

« Je préfère plutôt parler de survivant plutôt que de patient »

Entretien avec Line Abou Zaki, psychologue clinicienne et psychothérapeute à Beyrouth, au centre Restart pour la réhabilitation des victimes de torture et de violence.

Hala Abou Zaki



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3980>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.3980

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2017

Pagination : 97-103

ISBN : 978-2-919040-39-1

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Hala Abou Zaki, « « Je préfère plutôt parler de survivant plutôt que de patient » », *Hommes & migrations* [En ligne], 1319 | 2017, mis en ligne le 01 octobre 2020, consulté le 07 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3980> ; DOI : [https://doi.org/ERREUR PDO dans / localdata/www-bin/Core/Core/Db/Db.class.php L.34 : SQLSTATE\[HY000\] \[2006\] MySQL server has gone away](https://doi.org/ERREUR PDO dans / localdata/www-bin/Core/Core/Db/Db.class.php L.34 : SQLSTATE[HY000] [2006] MySQL server has gone away)

Tous droits réservés

« JE PRÉFÈRE PARLER DE SURVIVANT PLUTÔT QUE DE PATIENT »

Entretien avec LINE ABOU ZAKI, psychologue clinicienne et psychothérapeute à Beyrouth, au centre Restart pour la réhabilitation des victimes de torture et de violence depuis 2013¹.

Entretien réalisé par HALA ABOU ZAKI, doctorante en anthropologie (EHESS).

Depuis le déclenchement de la révolution syrienne en 2011 et sa transformation en un conflit global, des millions de personnes ont fui la Syrie et se sont réfugiées dans les pays frontaliers, notamment au Liban. Face à ce flux, deux réponses ont été mises en place : une réponse sécuritaire, de la part de l'État libanais ; une réponse humanitaire, avec le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) et une multitude d'ONG et associations locales et internationales. Parmi celles-ci, certaines ont vu le jour avec l'arrivée des Syriens tandis que d'autres, qui existaient déjà, se sont adaptées à la nouvelle situation et ont ainsi transformé leurs critères d'aides. Ces ONG et ces associations viennent en aide à la population syrienne dans divers domaines, tels que la santé mentale comme le centre Restart.

À l'instar des autres ONG, le centre Restart vit des aides versées par les bailleurs de fond pour chaque projet. Elles déterminent en grande partie les projets et leurs « bénéficiaires », pour reprendre la terminologie des organismes humanitaires. Le centre Restart a été fondé en 1996 par un groupe de psychologues libanais. Il est dirigé par Suzanne Jabbour, ex-présidente de l'International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) et activiste des droits de l'homme. Le centre a d'abord été basé à Tripoli puis à Beyrouth. Dans un pays qui vient de sortir de 15 années de guerres (1975-1990), il s'agit alors d'apporter de l'aide dans le domaine de la santé mentale. Restart s'adresse

principalement aux victimes de torture, non seulement en termes de prise en charge psychologique, mais également au niveau juridique, concernant la plaidoirie pour les lois sur la torture. Le centre propose également des formations aux forces de sécurité intérieure autour de la question de la torture. Un rapport publié en 2014 par le Comité des Nations unies contre la torture (CAT) rend compte d'un taux de torture assez élevé dans le pays.

Avec l'éclatement de conflits dans d'autres pays de la région – en Irak d'abord puis en Syrie –, l'ONG a élargi ses services aux populations réfugiées en provenance de ces pays, ainsi que d'autres venus d'Afrique, du Soudan, de la Somalie ou du Congo.

Hala Abou Zaki : Comment une personne arrive-t-elle au centre Restart a-t-elle accès à ses services ?

Line Abou Zaki : Les personnes que je vois passent par plusieurs étapes avant d'arriver au centre. Leur démarche n'est pas semblable à celle des patients que je reçois en libéral, qui me contactent par téléphone ou par courriel. En ce qui concerne les réfugiés syriens, la condition première pour que quelqu'un puisse avoir accès à nos services psychologiques, c'est qu'il soit inscrit comme réfugié dans les registres du HCR². C'est le plus souvent par le biais du HCR que nos patients ont

¹ Line Abou Zaki pratique en libéral auprès d'adultes et d'enfants. Après avoir obtenu un diplôme universitaire de psychotraumatologie à l'université Paris-Descartes, elle s'est formée en thérapie cognitivo-comportementale, en thérapie d'exposition narrative et en Gestalt thérapie. Elle est titulaire d'un Certificat d'études supérieures en thérapies cognitivo-comportementales pour le trauma psychologique (Postgraduate Certificate in CBT for Psychological Trauma) de l'université d'Oxford. ² Les réfugiés palestiniens de Syrie qui ont rejoint le Liban ne peuvent s'enregistrer auprès du HCR, ils relèvent du régime international de l'UNRWA (acronyme anglais de l'Office de secours et de travaux des réfugiés de Palestine au Proche-Orient).

connaissance de l'existence de Restart. Il se peut que que les employés du HCR conseillent à quelqu'un de se rendre à Restart, parce qu'ils voient qu'il passe par un moment difficile ou qu'il semble souffrir psychologiquement. Il arrive aussi que la personne qui, lorsqu'elle s'inscrit au HCR, est informée des services qui lui sont offerts, décide elle-même de se rendre au centre pour obtenir une consultation. Je me concentre ici sur la prise en charge psychologique, mais il y a bien sûr d'autres services offerts par le centre, tel que l'assistance sociale, la physiothérapie, la psychomotricité, l'orthophonie, et les consultations psychiatriques. Étant donné que le centre existe depuis bien longtemps, et qu'il est réputé pour la qualité de ses soins, de nombreux réfugiés entendent parler du centre à travers des connaissances, des proches, par une autre association ou centre, ou par des médecins.

H.A.Z. : Comment se déroule la procédure d'accueil dans le centre ?

L. A. Z. : Lorsque qu'un réfugié se rend pour la première fois au centre, il passe par l'assistante sociale pour ouvrir un dossier social. Il ne sait pas toujours que le centre se spécialise en soins mentaux, et certains s'adressent en premier lieu au centre pour une orientation sociale. L'assistante sociale invite les personnes à parler de leur histoire, leur famille, leurs enfants, leur situation, et les oriente en fonction de leurs besoins. Elle les interroge sur d'éventuelles arrestations ou tortures qu'elles ou des membres de leur famille auraient. Les victimes de torture ont la possibilité de documenter leur cas et d'obtenir des indemnités si un jour leurs persécuteurs sont traînés en justice et qu'elles décident d'apporter leur témoignage. Bien évidemment, il est extrêmement rare que les personnes acceptent de documenter leur cas, craignant que cela ait des conséquences sur leur vie. La torture laisse des séquelles qui se traduisent souvent, chez la victime, par un sentiment de peur, de honte et de culpabilité. Elle perturbe souvent la notion de

confiance dans les autres ainsi que les valeurs et la perspective de vie que la personne avait avant la torture.

À l'ouverture du dossier, l'assistante sociale peut proposer aux réfugiés de consulter un psychologue. Si la personne le veut, elle sera dirigée vers la psychothérapeute et directrice du service clinique qui, après un premier entretien et selon le diagnostic, l'orientera vers un psychologue. Parfois, elle l'orientera plutôt vers la physiothérapeute, ou un psychiatre, ou les trois en même temps.

H.A.Z. : Les réfugiés sont dans un état de vulnérabilité et de précarité au Liban. Est-ce que ces conditions ont un impact sur l'accès aux soins ?

L. A. Z. : La vulnérabilité et la précarité des réfugiés sont une variable importante dans l'accès aux services offerts. Sortir dans la rue est en soi souvent un facteur de risque pour beaucoup de réfugiés qui ne sont pas en règle dans le pays, même si le document du HCR a une valeur auprès des autorités libanaises. Les personnes vivent constamment dans la peur de se faire arrêter à un barrage militaire, de se faire agresser ou kidnapper par des membres d'un parti politique ou par des gens du quartier, opposés à la présence de réfugiés³. Se déplacer implique aussi des frais de transport. Le centre les couvre dans la plupart des cas pour que les réfugiés puissent arriver à leur séance malgré leurs difficultés financières. Mais, parfois, ces aides ne sont pas suffisantes, et la question du transport peut alors constituer un obstacle dans l'accès à la prise en charge. Dans beaucoup de cas aussi, les patients ne viennent pas à leur rendez-vous parce qu'ils ne peuvent pas laisser leurs enfants ou un membre de la famille malade seuls à la maison. Ces obstacles reflètent, en réalité, le quotidien des réfugiés, souvent isolés à la fois de leur communauté et au sein de leur système familial. Ils n'osent pas aller vers les autres, établir des amitiés et s'intégrer dans des réseaux sociaux.

3. Les Syriens ont été à plusieurs reprises victimes de menaces ou d'agressions dans le pays. Celles-ci expriment parfois le refus de la présence des réfugiés dans le pays, mais elles sont aussi liées à la situation en Syrie comme en mai 2012, par exemple, lorsque des pèlerins libanais chiites furent capturés en Syrie par un groupe armé opposé au régime de Damas. De nombreux syriens furent passés à tabac au Liban, en réponse à cette prise d'otage.

H.A.Z. : Est-ce qu'il y a des différences dans l'expression de la souffrance entre la population locale et la population réfugiée ?

L. A. Z. : Il est délicat d'établir des distinctions entre la population de patients réfugiés et la population de patients locaux. Cependant, on trouve des éléments qui sont évoqués par la majorité des réfugiés avec qui je travaille comme : la perte d'un pays, des pertes matérielles et/ou de membres de familles ou de connaissances, l'épreuve de la guerre et de la fuite, une situation économique précaire et critique qui se répercute sur l'ensemble du mode de vie, une insécurité due à l'absence de papiers au Liban, des restrictions au niveau des déplacements. Il y a souvent des récits de pertes, de deuils, de changements de rythmes de vie, de nouvelles manifestations physiques. Une incapacité à effectuer les tâches avec la même énergie que dans le passé, une difficulté à se lier aux autres, de l'irritabilité pour un tout et pour un rien. J'entends souvent ce type de discours : *« Je n'ai plus l'énergie pour faire quoi que ce soit, j'ai un mal de tête qui ne me laisse pas tranquille, j'ai des fourmillements dans le corps, je crie sur mes enfants, mon mari n'est plus pareil depuis qu'on a quitté la Syrie, je dors beaucoup, je n'ai plus envie de cuisiner, de m'occuper de la maison et des enfants... » « Je n'avais jamais pensé à la mort jusque-là, je suis croyante en plus... » « Avant qu'on ne vienne au Liban, mon petit était un enfant comme tous les autres enfants, il n'avait rien, mais depuis qu'on est là, on dirait une autre personne. Il s'agite dans tous les sens, il n'obéit plus à personne, il se met souvent en colère, nous crie tous dessus, frappe ses frères et sœurs, fait pipi sur lui la nuit, alors qu'il était devenu propre à une certaine période... » « Nous avions une grande maison, avec une ferme à côté, et tous nos proches vivaient à deux pas. Maintenant on ne connaît personne, on n'ose parler avec personne, on a peur d'avoir des problèmes. »*

Au sein de la population de patients locaux, les gens sont, globalement, moins envahis

émotionnellement que dans la population réfugiée. Ils ont souvent une idée plus claire et plus précise de la raison pour laquelle ils sont là. Ils sont encore capables – pour la plupart d'entre eux – de s'orienter dans le temps, dans un changement à venir.

Par ailleurs, les réfugiés sont frappés par des difficultés multiples liées à leurs conditions même de réfugiés et que ne connaissent pas les patients que je reçois en clinique. Lorsqu'ils viennent me voir, ils me parlent le plus souvent de tous leurs problèmes. Tout est entremêlé.

Le temps est souvent suspendu, l'avenir étant trop incertain, la peur et l'inquiétude dominant. Le discours est souvent marqué de désespoir. Au psychologue d'insuffler, discrètement et timidement, avec beaucoup d'humilité, de l'espoir.

Je me demande certainement souvent comment j'aurais réagi si j'avais vécu les mêmes événements ? Insuffler de la motivation à des gens qui ont vécu l'indicible et l'inimaginable, c'est se rendre sur des terrains inconnus, c'est aussi aller à la rencontre de soi à la lumière de différentes perspectives, au quotidien.

Abraham Maslow, psychologue américain, a établi une hiérarchie des besoins dans son travail sur la théorie de la motivation en 1943. Il est certain que la base de la pyramide⁴ qu'il propose n'est pas totalement assurée pour la plupart des personnes qui se rendent au centre, d'où la difficulté de concevoir les degrés plus hauts de la pyramide incluant les besoins d'être aimé, d'estime de soi, et de réalisation de soi. Malgré ces contraintes, les degrés supérieurs de la pyramide sont tout de même ciblés : une relation de couple qui s'améliore ou un membre de la famille qui se sent plus capable de se sentir en contrôle de sa vie ont un effet nettement visible et changeant sur tout le système familial. L'espoir renaissant dans la famille permet de nouvelles possibilités.

Je travaille avec des enfants et des adultes. Les présentations des problèmes et la prise en charge varient en fonction de l'âge du patient. Chez les enfants, on

4. Les besoins de l'être humain comprennent des priorités. Assurer ses besoins physiologiques (la faim, la soif, le sommeil...) et son besoin de se sentir en sécurité (ressources, logement, familiale...) doivent être satisfaits, selon Maslow, pour que nous soyons motivés à nous intéresser à d'autres besoins, tels nos besoins d'appartenance, d'estime et d'accomplissement. Lorsque les besoins d'un niveau de la pyramide sont satisfaits, nous sommes capables de passer aux besoins d'un niveau supérieur.

trouve des similarités entre les patients locaux et les réfugiés dans la manière d'exprimer la souffrance et ses manifestations. Les problèmes ont souvent débuté avec la guerre ou juste après l'arrivée au Liban, ou encore suite à un événement marquant voire traumatique. Lorsque je dis traumatique, j'entends par là un événement où l'enfant a senti que sa propre vie ou celle de quelqu'un d'autre était en danger, qu'il y a un risque imminent. Parmi les manifestations récurrentes : les enfants n'obéissent plus à leurs parents, ils sont agités, agressifs, impatients, impulsifs. Ils ont souvent peur, sursautent facilement lorsqu'ils entendent des feux d'artifice ou des coups de feu qui ravivent souvent des souvenirs de guerre. Un fort attachement aux deux parents ou à l'un des deux parents est souvent observé. De même, de l'énurésie nocturne, des difficultés à s'endormir, des cauchemars, de la tristesse, du désespoir, de la colère, de l'irritabilité, des envies de mourir, de l'isolement. Il n'est pas étonnant d'observer ces réactions dans un contexte marqué par de nombreux déplacements, changements, dispersions de la famille, pertes de membres chers, arrestation de l'un des deux parents, parents en crise, discrimination de la part de la population locale, violence des enfants et/ou des enseignants.

H.A.Z. : Dans de tels cas, est-ce que la prise en charge psychologique peut apporter des solutions ?

L. A. Z. : La solution « psychologique » ? Y en a-t-il une, sachant que les facteurs socio-économiques et politiques sont si pesants ? Le défi réside là. Mais aussi le doute, la question récurrente par rapport à l'absurdité de ce que j'essaie de faire en tant que psychologue. Même si les résultats obtenus lors des interventions psychologiques sont souvent dérisoires par rapport à la situation d'ensemble, ils donnent espoir, surtout lorsque ces interventions sont nourries et inspirées de ce que les enfants veulent pour eux-mêmes.

Dans le contexte d'une famille dont un membre a été kidnappé, torturé et tué dans un contexte de guerre, les enfants sont souvent très mal informés des événements. Ils n'en ressentent que l'affliction

des membres restant, des larmes qu'ils ne comprennent pas, et en deviennent agités. Donner sens à ce qui se passe constitue l'une des démarches thérapeutiques possibles. Mettre en jeux, en dessins, ou en mots le récit de ce qui s'est passé, est déjà une étape très libératrice pour l'enfant. Mais, surtout, se sentir entendu, écouté, trouver sa place lorsque, dans sa famille, tout le monde est souvent surmené et débordé. L'expression verbale n'est souvent pas la voie choisie par les enfants dans les séances. Ce sont souvent les parents qui décrivent les manifestations et les changements observés chez leur enfant.

Parmi les prises en charge offertes par le centre, certaines ont lieu en groupe, permettant ainsi des échanges entre les enfants ayant vécu des situations similaires, un travail sur les ressources existantes et sur le rétablissement de liens. Il s'agit de restaurer un sentiment de sécurité et de confiance en premier lieu, et de jouer ensemble.

Il existe également des prises en charge familiales. Le centre de Restart a développé son propre modèle de thérapie familiale. Chaque membre de la famille est suivi individuellement par un psychologue différent et, lors des séances familiales, chaque patient est accompagné de son psychologue qui s'assied près de lui et qui est son « ombre ». Le psychologue responsable des services psychologiques du centre modère la séance. Les psychologues « ombres » ont comme rôle de soutenir le patient et de l'encourager à s'exprimer lorsque celui-ci a des choses à dire aux autres membres de la famille. Ces séances en famille permettent aux psychologues d'avoir une idée plus claire de la dynamique familiale du patient, mais aussi d'observer la façon avec laquelle le patient interagit avec sa famille. Les enfants semblent souvent rassurés de voir que leurs parents bénéficient aussi d'une prise en charge psychologique.

Dans la prise en charge individuelle, le travail implique souvent les parents. Je commence d'abord par obtenir des informations sur les problèmes et leur histoire de la part du parent et de l'enfant. Je fais souvent de la guidance parentale par rapport à des questions liées à une hygiène de sommeil, à la manière de gérer des problèmes comportementaux présentés par les

enfants, aux relations à la maison, dire les choses clairement, réduire les disputes parentales et les discours en lien avec les inquiétudes du quotidien devant les enfants, accorder un cadre propice au sommeil, encourager les parents à jouer davantage avec l'enfant, à lui lire des histoires reposantes avant de dormir. Des choses que les parents savent souvent déjà ou avaient l'habitude de faire avant, mais qui ont été bouleversées par tous les changements. Les informations liées à leur rythme de vie avant la guerre nous aident à orienter les interventions, à utiliser des ressources préexistantes. Les enfants ont souvent besoin d'outils les aidant à se relaxer avant de dormir ou se distraire de leurs pensées anxieuses. L'utilisation d'images reposantes, d'exercices de respiration, sont souvent apaisants. Tout comme la modification des scénarios de cauchemars qui consiste à inventer avec l'enfant une fin gaie à un cauchemar. La relation thérapeutique est aussi souvent en elle-même un levier important.

Il faut mentionner également les services communautaires, où certaines personnes elles-mêmes réfugiées sont formées afin de poursuivre le travail dans leur propre communauté. Des activités de groupe autour de la prévention et de la psychoéducation sont alors menées.

H.A.Z. : Quelles sont les réponses thérapeutiques face à la détresse des adultes ?

L. A. Z. : Chez les adultes, ce sont souvent des présentations de dépressions, d'anxiété et de symptômes post-traumatiques qui apparaissent, de grands termes pour tout simplement dire des réactions humaines, résultant surtout de facteurs de stress envahissants. La prise en charge là aussi, peut se faire en individuel, en couple et en famille. L'approche thérapeutique va varier en fonction des buts à atteindre. Est-ce que le patient veut juste parler et se sentir soutenu et entendu ? Ou a-t-il une demande de changement ? Veut-il modifier certaines habitudes ou symptômes qui perturbent son fonctionnement et sa qualité de vie ?

Le seul fait de vivre au Liban est un facteur de stress et une raison suffisante pour beaucoup de se dire

qu'il n'y a plus d'espoir et plus de buts possibles, à part celui de voyager et d'avoir une vie respectable dans d'autres pays. La demande première est une demande de sécurité, de respect. La réalité est triste et extrêmement difficile. Cependant, des petits changements dans le quotidien peuvent adoucir les choses et améliorer un tant soit peu la gestion des problèmes. Encourager une femme qui reste isolée chez elle, et qui a délaissé le travail de la maison et la prise en charge de ses enfants, à reprendre progressivement des activités, à organiser son temps et à socialiser à nouveau, a souvent des effets assez importants sur sa qualité de vie et celle de sa famille.

Le rôle du psychothérapeute travaillant avec des réfugiés implique également des suivis continus auprès des assistantes sociales par rapport à l'évolution des facteurs extérieurs ayant un impact sur la vie du patient. Être informé sur les rôles des différentes ONG et associations apportant des aides variées aux réfugiés est aussi essentiel, pour être au courant de ce qui existe. Le psychothérapeute a ainsi le devoir d'être à jour au niveau social, légal, et psychologique.

Je constate que le rapport thérapeutique qui s'établit avec les patients réfugiés est différent de celui établi en clinique, et unique à cause du partage d'expériences intenses. En effet, le patient, du fait de son isolement, s'attache au thérapeute non seulement parce qu'il est thérapeute mais parce qu'il devient son confident. Un grand nombre de patients ont souvent dit à mes collègues ou à moi qu'ils considèrent que le centre constitue leur second domicile. Une famille avec qui nous avons énormément travaillé pendant des années, et que nous avons accompagnée au travers de son parcours semé d'obstacles vient d'obtenir une réinstallation. J'ai gardé contact avec la petite fille qui voulait m'appeler avant de prendre l'avion. Son point d'attache avec le Liban étant le centre et les séances que nous avons ensemble. Nous essayons autant que possible d'encourager les personnes à élargir leurs réseaux sociaux et à s'intégrer dans des activités offertes par différents centres, mais cela n'est pas toujours évident pour des raisons de transports, d'emploi du temps différents, d'insécurité.

H.A.Z : Comment êtes-vous perçue en tant que psychologue, sachant que vous ne travaillez pas indépendamment et que vous êtes dans un système rattaché en quelque sorte au HCR ?

L. A. Z. : Je reçois huit personnes par jour, chacune 45 minutes, mais ça peut varier en fonction de chaque personne (un peu moins ou un peu plus). Il est très important dès la première séance de délimiter ce qui découle de mes responsabilités en tant que psychothérapeute et d'examiner d'abord les attentes du patient.

Je suis aussi souvent associée à la figure du médecin qui va diagnostiquer le problème et prescrire des solutions. Il est important, là aussi, de définir ce qu'est la thérapie, dans le sens d'un travail d'équipe et de collaboration où le patient est celui qui en sait certainement plus sur ce qui lui arrive que le thérapeute. Le thérapeute est là pour accompagner le patient et le soutenir dans les buts que celui-ci voudrait atteindre. Bien évidemment, se pose ici la question de la temporalité. Comment parler de buts lorsque l'avenir est si incertain, et lorsque tout appelle à l'insécurité ? Voilà un autre grand défi de la prise en charge psychologique avec les réfugiés, qui ne la rend pas pour autant impossible. Un des buts est justement de créer une vision de l'avenir, ou une vision d'un présent adouci. Il est naturel que je sois aussi perçue comme une figure de pouvoir, du seul fait que je suis libanaise et que je travaille dans un centre en lien étroit avec le HCR et d'autres organismes clés dans les questions d'aides aux réfugiés et de réinstallation. Je suis dans une position où je peux m'orienter et avoir une vie stable dans le pays qui est la source même d'insécurité et d'instabilité pour la plupart des patients.

H.A.Z : Vos patients savent probablement que les rapports psychologiques que vous rédigez peuvent jouer sur leur éligibilité à la réinstallation du HCR. Pensez-vous que cela a une influence sur leurs récits et témoignages ?

L. A. Z. : Je pense que cela est inévitable, malgré nos efforts de clarifier que les services psychologiques sont indépendants de toute demande de réinstallation. En effet, même si nous envoyons des rapports psychologiques au HCR, nous n'avons aucune idée de quelle manière ces rapports servent ou desservent une demande de réinstallation.

Les réfugiés savent que nous travaillons en coordination avec le HCR, et il est tout à fait compréhensible qu'ils aient des attentes par rapport à cette collaboration. Il arrive que certains s'attendent à ce que des séances chez un psychothérapeute soient une façon indirecte d'aboutir à un processus de réinstallation – ce qui est tout à fait compréhensible et légitime –, et qu'ils n'aient pas une véritable demande psychologique à proprement parler. Mon rôle est alors de recadrer la situation et de redéfinir les rôles de chaque acteur. D'autres vont consulter parce qu'ils ont vraiment besoin d'aide par rapport à certaines problématiques, et ne sont pas spécialement intéressés par la réinstallation. D'autres ont déjà un dossier en cours auprès du HCR et les consultations ne leur apporteront rien en plus. D'autres encore sont très préoccupés par les rapports d'évaluation que nous effectuons. Nous leur disons d'ailleurs que s'ils ont besoin d'un rapport, nous le leur donnons sans problème, sans qu'ils aient à venir plusieurs séances. Nous clarifions qu'il est légitime qu'ils demandent et obtiennent un rapport. Les victimes de torture sont peut-être plus éligibles pour la réinstallation dans un pays tiers. Parmi les personnes qui viennent au centre, il y en a qui sont envoyées par le HCR non pas pour un suivi, mais pour une évaluation psychologique qui sera intégrée à leur dossier de demande de réinstallation. Chaque pays va privilégier des critères différents pour la réinstallation.

H.A.Z : Vous avez remarqué que la plupart des personnes venaient le plus souvent de leur propre gré et non pas parce qu'elles étaient envoyées par le HCR pour être évaluées psychiquement. Au Liban, et probablement aussi en Syrie aller voir un psychologue demeure

une pratique quelque peu taboue, même si elle est très courante. Qu'en est-il de cette perception parmi vos patients ?

L. A. Z. : Je m'attendais, avant de débiter le travail à Restart, à ce que les patients aient cette perception et considèrent le fait de consulter un psychologue comme tabou. J'ai été surprise de voir que la plupart d'entre eux n'avaient pas cette représentation du psychologue. Je pense que c'est dû au fait que Restart est un centre qui offre tellement de services, qui bénéficie à tellement de personnes que la pratique psychologique en est normalisée. Une personne débutant une psychothérapie dans le centre peut d'abord trouver cela nouveau, n'étant pas habituée à consulter de psychothérapeutes. Une fois habituée et trouvant des résultats positifs sur sa vie, elle encourage d'autres membres de sa famille à venir au centre. La prise en charge psychologique se normalise – toute la famille peut y participer – et perd cet aspect interdit ou « honteux » qui peut parfois exister chez certains.

Je constate que l'aspect tabou existe chez certaines personnes, mais pas autant que chez les Libanais. Il arrive qu'il y ait une confusion au départ par rapport au rôle de chaque spécialiste, qu'un patient me demande par exemple : « *J'ai des boutons, tu sais s'il y a un médecin chez qui je peux aller ?* »... tout est mis dans le même panier. Le panier de la médecine n'est généralement pas tabou, et le psychothérapeute y est souvent associé.

H.A.Z. : Peut-on dire que le contexte de guerre désinhibe d'une certaine manière cette pratique ? La situation dans laquelle sont les réfugiés normalise-t-elle la prise en charge ?

L. A. Z. : Oui tout à fait. Je dirais même que consulter un psychothérapeute permet de briser le tabou lié aux récits de torture et aux souvenirs douloureux que les patients ont énormément de mal à partager. Ces récits sont souvent évités pour minimiser la souffrance. D'ailleurs, je préfère plutôt parler de survivant plutôt que de patient.

H.A.Z. : Les récits auxquels vous êtes confrontée au quotidien doivent probablement être lourds. Comment parvenez-vous à gérer vos propres émotions ?

L. A. Z. : Prendre soin de soi lorsqu'on fait ce métier est une chose essentielle. L'impact des récits que j'écoute n'est pas toujours évident et clair. Il peut apparaître insidieusement sous forme de fatigue ou d'irritabilité. La relation de cause à effet n'est pas toujours flagrante lorsqu'on est en plein dedans. J'ai souvent du mal à me déconnecter complètement du travail, surtout dès que j'en sors. Être dans la même ville et dans le même quartier, passer de récits douloureux à la vie qui continue son cours normalement, est toujours une épreuve difficile. Être soignant n'est pas synonyme de super héros. Au contraire, il s'agit de se permettre d'être vulnérable au quotidien et d'accepter cette vulnérabilité pour établir le lien avec les survivants. L'énergie se ressource dans cet échange avec les réfugiés, à travers la croyance dans des réparations, dans le rétablissement de liens et de sécurité, et à travers l'importance accordée aux séances par les patients. Il y a certainement des moments où j'ai fortement besoin de partager mon ressenti par rapport à certaines situations. J'en discute avec des collègues et surtout en supervision avec Dr. Sana Hamzeh, la directrice des services psychologiques de Restart, qui assure les séances de supervisions hebdomadaires, indispensables pour le bien-être de l'équipe. Restart a développé plusieurs stratégies pour cibler l'épuisement professionnel de l'équipe de travail, notamment des séances d'intervention entre collègues, des discussions de cas cliniques, mais aussi des sorties entre collègues pour une meilleure communication d'équipe. Des séances de debriefing pour l'équipe de travail sont aussi organisées pour nous permettre d'échanger et de nous exprimer sur tout ce qui nous pèse au travail. Et, bien évidemment, je remplis mon temps de diverses activités relaxantes, de sport, de danse, d'activités manuelles, pour assurer une détente et me recharger d'énergie. Je n'ai jamais eu autant besoin de regarder des films drôles et légers... ■