels qui ont été affectés dans ces cellules sont de jeunes diplômés qui ont peu d'expérience du terrain et n'ont bénéficié d'aucune formation spécifique préalable. Or, travailler continuellement auprès de personnes ayant vécu les drames les plus divers et ayant subi les traumatismes les plus sévères constitue une charge dont le caractère

traumatique peut affecter les cliniciens les plus expérimentés et les mieux préparés.

C'est ainsi que, lorsque nous examinons les pratiques d'aide psychologiques aux victimes de la violence qui ont été mises en place de par le monde, nous observons que les cliniciens sont rapidement arrivés à la nécessité d'un travail de supervision et de contrôle destiné non seulement à leur apporter un soutien technique régulier dans leur activité, mais aussi destiné à leur apporter une aide psychologique extérieure pour les soutenir et leur faciliter la gestion personnelle des drames qu'ils rencontrent journellement. Sans cette aide, il apparaît tout à fait dangereux d'exposer de jeunes professionnels, à un traumatisme à répétition de nature à les désorganiser eux mêmes (C. Bouatta, 1999/2000).

Orientations et stratégie de la SARP en matière d'aide et d'interventions aux victimes de traumatismes

Les données exposées ci-dessus ne poussent guère à l'optimisme quant à la manière dont les pouvoirs publics vont gérer les implications du drame que traverse notre pays. C'est pourquoi nos espoirs se tournent beaucoup plus vers la société civile et les différentes organisations non gouvernementales qui tentent d'investir le terrain. La S.A.R.P., de son côté, a décidé de s'engager dans l'élargissement et l'approfondissement de ses activités dans le domaine de l'aide et de l'intervention psychologiques et psychosociales aux victimes des traumatismes.

La démarche de la S.A.R.P., dans ce domaine, est balisée par trois principes

a. – Le premier principe souligne le caractère illusoire de toute entreprise qui prétendrait pouvoir faire face, à elle seule, aux besoins en matière de santé mentale et d'aide psychosociale aux victimes des traumatismes. Il prône, au contraire, la nécessaire multiplicité et variété des approches, des dispositifs et des acteurs qui les animeraient.

b. – Le second principe plaide pour l'encouragement de dispositifs capables d'évoluer dans le temps et qui investissent l'action régulière et au long terme. L'aide aux victimes de traumatismes est une entreprise dont la gestion demandera, sans doute, plusieurs décennies et la prudence dans le travail devra être de règle. Cette prudence doit orienter vers la mise en place de dispositifs souples et capables d'évoluer en intégrant les enseignements tirés de la pratique quotidienne du terrain. Ces enseignements doivent être eux mêmes soumis à une réflexion de groupe systématique.

c. – Le troisième principe pose en complément aux institutions publiques, la nécessité de favoriser des dispositifs autonomes. Partant de sa propre expérience. La S.A.R.P. prône la nécessité de l'autonomie de ces dispositifs et l'avantage que ses dispositifs soient mis en œuvre et gérés par les professionnels qui les ont conçus. Il est important que le devenir de ces professionnels soit lié à la vitalité des dispositifs dont ils ont la charge. Ce point pose et résume, peut-être, ce qui sera, dans les années à venir, le point névralgique de ce type d'entreprise : nécessité d'une autonomie de gestion, indépendance de la décision mais, en même temps, difficulté, voire impossibilité de générer des revenus permettant de couvrir les dépenses liées à leur fonctionnement. Il y a donc lieu de planifier et d'aborder clairement ces aspects, car on ne peut pas mettre fin du jour au lendemain au fonctionnement d'un dispositif d'aide psychologique aux personnes traumatisées, de la même manière qu'on ne peut pas décider de la fermeture d'une structure hospitalière et demander aux patients de rentrer chez eux sans aucune solution de remplacement.

Après une certaine expérience en la matière, nous sommes, aujourd'hui, convaincus que la création d'un dispositif d'aide psychologique et psychosocial, qui veut prétendre à une certaine permanence dans le temps et à une quelconque autonomie de décision devra être conçu avec une garantie de financement à long terme :

- Par le biais de subventions gouvernementales et ou/non gouvernementales.
- Le cas échéant cette aide, devra être jumelée à la création d'une autre activité, dépendante de la même équipe, et capable de la soutenir financièrement.

Le modèle d'intervention de la S.A.R.P. en partenariat avec TPO

Le modèle d'intervention que tente d'organiser la SARP est un dispositif qui combine une action à trois niveaux complémentaires.

PREMIER NIVEAU : une structure centrale capable d'engager des recherches, d'initier des actions de formation, d'assurer aux professionnels un minimum d'encadrement et d'assurer des prises en charges individuelles, familiales et de groupe. C'est le Centre de prévention et de prise en charge psychologique installé à Dély Ibrahim (F. ARAR, 1999/2000).

Cette structure est fonctionnelle. Elle sert de source de référence à toutes les activités de la S.A.R.P. qui nécessitent un recours à la clinique. Ces activités peuvent se résumer dans les trois axes suivants :

a. – En matière d'aide psychologique et psychosociale, elle reçoit une population tout venant, avec un service spécialisé dans l'aide psychologique et psychosociale pour les victimes du terrorisme. Elle assure une moyenne de 100 consultations par semaine en suivis individuels et de groupe. Les prises en charge de groupe sont actuellement réservées aux enfants en difficultés scolaires. Depuis le mois de Juillet 1998, une assistante sociale y intervient pour assurer un accompagnement pour les victimes du terrorisme qui nécessitent une aide juridique ou sociale.

b. – En matière d'encadrement et de supervision, elle assure un travail de supervision pour les psychologues qui travaillent au sein du Centre ; pour des psychologues qui interviennent dans d'autres institutions, notamment ceux qui interviennent dans des zones lourdement éprouvées par le terrorisme ainsi que pour de jeunes psychologues qui doivent être préparés pour une intervention sur site. Au total une vingtaine de psychologues bénéficient, actuellement, d'un encadrement au sein de ce centre.

c. – En matière de recherche, le centre de prévention et de prise en charge psychologique sert de lieu de recueil de données et d'encadrement pour une dizaine de travaux de recherche pour des universitaires chercheurs ou des étudiants préparant un diplôme de post-graduation.

Cette structure est amenée à servir de lieu de référence et de cadre de suivi pour le Centre de proximité de Sidi Moussa dont l'ouverture est prévue pour le début de l'année 2000 [1]. Elle servira aussi de référence pour d'autres centres de proximité que la S.A.R.P. pourrait ouvrir en fonction des possibilités de financement.

SECOND NIVEAU D'INTERVENTION : Interventions au sein de structures existantes sollicitant l'aide de la S.A.RP. Il peut s'agir de structures de soins, quel qu'en soit le type, de centres d'aide psychologiques et psychosociales pour les victimes du terrorisme, d'associations, d'établissements publics. Le principe qui guide ce type d'interventions est simple, il a été imposé par différentes observations :

1. Le centre de Sidi Moussa a ouvert ses portes en Avril 2000 et en l'espace d'une année il a accueilli plus de 130 personnes ce qui correspond à 2800 consultations par an. Rappelons encore une fois que cet article à été rédigé en 1999.

• le grand isolement et la détresse de jeunes psychologues dans beaucoup de structures de soins ;

• la désorganisation de certaines équipes qui souhaitent la présence d'un clinicien expérimenté pour réfléchir à leurs difficultés et donner un autre souffle au projet de leur institution ;

• des services hospitaliers, régulièrement confrontés au problème de l'urgence et du traumatisme, qui n'ont pas de psychologues dans leurs équipes ;

• des associations de victimes du terrorisme qui ne savent pas quoi faire ni comment orienter les victimes auxquelles elles veulent apporter une assistance ;

• des structures de soins dont les équipes cherchent un clinicien expérimenté pour assurer une activité et un rôle de supervision.

Une grande partie de ces structures fait confiance à la S.A.R.P. et la sollicitent pour une assistance scientifique ou clinique. Aussi, depuis quelques mois déjà la SARP commence à soutenir plusieurs organisations en mettant à leur disposition un ou plusieurs psychologues formés et expérimentés.

Ce second niveau d'interventions a été inauguré par l'installation d'une consultation de psychosomatique au sein du service de cardiologie du Centre hospitalo-universitaire de Béni Messous. On sait qu'un des quartiers de cette circonscription a connu un massacre terroriste qui a fait une cinquantaine de morts. Trois psychologues de la S.A.R.P. y assurent deux consultations par semaine. Deux autres interventions du même type viennent d'être initiées depuis juin 1999. La première a été destinée à une association de victimes du terrorisme, la seconde à une association de femmes.

D'autres structures attendent de nous ce type d'intervention, notamment certaines cellules de proximité situées à Alger et ses environs.

TROISIÈME NIVEAU D'INTERVENTION : l'intervention sur site. Il s'agit ici d'implanter des structures de proximité, proches des utilisateurs et installées là où le besoin d'aide s'exprime de manière importante. La première structure de ce type prévue dans notre programme est destinée à Sidi Moussa, c'est l'une des régions les plus touchées par le terrorisme. Les objectifs assignés à cette structure sont de plusieurs types :

1. – Apporter une assistance juridique et sociale aux victimes de traumatismes pour les aider à faire valoir leurs droits et tenter de les faire bénéficier des aides et indemnités que prévoient les textes relatifs à l'aide prévue par l'Etat.

2. – Mener une activité préventive et de dépistage en matière de santé mentale, notamment auprès de la population juvénile scolarisée.
3. – Assurer une aide psychologique aux victimes : suivis individuels, de familles et de groupes, atelier psycho-éducatif pour enfants d'âge scolaire centré sur des activités destinées à réanimer le désir de vivre et d'apprendre.
4. – Développer les approches communautaires pour tenter de renouer les liens sociaux entre les membres de la communauté.

Pour donner une idée précise du travail effectué par la SARP, notamment dans le cadre de son partenariat avec TPO [1], nous résumerons les activités menées par notre équipe durant le premier semestre de l'année 1999.

Programme d'aide psychologique et d'intervention psychosociales réalisé durant l'année 1999

Ce programme, par sa diversité, donne une idée du développement des activités de la SARP

Les interventions psychologiques brèves

Elles ont été menées sur site dans la communauté de Sidi Moussa, une région semi rurale dans la grande périphérie du Gouvernorat du Grand Alger, et dans celle de Dély Ibrahim située dans la proche banlieue de la ville d'Alger. Les contacts avec la population ont eu lieu souvent dans les familles et parfois dans des locaux aménagés par la SARP. Elles ont eu pour but de procéder à un travail de dépistage et d'orientation des personnes à risque.

Ces interventions se sont étayées sur la vaste recherche sur les besoins en santé mentale de la population que nous avons réalisé à l'aide de questionnaires d'évaluation conçus par TPO et adaptés par notre équipe. L'expérience a montré que, lorsque ces outils de recherche sont utilisés par des psychologues préalablement entraînés, ils offrent l'occasion d'un recueil de données utiles pour la recherche mais ils créent aussi l'opportunité pour des interventions de type counseling notamment en faveur des personnes les plus touchées par le traumatisme.

Le nombre total des personnes ayant bénéficié de telles interventions s'élève à environ 650 dans les deux communauté au mois d'octobre 1999.

1. Transculturel Psychosocial Organization. La SARP travaille en partenariat avec cette ONG depuis 1998.

Elles se répartissent comme suit en fonction de leur lieu de vie actuel : Sidi Moussa 335 personnes et Dély Ibrahim 315 personnes.

Nous relevons que ces interventions ont créé une forte demande d'aide psychologique dans ces différentes localités, car, en fait, ce ne sont pas des individus isolés qui ont bénéficié de nos interventions, mais plutôt des familles élargies composées fréquemment par plusieurs couples. La sensibilisation dont ont bénéficié les personnes ciblées a eu un impact qui dépasse la seule cellule familiale pour concerner parfois tout le voisinage. De ce fait, l'ouverture du centre de proximité prévu à Sidi Moussa est très attendue par la population. Mais ces interventions nous ont amenés à élargir notre premier dispositif d'intervention auprès de la population en intégrant une consultation jurique.

Les prises en charges psychologiques menées au centre d'aide psychologiques installé au siège de la SARP :

Le nombre de consultations effectuées durant le premier semestre 1999 au centre d'aide psychologique s'élève à 1501 consultations pour un nombre de 122 patients ; soit une moyenne de 11 consultations par patient. Il s'agit de suivis psychologiques de durée variable, mais qui, sauf de rares exceptions, dépassent régulièrement 4 séances [1].

Initialement, le centre séparait de manière nette les victimes de la violence des autres patients. Mais progressivement, il a été impossible de maintenir cette séparation, pour au moins deux raisons :

1. – les thérapeutes découvraient régulièrement des séquelles de la situation dramatique vécue en Algérie chez des patients qui ne consultaient pas pour un motif initial lié au traumatisme ou à la violence ;
2. – l'impact des situations traumatiques ne peut pas être séparé de la situation générale de la santé mentale dans un pays qui a traversé un drame aux facettes multiples qui a bouleversé tous les secteurs de la vie des êtres et de la société durant une décennie comme c'est le cas de l'Algérie. Sur le plan de l'action préventive, une telle séparation paraît très délicate et non réaliste.

Pour faciliter et privilégier l'action en faveur des personnes sans ressources ou à faibles revenus le centre a opté pour l'instauration d'un système qui prend en considération la situation des patients au cas par

1. Aujourd'hui le nombre de patients au centre de prévention et de prise en charge psychologique s'élève à 139 sujets soit 1698 consultations et ce pour la période qui s'étend de janvier 2001 à juillet 2001.

cas. Ce système offre la gratuité totale des prestations pour les personnes sans ressources, à très faible revenus ou victimes du terrorisme; Il arrive que des patients, après avoir été informés des possibilités de réduction du montant de la consultation préfèrent ne pas formuler le vœu d'en bénéficier. On leur accorde cependant la possibilité de réexaminer leur cas au moment où ils le souhaiteraient.

Les interventions psychologiques dispensées au profit d'organismes extérieurs à la SARP

Il s'agit là d'une forme d'intervention qui a été initiée pour aider à la mise en place de consultations psychologiques dans des organismes qui ne disposent pas de psychologues. Le but de ces consultations est double : il s'agit, d'un côté, de mener des interventions psychologiques spécifiques adaptées aux besoins de ces structures; d'un autre côté, d'aider à la mise en place d'une consultation qui sera ultérieurement prise en charge par la structure en question progressivement de manière autonome.

Dans ce cadre, trois psychologues de la SARP assurent une consultation de deux demi journées chacun dans un service de Cardiologie situé dans un centre hospitalo-universitaire. La SARP dispense également une consultation de deux demi-journées installée au siège d'une association d'aide aux victimes du terrorisme. D'autres aides à différents organismes ont été récemment initiées ou en voie de l'être ; il s'agit de supporter des organisations de femmes ou encore des professionnels des cellules de proximité.

La pratique de la supervision

Elle est conçue et fonctionne actuellement selon deux modalités complémentaires.

a. – *Groupes de supervision fonctionnant au sein de la SARP :*

• Il y a le groupe des psychologues intervenant au centre d'aide psychologique de la SARP à temps plein ou à temps partiel. Il compte douze (12) psychologues, et il est animé par trois superviseurs. Cinq psychologues de ce groupe peuvent eux-mêmes aujourd'hui conduire des groupes de supervisions.

• Il y a le groupe de supervision des psychologues participant à la formation au Certificat sur la Théorie et la Clinique du Traumatisme. Ce groupe est formé de vingt trois psychologues dont onze travaillent dans des organismes divers : Université d'Alger, Centre d'écoute pour jeunes en danger moral, Caisse nationale des assurés sociaux, C.H.U. Mustapha, Centre sani-

taire de Sidi Moussa, C.H.U. F.Fanon de Blida, C.H.U. de Douera, Direction générale de la sûreté nationale, Cellules de proximité.

b. – *Groupes mis en place en dehors des structures de la SARP.*

Il s'agit de groupes qui sont ou seront animés dans les locaux des partenaires de la SARP : l'association SOS Femmes en Détresse, le centre d'accueil de femmes victimes de violence et la cellule de proximité spécialisée dans l'aide aux victimes du terrorisme dépendant de l'Agence de Développement Social. La particularité de ces supervisions, c'est qu'elles s'adressent à des équipes de travail et non pas seulement à des psychologues.

Activités de formation menées durant l'exercice 1998/1999

Ces activités de formation ont ciblé différents types de personnels intervenant déjà ou susceptibles d'intervenir dans le domaine de la santé mentale en générale et plus particulièrement dans différents programmes nationaux mis en place pour apporter une aide psychologique et psychosociale aux victimes du terrorisme. Il s'agit essentiellement de psychologues cliniciens, de psychopédagogues, de psychologues scolaires, de psychiatres, de médecins et d'assistants sociaux. Certaines de ces formations ont ciblé plus particulièrement les psychologues intervenant directement dans le projet TPO/SARP et les organisations avec lesquelles un partenariat avait été engagé ou sur le point d'être mis en place, c'est le cas notamment des cellules de proximité. Ces activités de formation sont de divers types :

1. – Une journée scientifique nationale centrée sur la violence et le traumatisme organisée le 3 juin 1999.

Cette journée a regroupé plus de 320 personnes (psychologues, médecins, psychiatres, assistants sociaux, enseignants, responsables de l'agence de développement social, responsable du dossier indemnisation des victimes du terrorisme, autres pouvoirs publics locaux). Le but de cette action de formation a consisté dans la sensibilisation à la nécessité de ne pas se limiter, dans le traitement des conséquences du terrorisme, ni à ses effets à court terme, ni à sa dimension purement individuelle. Il s'agissait aussi, pour nous de faire connaître le programme initié dans le cadre du partenariat TPO/SARP et d'inciter à la création d'un réseau de professionnels coordonné et installé dans différentes localités [1].

1. Actuellement la SARP a un deuxième partenaire : *Terre des Hommes*, qui participe au financement de nos activités et particulièrement au fonctionnement du centre de Sidi Moussa.

2. – Une formation de longue durée s'étalant sur deux années à raison de 150 heures par an.

Il s'agit du certificat sur la Théorie et la Clinique du Traumatisme. C'est une formation de niveau post-gradué dont la durée s'étale sur deux années à raison de 6 heures d'enseignement hebdomadaire. Il comprend notamment des lectures et discussions de recherches sur le traumatisme, discussion et suivi de cas cliniques, discussion et suivi d'interventions sur sites ainsi que des séminaires bloqués de trois à quatre jours sur des thèmes liés au traumatisme psychique. 23 personnes participent à cette formation dont 21 psychologues et deux psychiatres. Parmi ces personnes 9 travaillent directement dans le projet SARP/TPO, le reste des participants vient des organismes suivants : Secteur sanitaire de Sidi moussa, Direction générale de la sûreté nationale, Caisse Nationale des Assurés Sociaux, Centres hospitalo-universitaires, hôpital psychiatrique de Blida, Centre d'écoute et d'orientation de jeunes en danger moral.

3. – Formations aux interventions sur site combinant action de dépistage, counseling et recueil de données épidémiologiques :

56 professionnels de profils différents intervenant dans des structures de statuts juridiques variés (cellules de proximités, hôpitaux, polycliniques, université, associations) et implantés dans différentes localités (Dély Ibrahim, Sidi Moussa, Baba Hassen, Boumerdes, Bouzaréah, Douéra, Blida...) ont été formés dans plusieurs séminaires de courte durée (3 jours) à l'utilisation de questionnaires de recherche et à la pratique du counseling.

4. – Formations spécialisées à thèmes en séminaires bloqués sur trois à quatre jours :

Plusieurs séminaires ont été organisés pour le groupe de la SARP soit dans le cadre du partenariat avec TPO soit dans le cadre de la convention avec les ligues bruxelloise et Wallone de santé mentale. A titre d'exemple, nous pouvons citer quelques uns :

- Formation au CIDI (Complexe International Diagnostic Interview) en octobre 1998
- Thérapie de groupes en juillet 1998.
- Thérapie familiale contextuelle en juillet 1998.
- La gestion du deuil en décembre 1998.
- Panorama des thérapies familiales en avril 1999.
- La pratique de l'Intervision en juillet 1999.

5. – Formations de professionnels dans le cadre de conventions avec des organismes publics ou privés.

Plusieurs conventions de formations ont été établies entre la SARP et d'autres organismes.

a. – *Convention de formation avec l'Agence de Développement Social (ADS) :*

La SARP a engagé une convention de partenariat avec l'ADS pour assurer un programme de formation avec stage en institution en France pour un groupe de 23 psychologues. Il s'agit des psychologues qui interviennent dans les cellules de proximité qui dépendent de cette agence et qui se répartissent sur différentes régions d'Algérie (Gouvernorat d'Alger, Oran, Constantine, Annaba, Sétif). Ce programme de formation porte sur différents axes : interventions d'urgence, violence sociale, exclusion et violence au travail.

Il s'agit d'un programme d'une grande opportunité pour la SARP dans la mesure où il montre clairement que les pouvoirs publics algériens commencent à la considérer comme un partenaire sérieux et fiable. La première partie de ce programme de formation a été réalisée du 15 mai au 15 juin 1999 et l'ADS a été totalement satisfaite de la qualité des prestations assurées. La seconde partie du programme s'est déroulée du 15 novembre au 15 décembre 1999.

b. – A*ssociation SOS Femmes en Détresse* : Une convention d'encadrement scientifique et de formation a été signée avec cette association. Il s'agit, dans ce programme, de superviser la mise en place et l'encadrement d'une structure qui doit apporter une aide psychologique et psychosociale à des femmes en situation difficile, qu'il s'agisse de victimes du terrorisme ou de femmes se trouvant en difficultés matérielles et sociales ; des femmes ayant généralement à leur charge plusieurs enfants. Il s'agit également pour la SARP d'évaluer le travail des psychologues qui travaillent dans cette structure et de leur proposer des stages de perfectionnement.

Autres activités réalisées durant l'exercice 1998/1999

a – Edition du n°7 de la revue de la SARP « Psychologie » : volume/ 230 pages.

b – Traduction, en langue Arabe d'un ouvrage édité par l'OMS sur la santé mentale des réfugiés destiné à vulgariser les principes élémentaires de santé mentale et d'aide aux personnes à risque.

c – Enrichissement du fond de la bibliothèque de la SARP avec plus de 50 ouvrages spécialisés.

d – Elargissement du nombre des abonnés à la bibliothèque professionnels, chercheurs et étudiants : 400 cartes de lecteurs environ.

e – Dotation des psychologues des cellules de proximité avec un ensemble de 45 ouvrages spécialisés.

f – Traduction en langue arabe de trois tests psychologiques d'usage courant pour les psychologues.