

Rencontre des cultures dans un projet de formation au Rwanda

Suzanne EHRENSPERGER-CUÉNOD et PATANA MULISANZE

1. Prémices

La rencontre inaugurale de ce projet a eu lieu en 1994 entre le Docteur Naasson Munyandamutsa et la Doctoresse Suzanne Ehrensperger-Cuénod (la thérapeute). Leur collaboration se poursuivra au fil des ans dans un premier temps en Suisse, puis au Rwanda. Durant des années, elle enseignera la dynamique de groupe dans les lieux de soins de Kigali, soit à l'hôpital (Ndera), soit dans le service de consultation psychosocial (SCPS), service ambulatoire. Elle rencontrera le Docteur Patana Mulisanze (le co-thérapeute) lors d'un voyage et, ayant déjà collaboré sur place, elle pensera à lui pour qu'ils travaillent ensemble sur ce projet d'enseignement de la dynamique de groupe. En 2012, en Suisse depuis 4 ans il poursuit sa formation de psychiatre spécialisé. L'association « Santé mentale Suisse- Rwanda », qui s'appropriera le projet, a été fondée afin de poursuivre ce que le gouvernement suisse et les HUG avaient commencé des années auparavant : l'enseignement de la psychiatrie auprès des collègues rwandais, jusqu'alors sans formation de spécialistes.

2. Problématique

Nos collègues rwandais, médecins généralistes, soignent les patients psychiatriques, en outre, à l'aide des groupes psycho éducationnels tant à l'hôpital psychiatrique de Ndera qu'en ambulatoire (SCPS). Ces derniers s'adressent à des patients souffrant d'une pathologie spécifique (schizophrénie ou autres). Ils proposent une information objective concernant la maladie et le traitement sur un temps déterminé. Le format de ces groupes est très structuré ne laissant que peu de place à la discussion spontanée. Habituellement les patients suivent un cycle complet et quittent la formation ayant acquis suffisamment de connaissances à propos de leur pathologie.

Le concept même de ces formations ne tient pas compte des liens qui se sont tissés entre les patients et ne prévoit pas de préparation à la séparation en fin des cycles. Le retour des patients souffrant de schizophrénie, pour un second cycle, rend nos collègues perplexes. Ils ne comprennent pas leurs motivations à reprendre une formation alors qu'ils ont acquis toutes les informations objectives nécessaires. Pour ces patients, la séparation est un moment très délicat éveillant très souvent des angoisses de mort. Elle doit être préparée par le biais de discussions permettant d'exprimer leurs craintes.

Dans d'autres groupes, les patients expriment des pensées irrationnelles, des croyances qui jamais ne sont reprises. Les patients répètent leurs dires de manière répétitive attendant une réponse à leurs dires. Ne comprenant pas exactement les propos sous-jacents, les collègues rwandais sont déconcertés. Pendant des années, les supervisions ne les ont pas aidés à faire face à ces problématiques inconscientes de groupe.

Il nous a semblé, qu'une aide par le biais d'une formation alliant l'expérience vécue, sous forme d'une initiation à la dynamique groupale analytique et des apports théoriques, comblerait ce manque.

Le dispositif de formation utilisé, s'inspire du modèle genevois¹. Il s'agit, pour ce dernier, d'un cours bloc de 3 jours, se déroulant 4 fois dans l'année, alliant des sessions de parole, des séminaires de lecture, des espaces de supervisions ainsi qu'une grande session journalière.

Ce modèle n'était toutefois pas exportable tel quel, la réalité des soins au Rwanda étant très différente.

La grande charge de travail des collègues rwandais rendait également difficile la libération de leur poste de travail pour 3 jours consécutifs. La possibilité d'anticiper des horaires et de les rendre reproductibles, ne dépend pas uniquement des responsables des unités de soins, mais également d'activités administratives imposées par la hiérarchie, aux médecins.

Une autre réalité à tenir en compte était la langue. Tous les rwandais parlent le Kinyarwanda, le français étant une langue apprise. Elle est, pour un certain nombre d'entre eux, la langue « officielle » des études et des formations. Dernièrement l'anglais est reconnu comme langue officielle au même titre que le français et certains collaborateurs, formés dans des pays anglophones, s'expriment dans cette langue. Il nous a semblé important que les participants puissent également échanger entre eux, dans leur langue maternelle (Kinyarwanda). Nous avons offert la possibilité d'échanges dans leur langue maternelle, le co-thérapeute étant rwandais. Le groupe avait 3 langues de communication sans qu'aucune ne soit commune à l'ensemble des participants et thérapeutes.

D'autres réalités méritent d'être mentionnées. Pour pallier à leur impuissance, les médecins rwandais espèrent toujours une solution magique venant de l'extérieur.

¹ AneliseFredenrich-Mühlebach, Rémy Barbe, Sylvie Tissot, José-Maria AyerraBalduz, José Guimón: « 10 years of analytical group training "in blocks" in Geneva (Switzerland) ». Eur. J. Psychiat. Supplement (44-48), 2004.

A. Fredenrich, S. Avet L'Oiseau-Tissot, N. Schneider El Gueddari, P. Bron et R. Barbe: « Sur les traces de Foulkes, "chef d'orchestre" des groupes en institution ». Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe 2009/1 - N° 52

Cette attente allait se focaliser sur la thérapeute risquant de la « coincer » dans un rôle de messie.

L'autre point facilement identifiable serait le tabou de société concernant l'expression des conflits, de l'agressivité. De façon générale, les Rwandais évitent d'aborder les sujets ayant trait aux conflits, à l'agressivité, de peur de provoquer un débordement pulsionnel, similaire à celui de 1994.

Malgré tous ces doutes et parce que nos collègues sont très demandeurs, nous avons pris le risque de mettre sur pied cette formation.

Nous savions que toutes ces réalités rwandaises allaient se trouver d'emblée dans la matrice groupale². Les réalités européennes allaient également s'y déposer : Le désir d'initier les collègues rwandais à cette dynamique de groupe, à ce soin si enrichissant. Le besoin d'énoncer les mouvements inconscients du groupe, de nommer les émotions. De travailler sans cesse la projection des conflits latents dans le groupe. Et permettre à chacun de mieux connaître sa place dans le groupe, à leur donner des pistes de compréhension pour les groupes qu'ils animent dans leur pratique quotidienne. Cette partie « européenne » ne pouvant se dire facilement à cause du tabou sociétairé concernant l'expression des émotions, il nous fallait trouver une autre manière de travailler en groupe. La culture rwandaise est riche en proverbes permettant d'énoncer et de discuter les émotions, les situations difficiles. L'aptitude et la connaissance des proverbes, par le co-thérapeute rwandais, allaient être une ressource importante pour le groupe car nous pensions y avoir recours à chaque fois qu'il le serait nécessaire.

3. Organisation de la formation

Le projet final sera le suivant: la formation se déroulera sur 12 mois (février 2011 à février 2012) et comprendra 3 blocs d'une semaine. Nous avons allégé l'horaire quotidien afin de rendre ces blocs compatibles avec la charge de travail journalière. Chaque bloc sera composé de 3 sessions de parole, d'une session de lecture et d'une conférence.

La langue principale sera le français avec la possibilité d'échanges en Kinyarwanda ou en anglais. Une traduction spontanée sera souhaitée.

Nous avons constitué deux groupes différents : le premier, constitué de médecins et des psychologues et le second, d'infirmiers et de travailleurs sociaux. Nous avons demandé aux participants, un engagement sur l'ensemble de la formation pour faciliter la cohésion groupale.

Nous avons planifié de voir chaque groupe constitué, sur 4 jours ce qui devait permettre aux processus de rencontres et de séparations de se déployer, tant pour les participants que pour les thérapeutes.

Lors du premier bloc, nous devons pour des questions d'organisation rencontrer le groupe des infirmiers et travailleurs sociaux sur 2 jours et non 4 comme prévu. Ce qui entraînera une intensification des phénomènes groupaux autour de la rencontre et de la séparation. À peine les participants s'étaient-ils rencontrés qu'ils devaient déjà se séparer.

² H.S.Foulkes: "Psychothérapie et analyse de groupe". Payot. Paris 1970

Vignette clinique

Au cours des premières sessions le groupe se rencontre, discute volontiers.

Lors de notre troisième rencontre, la parole circule bien. Malgré cela la thérapeute se sent peu à peu isolée, seule. L'atmosphère se tend. Le co-thérapeute rwandais ne dit plus un mot et semble un peu perdu. Un participant défie la thérapeute de lui démontrer le bien-fondé de toute cette formation. Il est mécontent d'être là.

Se sentant fragilisée par tous ces changements d'organisation, par l'atmosphère du groupe, elle cherche de l'aide auprès de son co-thérapeute. Le voyant en difficulté, elle ne peut que se replier sur ses repères internes connus. Dans une formulation la plus neutre que possible, elle interroge alors le groupe à propos de l'agressivité flottante. La réaction de ce dernier est immédiate ; il s'enferme dans un silence hostile. Plus rien ne peut être dit qui donnerait du sens. Nous terminons cette session de parole tant bien que mal.

La disposition des lieux est telle, que le post groupe se fait à la vue de tous. Les participants assistent à la discussion entre les thérapeutes à propos de ce moment de tension et de désarroi qu'ils ont vécus. À travers cet échange, ils vont pouvoir se rejoindre et retrouver une collaboration plus équilibrée.

La session de lecture, à propos de W. Bion permet au groupe, à partir des aspects inconscients (hypothèse de bases) opposés aux aspects conscients (groupe de travail), d'imaginer des scénarios donnant du sens aux diverses interactions qu'ils viennent de vivre.

Discussion

Il est intéressant d'analyser plus en détail ce mouvement groupal. Le groupe a commencé par isoler le co-thérapeute rwandais, un des leurs comme pour le protéger de l'agressivité à venir.

Le défi frontal très rare au Rwanda, a désarçonné la thérapeute européenne, l'obligeant à se replier sur des repères internes personnels ayant trait à sa culture tant personnelle que groupale. La différence de culture, de genre (seule thérapeute femme au milieu d'hommes) était là, au premier plan, agie dans le groupe.

En Europe, verbaliser cette tension comme le conflit à l'autorité projeté dans le groupe aurait été une interprétation psychanalytique banale. Ici, elle n'aurait fait qu'augmenter la distance entre les participants et la thérapeute. Le point de rupture était là présent, plus personne ne pouvait parler. Le groupe s'est tu, comme pris dans une sidération. Allait-il exploser ? Les craintes de voir l'agressivité se transformer en pulsion brute, sans limites allaient-elles se réaliser ? Le groupe pouvait craindre la destruction des thérapeutes ou leurs représailles. Les ponts construits entre nous, les 2 thérapeutes, lors de la préparation de cette formation, venaient d'être attaqués. Le groupe ayant besoin de tester leur solidité.

Le post-groupe a eu valeur de scène psychodramatique. Nous étions, au début du post groupe comme 2 aspects d'eux mêmes clivés : soit rwandais, soit européen.

Grâce à notre discussion, nous avons pu nous rejoindre. Nous étions là, ensemble, vivants, pensants. L'attaque ne nous avait pas détruits³. L'issue du conflit n'était donc pas automatiquement fatale, d'autres solutions pouvaient être trouvées.

La session de lecture va offrir aux participants la possibilité de lier un affect aux mots, donnant de cette manière une première représentation.

Nous avons convenu après cette session, que lors d'un prochain mouvement groupal rendant la communication impossible entre nous, la thérapeute demanderait au co-thérapeute rwandais de chercher avec les participants des proverbes qualifiant l'instant vécu. Nous avons évoqué cette solution lors de notre préparation, mais n'avions pu y recourir dans la journée. Le fait d'avoir pu en reparler, et s'avertir de ce qui allait se passer entre nous, nous a rassuré.

Le lendemain nous allions nous trouver en difficulté dans le groupe parallèle, constitué par les médecins et les psychologues. À la différence des participants, nous avons déjà vécu un moment de tension le jour précédent et pouvions de ce fait, nous appuyer sur nos discussions pour aider le groupe. Pour les participants de ce groupe, il s'agissait de leur première expérience groupale.

Vignette clinique

Le groupe se déroule bien, jusqu'au moment où il doit quitter une symbiose « rassurante » et faire face à leurs différences. Un silence tendu s'installe. Cette fois la thérapeute invite le co-thérapeute rwandais à chercher, à l'aide des membres du groupe, différents proverbes, qualifiants au mieux la situation actuelle. Après quelques minutes de discussions Kinyarwanda, ils vont traduire 2 proverbes :

« umutweumwewifashagusarantiwifashagutekereza :

Une seule tête s'aide à s'affoler mais pas à réfléchir.

Inkingiimwentigirainzu :

Un seul pilotis ne soutient pas une maison.

Discussion

Il est très intéressant de noter combien ces proverbes parlent de l'instant vécu dans le groupe : De ce passage délicat lorsqu'un groupe quitte un état d'illusion groupale⁴, nécessaire à sa formation, pour permettre l'émergence de chaque individu formant le groupe. Cette symbiose, étape indispensable à la formation du groupe, ne peut pas être conservée. Les individus doivent se différencier les uns des autres pour vivre entraînant discussions, comparaisons et émergence d'émotions diverses. La possibilité d'entrer en conflit est là présente, angoissante. La tranquillité de la thérapeute étrangère face aux différences, tant culturels, que de genres (tous des hommes africains) ainsi que son autorisation à la symbiose les a rassurés. L'appel à leur culture leur a permis une régression vers des représentations partageables, communes prenant le relais d'une interprétation analytique impossible. Cette alternative a été

³ D.H. Winicott: "La haine dans le contre-transfert". Dans "de la pédiatrie à la psychanalyse". Payot (1969)

⁴ D.Anzieu : »L'illusion groupale « dans « Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal » Dunod (1984)

essentielle à la formation de groupe et au sentiment d'appartenance que vont vivre et exprimer les participants. Le co-thérapeute rwandais a joué, dans ce groupe, le rôle de « passeur » entre les 2 cultures. Ce relais, à ce moment de la formation, était essentiel. Il fallait qu'il puisse avoir une position active et participative dans le groupe, complémentaire à celle de la thérapeute européenne. Dès lors il pouvait nourrir le groupe, d'une partie qu'elle ne possédait pas. La possibilité d'être dans le « et/et » plutôt que dans le « ou/ou » venait de se jouer dans ce groupe. La différence était non seulement devenue tolérable, mais enrichissante.

4. Évolution

Cette formation s'est déroulée sur une année en 3 blocs d'une semaine. Lors de notre dernier passage, l'atmosphère est une réelle atmosphère de travail. Plusieurs raisons sont à prendre en compte.

L'institution nous hébergeant a reconnu notre légitimité et contenu notre formation en son sein⁵. De ce fait, elle a encouragé les soignants à y participer. Un sentiment d'appartenance à un groupe a émergé, traduit par la décision spontanée des participants de s'organiser dans leur consultation afin de participer au groupe et d'éteindre leurs téléphones durant la séance.

La mise en place d'une limite entre le dedans et le dehors a créé un espace groupal commun, permettant aux uns et aux autres de l'investir.

Ces changements ont permis aux 2 thérapeutes de se reposer sur un cadre commun, les libérant des rôles « rigides » décidés en début de formation.

En début de formation, le co-thérapeute rwandais, responsable du fonctionnement des organisateurs rwandais et de la recherche de proverbes, ne pouvait se sentir libre d'être dans le groupe. Au fil des sessions, il a pris une place plus active, apportant des aspects laissés de côté par les participants. Il a pu peu à peu partager son questionnement face à la formation, se faisant alors le porte-parole du groupe. Il a trouvé le moyen de reformuler les affects nommés par la thérapeute, les rendant alors audible pour les participants.

Le rôle, tacitement défini, de la thérapeute était de ressentir les affects circulant dans le groupe et de les nommer. Lors du premier bloc de formation, les groupes se sont présentés extrêmement lisses avec une répression importante des affects. Il fallait deviner, proposer des hypothèses au groupe. C'est certainement lors de ces tâtonnements que les participants et les thérapeutes se sont rencontrés.

Durant nos nombreux échanges, nous avons cherché à mieux comprendre, selon nos sensibilités et nos cultures, ce qui habitait le groupe : était-ce un silence hostile ? De la timidité ? Une inquiétude liée à la langue ?

Au Rwanda, les silences sont souvent synonymes de tensions et génèrent de l'angoisse. Il est, également important lors de discussions de ne froisser personne, ce qui entraîne une recherche permanente d'une formulation neutre et d'un terreau commun de discussions. Cette attitude est en contradiction avec la règle de l'association libre des sessions de parole, mettant les participants, pour la prise de

⁵ N. Kacha: "la fonction contenante du thérapeute" Dans groupe, contenance et créativité. Erès (2011)

parole, dans une position difficile. Durant l'année de formation, les participants ont expérimenté des moments de réflexion, sans être envahi par l'angoisse.

Pour les participants, la thérapeute était détentrice du savoir et également la plus âgée du groupe. D'un point de vue culturel, le groupe lui devait le respect, rendant toute discussion, opposition impossible. Un changement était nécessaire pour que le groupe puisse échanger librement. Il s'est initié lorsque le thérapeute rwandais a cherché des proverbes, à l'aide des participants. Tenant compte de tous ces aspects culturels, la thérapeute a partagé son expérience de participante dans les groupes, en Europe, amenant au groupe l'idée d'un apprentissage, d'un partage autour des affects, des expériences vécues. Se positionnant, de cette manière, comme un membre du groupe ⁶et non plus comme la seule détentrice du savoir, elle a permis au co-thérapeute de partager, avec le groupe, ses propres réflexions à propos de la formation. Ce mouvement a montré aux participants que la communication était faite d'essais et d'erreurs et non pas de vérité absolue. Un désir de se rencontrer a pris forme, des ponts entre les 2 cultures se sont construits. Une histoire commune prenait forme, sortait du chaos des débuts.

Nous sommes à la fin de la formation (février 2012). Nous sommes à nouveau avec le groupe des infirmiers et des assistants sociaux. Il s'agit de la dernière rencontre pour une session de parole.

Vignette clinique

Les participants du groupe parlent depuis un moment de leur sentiment douloureux d'être face à des situations cliniques lourdes dont la résolution dépend d'un aspect social et financier. Les soignants disent se sentir « inutiles ». Que « les mots ne servent à rien ».

La thérapeute reformule alors la difficulté à faire avec l'impuissance. Les participants font comme s'ils ne l'avaient pas entendue et continuent à échanger à propos de situations. Elle sent alors en elle un mouvement de tristesse et pense ; « je tombe toujours à côté aujourd'hui. » Elle pense aussi que c'est le dernier groupe et qu'elle voudrait tellement que tout se finisse bien, sans pouvoir vraiment définir ce que « finir bien » pourrait bien signifier.

Puis elle se dit que c'est peut-être bien ce qu'ils ressentent lorsqu'ils parlent à ces patients tellement en désespoir. Elle dit :

« Il y a un dicton, dans mon pays qui dit : « La foi soulève des montagnes ». Mais cela ne semble pas suffisant ici ». Le groupe rit, mais continue à parler. Le co-thérapeute prend alors la parole reformulant :

« Je me souviens combien il est difficile d'aider ces patients quand on a aucune prise sur la situation. Ils sont si nombreux. Nous voudrions parler de cela ».

Le groupe associe plus librement à propos du sentiment de vouloir sauver tous les patients, d'un désir de bien faire qu'il n'arrive jamais à atteindre.

⁶ C.Neri: "Le groupe. Manuel de psychanalyse de groupe". Dunod (1997)
H.S.Foulkes: "Psychothérapie et analyse de groupe". Payot. Paris (1970)

« Cela est aussi arrivé ici lors de ces sessions », ajoutera-t-il. Il fallait « paraître » et « être » très bien pour satisfaire une exigence implacable. La thérapeute peut leur dire qu'elle a également ressenti cela et que vraisemblablement tous partageaient cette émotion : la peur de décevoir l'autre. La suite fera place à un échange à propos de nos différences, de nos attentes, des cultures dont nous sommes issus. Le partage d'émotions ouvrira la possibilité de parler de la séparation à venir, et du temps passé ensemble.

En conclusion

Lors du chaos des débuts, il n'était pas certain que nous puissions faire naître et grandir un groupe⁷. Ces doutes associés à l'angoisse de la symbiose ont mené le groupe à la limite de l'explosion. C'est en pouvant nous appuyer sur la certitude interne, de nous être déjà une fois rencontrés (les 2 thérapeutes) à travers nos nombreuses discussions, que nous avons pu guider le groupe dans les méandres de la surprise de la rencontre. Tout au long de notre formation, la culture s'est imposée comme un tiers séparateur, rassurant, nous protégeant de devenir : *« Une seule tête s'aidant à s'affoler mais pas à réfléchir ».*

⁷ J. -B. Chapelier: "Chaos, contenance et créativité". Dans Groupe, contenance et créativité. Erès (2011)