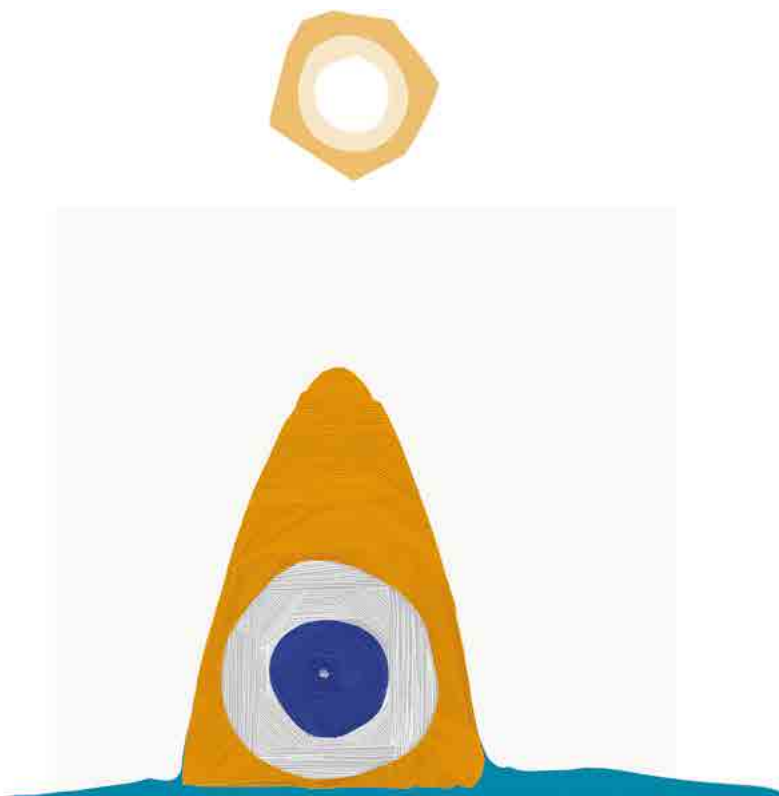


Véronique Traverso

Directrice de recherche au CNRS
Institut français du Proche-Orient
Beyrouth

Sessions de soutien psychosocial avec des femmes syriennes réfugiées au Liban



¹ Cette analyse a été réalisée dans le cadre du projet « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas) Liban. Pour plus d'informations, consulter le site internet : <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-remilas/remilas-liban/>

² L'État libanais ne parle pas de « réfugiés » à propos des Syriens accueillis sur son territoire depuis le début de la révolution syrienne en 2011, mais de « déplacés ».

³ La pyramide apparaît dans un recueil de directives publié en 2007 par le Comité permanent interorganisations de l'aide humanitaire (Inter-Agency Standing Committee), et reste la référence majeure pour le montage des actions de soutien psychosocial. Voir sur ce point : IASCC (2007). *IASCC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings* (12). Genève : IASCC. Repéré à https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

⁴ Voir le site internet : <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-remilas/remilas-liban/>

Au cours des entretiens effectués dans le cadre d'une analyse¹ du soutien psychosocial apporté aux personnes déplacées² en provenance de Syrie, et accueillies au Liban, les intervenantes interrogées (psychologues ou travailleuses sociales) font toutes référence, d'une manière ou d'une autre, à la « pyramide du soutien psychosocial et santé mentale (*Mental Health and Psychosocial Support [MHPSS]*)³ ». Cette représentation stratifiée des besoins et des formes de soutien distingue quatre niveaux : les aspects sociaux des besoins de base (niveau 1) ; le renforcement du soutien communautaire et familial (niveau 2) ; le soutien ciblé non spécialisé – prodigué par des médecins ou des travailleurs sociaux (niveau 3) ; le soutien ciblé spécialisé – prodigué par des spécialistes : infirmiers ou infirmières en psychiatrie, psychologues, psychiatres, etc. (niveau 4). Sur le terrain, on voit bien, pourtant, que les compréhensions de ces niveaux varient beaucoup selon les personnes. Mary, psychologue dans une association à Beyrouth et dans la région du Mont-Liban, se réfère ainsi principalement à deux catégories : « *Les femmes viennent chez l'assistante sociale, elles se plaignent. On fait la première évaluation (assessment), on voit qu'il n'y a pas besoin d'un suivi individuel et de thérapie avancée, je travaille avec eux en*

groupe. » Nawal, psychologue qui travaille dans les camps au nord du Liban, distingue les interventions ciblées et les interventions orientées vers la communauté. Rosy, qui travaille dans une association à Beyrouth, de son côté, distingue le niveau 2 (non ciblé) du niveau 3 (ciblé) de la pyramide en fonction de la façon dont elle-même va permettre, ou non, la focalisation des échanges sur des problèmes personnels. Barbara, psychologue en formation travaillant également à Beyrouth explicite, quant à elle, clairement la façon dont elle reste vigilante, au cours des sessions, à reprendre les éléments personnels apportés par les femmes sous une forme générale. Ainsi, elle évite de dériver vers le niveau 3, par rapport auquel elle dit, d'une part, qu'elle n'a pas le droit de l'aborder (n'ayant pas encore son diplôme) et, d'autre part, que le cadre n'est pas approprié.

Une des façons pour toutes les intervenantes de gérer l'irruption de cas personnels dans les sessions collectives est de proposer aux femmes une discussion plus confidentielle après la session. Cet entretien leur permettra d'orienter la personne vers une organisation non gouvernementale (ONG) qui fait du suivi individuel – même si elles laissent aussi entendre n'avoir pas trop d'illusions sur les suivis individuels effectivement mis en œuvre.

Sur le terrain

L'analyse de sessions que j'ai filmées dans le cadre du projet « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas) Liban⁴ montre très clairement une tension constante entre le général et le ciblé, ainsi qu'entre les échanges collectifs ou deux à deux. Les intervenantes effectuent un véritable travail d'équilibriste pour se maintenir sur le fil entre des considérations psychosociales générales et des échanges approfondis sur un cas apporté par une femme. Et elles résolvent cette tension de façons très différentes. Certaines réalisent des interventions sous la forme d'un cours, ne laissant quasiment pas d'opportunités d'expression des personnes ; d'autres laissent un espace à l'échange, mais dans les limites du commentaire de films, de cas ou d'histoires qu'elles apportent elles-mêmes ; d'autres, enfin, laissent de loin en loin la séance se dérouler sur le cas présenté par une femme (par exemple, ses problèmes avec ses enfants). Les sessions peuvent ainsi prendre des allures de séances d'enseignement (appliquant plus ou moins des principes d'animation de groupe), de sensibilisation sur des thèmes délicats (drogue, protection des enfants, éducation sexuelle⁵), ou encore de ce qui se rapproche davantage d'un soutien pour les intervenantes qui laissent un espace à l'expression des problèmes personnels rencontrés par les femmes.

Un autre thème problématique émerge également dans les entretiens : celui du décalage qui peut exister entre les problèmes effectifs que rencontrent les personnes et ce qu'il est possible de leur proposer dans le cadre des sessions de soutien psychosocial malgré le découpage de la pyramide en niveaux. Dans les faits, les intervenantes sont souvent conduites à animer des sessions présentant des principes (par exemple d'hygiène ou d'éducation) ou apportant des connaissances sur les fonctionnements psychologiques (gestion du stress, prise de décision) à des personnes pour qui les problèmes de base (logement, travail, santé) ne sont pas résolus. Le point de vue des intervenantes quant à la perception de ce décalage varie également beaucoup de l'une à l'autre : certaines expriment du découragement quand d'autres pensent que prendre conscience de manières nouvelles de faire face aux difficultés ne peut que de toute façon être utile. La plupart, sans doute, oscillent entre ces deux sentiments. Dans la pratique, ce décalage s'exprime fréquemment au cours des séances.

Quelques observations sur une session de MHPSS

Observons un extrait d'une session de compétences pratiques et bien-être⁵ (*life skills support and well-being*), enregistrée en décembre 2018 dans une association d'aide aux femmes (formation et soutien psychosocial) implantée dans un quartier de Beyrouth. La session est animée par une psychologue. Les femmes qui assistent à ces séances ont dû fuir la Syrie ; elles viennent de différentes régions et sont de milieux et de niveau socio-éducatifs variés. Elles ont une plus ou moins grande habitude des associations et des programmes de MHPSS. Si toutes connaissent des situations difficiles, leur précarité, les pertes et les deuils qu'elles ont vécus ainsi que leurs conditions matérielles d'existence au Liban peuvent varier.

L'extrait provient d'une séance d'une heure et demie consacrée à l'hygiène. Ce thème conduit à soulever plusieurs problèmes délicats, comme les habitudes, les différences et les représentations culturelles – avec les stéréotypes qui s'y attachent nécessairement (villes, campagnes, zones bédouines⁷) –, le lien à la religion ou encore le lien entre les ressources matérielles disponibles et les principes d'hygiène. C'est ce dernier thème qui constitue l'objet de l'extrait choisi. Avant ce moment, la séance a pris la forme d'un tour de table où chaque femme a exprimé sa définition de l'hygiène. Par la suite, une discussion moins formalisée sur le plan des prises de parole a eu lieu sur les formes d'hygiène et les conséquences du manque d'hygiène. Une discussion se développe ensuite en raison de l'insistance de la psychologue sur le fait que, dans les familles, il faut une serviette par personne. Plusieurs femmes considèrent que ça n'est pas possible parce que cela revient trop cher ; il s'en suit un léger brouhaha, puis une femme prend la parole.

Elle explique qu'elle est venue de Syrie – « *une petite famille* » dit-elle, sans préciser le nombre de ses enfants –, et que la situation dans laquelle elle se trouve aujourd'hui rend l'application des principes exposés par Rosy, la psychologue, difficile.

Maha commence sa prise de parole en expliquant les raisons qui font qu'elle ne peut pas donner de bains à ses enfants, et qu'elle doit se résoudre à leur faire « *une petite toilette* » : « *de poêle, je n'en ai pas à la maison () et ma maison est froide () les vitres du balcon sont cassées () mes enfants ont des (symptômes) () hein si je veux les laver () ils tombent malades (P)* ».

Au cours de ce récit, la psychologue tente de reprendre la parole sans succès, avant de se positionner comme réceptrice du discours de Maha en la regardant et accusant régulièrement réception de ses propos, sans plus tenter de l'interrompre. Les échanges entre les deux participantes deviennent le foyer d'attention de l'ensemble du groupe.

Maha enchaîne de courts récits qui dépeignent ses conditions de vie et fonctionnent comme autant d'arguments soutenant que ce que la psychologue présente comme indispensable pour l'hygiène personnelle n'est pas réalisable pour elle. Elle raconte, par exemple, que malgré une blessure de guerre, elle doit aujourd'hui faire la lessive de la maisonnée à la main, ce qui rend difficile d'utiliser trop de serviettes.

Pendant sa prise de parole, elle répète plusieurs fois, comme un leitmotiv : « *les conditions matérielles aussi jouent un rôle.* » Cet énoncé exprime l'élément central de son point de vue. Il montre, par l'emploi du mot « aussi », qu'elle ne rejette pas totalement les principes d'hygiène que Rosy leur présente, mais qu'il convient d'y rajouter une prise en compte plus objective des réalités matérielles.

Elle reprend cet énoncé dans sa conclusion, lorsqu'après avoir expliqué que son mari a construit une salle de bain à l'extérieur, elle revient sur les difficultés liées aux toilettes partagées avec la voisine : « *elle voulait qu'à chaque fois que les enfants entrent je nettoie après eux, mais parfois, les conditions matérielles ne te permettent pas toujours de...* »

À la suite de cet énoncé, la psychologue utilise la répétition par Maha de sa phrase clé comme « préclôture » de son discours, pour reprendre la parole en chevauchement. Elle l'interrompt avec une concession (« *bon, les conditions matérielles jouent un grand rôle, mais...* »), suivie d'un préliminaire⁹ (« *je vais te dire quelque chose* »), ce qui laisse attendre un long tour de parole. Mais Maha l'interrompt à son tour pour demander l'assentiment de l'ensemble du groupe de femmes, qui acquiescent. Par ce procédé, elle se fait en quelque sorte la porte-parole du groupe.

Ces quelques observations sur un extrait d'une séance de soutien psychosocial nous plongent dans les détails du terrain, dans les pratiques des participantes, intervenantes et « bénéficiaires » qui, ensemble, s'efforcent de construire un sens aux directives, aux programmes, aux catégorisations, aux intentions générales et aux principes. Le regard pessimiste verra dans ces échanges des décalages, voire de l'absurde et du non-sens ; le regard optimiste pourra y voir la possibilité offerte de dire le quotidien injuste et dur, de partager avec les autres, ainsi que celle, préservée, de n'être pas d'accord. ▶

⁵ Les thèmes de ces séances vont de la gestion du stress au mariage précoce, à l'éducation des enfants, la violence domestique, l'hygiène, la santé et la nutrition. Les sessions incluent différents types d'activités en plus de l'exposé, du *brainstorming* et de la discussion, comme des jeux de rôle ou des moments de relaxation, ou bien des jeux avec des supports.

⁶ Les activités qui relèvent du soutien psychosocial portent, selon les associations, des appellations diverses correspondant à des différences somme toute assez légères : soutien psychosocial, séances de sensibilisation (*awareness sessions*), séances sur les compétences pratiques (*life skills sessions*), séances pour les personnes qui dispensent du soin (*care givers sessions*).

⁷ Kerbage, H. et Marranconi, F. (2017). Mental health and psychosocial support services (MHPSS) for Syrian refugees in Lebanon: Towards a public health approach beyond diagnostic categories. *European Scientific Journal*, 208-219. Repéré à <https://ejournal.org/index.php/esj/article/view/9732>

⁸ Traduit de l'arabe. La notation de l'interaction ne rétablit pas la ponctuation de l'écrit ni les majuscules. Le signe () indique une pause plus ou moins longue. Les mots entre parenthèses indiquent un doute du transcripteur.

⁹ Schegloff, E. (2007). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis*. Cambridge, GB: Cambridge University Press.