UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Analyse critique du projet "écoute et guérison des mémoires (PEGM) " : Enquête menée dans les centres d'écoute des paroisses de Mutumba, Kinama et Rushubi de l'archidiocèse de Bujumbura

Ndabazaniye, Raphaël; Sous la direction du : Professeur SUGURU Sylvère

2016
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1279

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

ANALYSE CRITIQUE DU PROJET « ECOUTE ET GUERISON DES MEMOIRES (PEGM) »

Enquête menée dans les centres d'écoute des Paroisses de Mutumba, Kinama et Rushubi de l'Archidiocèse de Bujumbura

Par

NDABAZANIYE Raphaël

Sous la direction du :

Professeur SUGURU Sylvère

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du grade de Licencié en Psychologie

Option: Psychologie Clinique et Sociale

Bujumbura, mai 2016

DEDICACE

A nos parents,

A nos frères,

A notre sœur,

A nos oncles SINZOBAHAMVYA Sylvestre et NTAKIRUTIMANA Dismas,

A tous ceux qui nous sont chers,

Nous dédions ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous voudrions exprimer nos vifs remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à sa réalisation.

Notre profonde gratitude va en premier lieu à l'endroit de Monsieur SUGURU Sylvère, Professeur à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education qui a bien voulu assurer la direction de ce mémoire.

Débutant que nous étions en matière de recherche, il a ainsi suscité en nous le goût pour la recherche par son enseignement si captivant et efficace, sa rigueur scientifique, ses conseils judicieux ainsi que son attention dans la simplicité.

C'est aussi un devoir moral de notre part de remercier tous nos éducateurs, les parents et les enseignants du primaire à l'université, spécialement les Professeurs de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'université du Burundi. Ils nous serviront toujours de repère moral pour le « savoir-faire » et le « savoir-être » des uns et des autres.

Nous avons également une dette de reconnaissance aux responsables et bénéficiaires du PEGM qui ont accepté que notre recherche soit effectuée au sein de leur projet et qui nous ont fourni toutes les informations relatives au projet qui étaient à leur disposition.

Nous remercions particulièrement nos enquêtés qui ont accepté de nous livrer des informations dont nous avions besoin pour la réalisation de ce travail.

Que tous ceux qui, d'une façon ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail trouvent ici leur satisfaction.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Al.	: Autres collaborateurs
APRODH	: Association pour la Protection des droits Humains et des personnes Détenues
A3	: Diplôme de technicien
CECAB	: Conférence des Evêques Catholiques du Burundi
CNPK	: Centre Neuropsychiatrique de Kamenge
CRS	: Catholic Relief Services
D6	: Diplôme d'Instituteur Adjoint
ESF	: Expansion Scientifique Française
Ed.	: Edition
EP	: Ecole Primaire
ETAS	: Ecole Technique Agricole Socialisée
Etc.	: et caetera
GRIP	: Groupe de Recherche et d'Information sur la Paix et la sécurité
INSP	: Institut National de la Santé Publique
Ibidem	: Même auteur, même ouvrage, même page
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
Op.cit.	: Opere citato (Ouvrage déjà cité)
p.	: Page
Pp	: de la page à la page
PCS	: Psychologie Clinique et Sociale
PEGM	: Projet Ecoute et Guérison des Mémoires
PUF	: Presses Universitaires de France
RMB	: Radio Maria Burundi
RSS	: Rich Site Summary
VIH/SIDA	: Virus d'Immuno Humain/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
TOB	: Traduction Œcuménique de la Bible
TPO	: Transcultural Psychological Organisation
UB	: Université du Burundi

RESUME

Le PEGM a été instauré par l'église catholique au Burundi. Son objectif était de venir en aide aux personnes souffrant de divers traumatismes. Des centres d'écoute ont été créés dans les paroisses et des animateurs psychosociaux ont été recrutés non par considération de leur technicité mais par rapport à leur participation dans les activités paroissiales. Ce constat nous a poussé à y faire une recherche afin de réaliser une analyse critique du projet écoute et guérison des mémoires.
Concernant le premier objectif spécifique qui visait à mettre en évidence les ressources du PEGM et à relever les catégories de patients traités dans le cadre du PEGM, nous avons constaté que les animateurs, de faible formation en matière psychothérapeutique, faisaient leur travail dans cabinets d'écoute ne remplissant pas les conditions pouvant permettre l'expression-écoute des consultants. Ce sont les personnes traumatisées à la suite des crises socio-politiques burundaises et les couples en conflits qui ont consulté les animateurs en grand nombre.
A propos du second objectif spécifique qui consistait à analyser l'originalité des techniques utilisées par les animateurs psychosociaux dans l'écoute et guérison des mémoires, nous avons trouvé que les animateurs commencent par sensibiliser la population sur ce projet, ensuite, ils font l'écoute individuelle des personnes sans oublier de les inviter à continuer à poursuivre la psychothérapie de masse dans les activités génératrices de revenu, la prière en commun et les activités ludiques.

Quant au dernier objectif spécifique qui était de voir dans quelle mesure le projet a contribué à l'amélioration de l'état de santé mentale des bénéficiaires, nous avons constaté que le projet a permis aux consultants de retrouver le sommeil, la force de dépasser la souffrance psychique imputable aux dites crises et situations traumatisantes.

En définitive, le projet est bien apprécié par les bénéficiaires et le personnel pour sa contribution et mériterait d'être répandu dans d'autres paroisses après avoir bien équipé les centres d'écoute.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE i
REMERCIEMENTS ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS iii
RESUME iv
TABLE DES MATIERES v
0. INTRODUCTION GENERALE 1
0.1. Contexte général 1
0.2. Motivation du choix du sujet 2
0.3. Délimitation du sujet 3
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 5
CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES 6
1.1. Sujet (la personne, le patient, le client…) 6
1.2. Religion 7
1.3. Traumatisme 8
1.4. Guérison des mémoires 9
1.4.1. Guérison 9
1.4.2. Mémoire 9
1.4.3. Guérison des mémoires 11
1.5. Psychothérapie 11
1.6. Ecoute 12
1.7 Animateur psychosocial 13
1.8. Coordinateur 14
1.9. Conclusion du chapitre 14
CHAPITRE II: GENERALITES SUR L'EMPLOI DE L'ECOUTE 15
2.1. Les domaines d'application de l'écoute 15
2.1.1. Le domaine de la psychologie 15
2.1.2. Le domaine de la médecine 17
2.1.3. La communication entre les humains 17

2.2. L'écoute dans certaines pratiques religieuses....18
2.2.1. Dans les églises en général....18
2.2.2. L'écoute dans certaines pratiques de l'église catholique....19
2.2.2.1. Les confessions....19
2.2.2.2. Les conseils et directions spirituelles....20
2.3. La création du PEGM (source : coordination nationale du PEGM)....21
2.3.1. Brève présentation du PEGM....22
2.3.2. Les objectifs de la création du PEGM....22
2.3.3.Les activités du PEGM....22
2.3.4. Ressources humaines et matérielles....23
2.3.5.Les bénéficiaires....23
2.4. Conclusion du chapitre....24
CHAPITRE III : LE TRAVAIL DE GUERIR LES MEMOIRES....25
3.1. Les maladies de la mémoire....25
3.1.1. Les maladies relatives à la rétention/évocation de l'information....25
3.1.2. La souffrance de la mémoire épisodique....26
3.2. Les facteurs de la souffrance de la mémoire épisodique....27
3.2.1. Les violences....28
3.2.2. Les accidents....28
3.2.3. Les crises sociales et les conditions de vie....29
3.3.La Notion de résistance/résilience....29
3.4. Les manifestations symptomatiques....31
3.5. Les interventions thérapeutiques....32
3.5.1. L'intervention médicale....33
3.5.2. L'intervention psychologique....33
3.5.3. Le débriefing ou la verbalisation....34
3.5.4.Les modèles traditionnels....35
3.5.5. Les modèles évangéliques....36
3.6. La conclusion du chapitre....38

CHAPITRE IV : LA TECHNIQUE D'ECOUTE THERAPEUTIQUE 39
4.1. Les conditions de travail 39
4.1.1. Les conditions matérielles 39
4.1.2. Les conditions humaines 40
4.1.2.1. La qualification du thérapeute 40
4.1.2.2. La santé mentale du sujet et du thérapeute 41
4.1.2.3. La confiance envers le thérapeute 42
4.2. Les procédées méthodologiques 43
4.2.1. L'observation des attitudes du client 43
4.2.2.L'analyse de la demande 44
4.2.3. L'entretien centré sur le sujet 45
4.3. Les étapes et durée de l'entretien 46
4.3.1. Le premier moment de l'entretien 47
4.3.2. Les autres moments de l'entretien 48
4.3.3. L'organisation temporelle et la fin de l'entretien 48
4.4. Les attitudes au moment de l'entretien 49
4.4.1. L'écoute directive 49
4.4.2. La disponibilité 50
4.4.3. L'autorité de l'écoutant 51
4.5. Les principes déontologiques de l'écoute 52
4.6. La conclusion du chapitre 52
CHAPITRE V : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 53
5.1.La problématique 53
5.2.Les objectifs de la recherche 57
5.2.1. L'objectif général 57
5.2. 2. Les objectifs spécifiques 57
5.3. La démarche méthodologique 58
5.3.1. La méthode qualitative 58
5.3.2. L'univers d'enquête et l'échantillon 59

5.3.2.1. Mode de choix de l'échantillon 60
5.3.2.2. Critères de choix des enquêtés 60
5.3.3.Les techniques de collecte des informations 61
5.3.4. La Pré-enquête 63
5.3.5. L'enquête proprement dite 64
5.4. Méthode de traitement des données 65
5.5. Conclusion du chapitre 65
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES DONNEES, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS 66
NOTICE INTRODUCTIVE DE LA DEUXIEME PARTIE DU TRAVAIL 67
CHAPITRE VI : LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES 70
6.1. Le personnel technique et administratif interviewé 70
6.1.1. Présentation 70
6.1.2. Les conditions de recrutement des animateurs psychosociaux du PEGM 71
6.1.3 Présentation des bénéficiaires 74
6.2. Les infrastructures du projet 74
6.2.1. Présentation 74
6.2.2. L'état du cabinet d'écoute 75
6.3. La collaboration avec les autres intervenants 76
6.3.1. La collaboration du curé avec l'animateur 76
6.3.2. La collaboration de l'animateur avec les coordinateurs et autres intervenants 77
6.4. Le genre de difficultés traitées 79
6.4.1. Les traumatismes de guerre 79
6.4.2. Les conflits interpersonnels et les conditions de vie misérables 81
6.4.3. L'insuffisance des connaissances 83
6.5. Conclusion du chapitre 83
CHAPITRE VII : METHODOLOGIE D'ECOUTE ET DE GUERISON DESMEMOIRES UTILISEE PAR LE PEGM 85
7.1. La sensibilisation de la population sur l'existence du PEGM 85
7.1.1. Les communiqués paroissiaux 85

7.1.2. Les réunions et les messages des anciens bénéficiaires 86
7.1.3. Les émissions radiodiffusées 87
7.2. L'écoute individuelle 89
7.3. Les problèmes liés à l'écoute 92
7.4. Les groupes de parole et de travail 96
7.4.1. Les réunions d'échanges 96
7.4.2. Les activités génératrices des revenus, les activités ludiques et culturelles 98
7.5. Conclusion du chapitre 100
CHAPITRE VIII : APPRECIATION DU PEGM PAR LE PERSONNEL ET LES BENEFICIAIRES 101
8.1. Les indices de la contribution 101
8.2. L'impact du PEGM sur les conditions de vie des bénéficiaires 103
8.3. Les perspectives d'avenir 105
8.4. Conclusion du chapitre 107
CONCLUSION GENERALE ET SUGGESTIONS 108
BIBLIOGRAPHIE 113
ANNEXES 117

0. INTRODUCTION GENERALE

0.1. Contexte général

L'église catholique est l'une des églises chrétiennes répandues à travers le monde et qui a été introduite au Burundi lors de la colonisation vers la fin du 19ème siècle. La première paroisse, celle de Muyaga, a été créée en mai 1898. Depuis ce temps, l'Eglise catholique fournit des efforts pour améliorer les relations socioreligieuses des fidèles. Ainsi, elle a construit des écoles, des centres de santé,.... En effet, les chrétiens tout comme les non chrétiens rencontrent non seulement des difficultés d'ordre matériel mais aussi des problèmes psychologiques et/ou spirituels.

Les périodes de crises ajoutées aux difficultés de la vie quotidienne qu'a traversées le Burundi n'ont pas sans doute laissé intact le psychisme des burundais. Certaines gens ont connu des perturbations conflictuelles et de réels traumatismes et nécessitent un soulagement. Ecouter et guérir les mémoires est un projet instauré dans un tel contexte comme contribution de l'Eglise catholique à la réhabilitation psychologique et sociale des Burundais. Elle estime que la guérison des mémoires est aussi un facteur essentiel pour la réconciliation des Burundais.

Pour ce faire, des animateurs psychosociaux ont été recrutés et formés pour ce travail. Le projet a pu commencer dans les paroisses de certains diocèses de l'Eglise catholique du Burundi comme dans l'Archidiocèse de Bujumbura, Diocèses de Muyinga, Ruyigi, Bubanza et Bururi. Leur travail consistait à approcher les gens, les écouter et les sensibiliser à une bonne cohabitation.

Notre travail se subdivise en deux grandes parties: la première concerne les considérations théoriques, la problématique, les objectifs et la méthodologie de recueil des données. Dans la deuxième partie, nous présentons, analysons les données recueillies et interprétons les résultats. Nous avons clôturé notre travail par une conclusion générale et des suggestions.

0.2. Motivation du choix du sujet

Comme l'indique le titre, nous nous proposons d'analyser le Projet Ecoute et Guérison des Mémoires. C'est ici le moment de justifier comment un tel choix nous est venu en l'esprit. Comme l'écrit Diel (1947, p.42),

> *« Le choix est déterminé, motivé et c'est précisément cette détermination et non point la spontanéité qui devient finalement cause de liberté. Une spontanéité sans aucune détermination ferait de l'homme le contraire d'un homme libre et responsable, le jouet du hasard et des caprices. »*

La motivation du choix de ce sujet est le fruit d'une longue réflexion. Depuis notre formation à l'école secondaire, nous avons été impressionné par les anecdotes qui disent *« que les psychologues lisent dans les cœurs des gens. »*Faisant suite à l'idée de Muchielli (1975, p.13) qui dit ceci :

> *« On croit communément « qu'être psychologue » c'est deviner les mobiles secrets, scruter les consciences ou violer les personnalités. Cette « image » du psychologue dans le public contribue à alimenter une sorte de crainte ou de suspicion à son égard, de même qu'elle risque d'alimenter, chez ceux qui veulent faire de la psychologie une peur de se tromper ou au contraire une confiance illusoire dans une puissance de divination ou de domination d'autrui. »*

Nous voyons que l'outil utilisé par le psychologue peut faire objet de confusion chez lui comme chez ses observateurs. Mais il peut aussi lui donner des capacités extraordinaires pour bien écouter et bien observer ce qu'il lit dans les cœurs des gens. Le cours de psychologie clinique de 2ème candidature a contribué à renforcer notre intérêt envers l'écoute thérapeutique. Ce dernier a renouvelé notre vieux rêve de voir comment « *lit-on dans les cœurs des gens.* »

L'importance que l'écoute présente dans une société comme la société burundaise mouvementée par des crises, la complexité et les difficultés de sa pratique, la curiosité de sa réussite dans sa pratique dans les paroisses, nous ont encouragé à y faire une recherche scientifique.

Pour Léon (1997, p.39),

> *« La décision du chercheur d'entreprendre une recherche peut procéder de motivation et de cheminements divers... Il arrive que l'élaboration d'un projet intervienne au terme d'une expérience professionnelle plus ou moins de longue durée, grâce à l'accumulation d'un certain nombre d'informations ou de réflexions. »*

Pour le cas qui nous concerne, nous avons eu plusieurs occasions d'apprendre la nécessité d'une écoute attentive dans le traitement psychothérapeutique. Nous voulions ajouter aux données apprises ou lues l'expérience de ceux qui la pratique dans le PEGM. Ainsi, quand nous avons pris connaissance de ce projet qui œuvrait dans notre paroisse d'origine, nous nous sommes aussitôt demandé, pourquoi l'Eglise catholique n'a-t-elle pas instauré ce projet dans les centres sanitaires et non à la paroisse. Toutes ces raisons et bien d'autres justifient davantage le choix préférentiel de ce sujet.

0.3. Délimitation du sujet

L'analyse du Projet Ecoute et Guérison des mémoires peut revêtir un champ extrêmement vaste. Elle peut soit permettre de mettre en évidence les raisons et objectifs de sa création en relation avec d'autres projets, analyser les systèmes de financement tout comme elle peut s'intéresser aux éléments purement administratifs ou purement professionnels. Nous pouvons également étudier l'impact de ce projet sur les populations bénéficiaires ou analyser son système de fonctionnement c'est-à-dire l'accomplissement des missions qu'il s'est assignées.

Il nous a été difficile d'étudier en même temps tous ces domaines compte tenu de notre formation, des documents à notre disposition et de l'étendue du domaine. Les moyens et le temps en général et l'objectif de notre étude en particulier ne nous ont pas permis de les embrasser tous. Ainsi, notre analyse s'est focalisée plus particulièrement sur la pratique de l'écoute réalisée par les animateurs psychosociaux.

Nous avons décidé de recueillir des informations auprès des coordinateurs et animateurs du PEGM mais aussi auprès des personnes ayant bénéficié de l'aide de ces animateurs pour savoir comment les bénéficiaires des services apprécient le projet.

Nous n'avons pas pu trouver des travaux sur le projet qui fait objet de notre étude. Toutefois, des chercheurs ont réalisé des travaux sur des domaines plus ou moins connexes. C'est notamment Kanyange qui, en 2002, a étudié l'importance du rôle de l'écoute du malade par le Médecin dans le processus thérapeutique ; Iradukunda, qui, a étudié en 2005, le rôle de l'écoute psychologique et des activités ludiques dans la prise en charge psychoaffective des enfants orphelins de guerre.

A côté de ces derniers, Nihorimbere a fait en 2000 une analyse critique de l'assistance psychosociale et sanitaire de TPO au Burundi et s'est focalisée elle aussi sur la psychothérapie par la parole.

Tous ces chercheurs ont salué l'initiative des organisations à réserver une écoute aux personnes en difficultés. Ils n'ont pas manqué de montrer les biais qui guettent l'atteinte des objectifs fixés : il s'agit notamment de la qualification insuffisante du personnel et bien d'autres problèmes. Sans négliger ces problèmes qui nécessitent une solution, notre travail a analysé la psychothérapie dans le contexte et les pratiques des églises, en particulier l'Eglise catholique.

Notre recherche a été réalisée dans l'Archidiocèse de Bujumbura auprès des bureaux des coordinations nationale et diocésaine du PEGM se trouvant en mairie et en province de Bujumbura, auprès des animateurs psychosociaux et des bénéficiaires du Projet Ecoute et Guérison des Mémoires sur la période allant de mars 2006 jusqu'en Aout 2014.

PREMIERE PARTIE :

CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES

Dans le présent chapitre, nous expliquons le sens de certains termes qui reviendront souvent. Ils constituent la base même du présent travail. En effet, un mot peut revêtir différents sens selon le contexte dans lequel il est utilisé. Nous avons jugé donc important de montrer dans quel sens nous l'avons pris dans ce travail car ne pas comprendre un terme clé peut être l'obstacle à la compréhension de tout le travail.

1.1. Sujet (la personne, le patient, le client....)

Ces termes désignent presque la même chose surtout dans la relation d'aide. Souvent chacun d'eux peut remplacer l'autre sans pour autant modifier considérablement le sens. C'est pourquoi dans la plupart des cas, on les interchange ou on les utilise comme des synonymes. Pour Barus-Michel, Enriquez et Lévy (2004, p.258) le sujet est :

> *« Cet être humain, nommé, situé dans l'espace et dans le temps, durée qui le constitue aussi, original et singulier, complexe et conflictuel, prétendant se produire et se préserver dans une unité cohésive et une continuité cohérente, avide de jouissance et achoppant à la souffrance, revendiquant la reconnaissance et le partage, responsable et aliéné,... .»*

Il s'agit de l'homme avec toutes ses caractéristiques. Il est singulier et différent des autres bien qu'ayant des ressemblances avec ces autres. Il est unique avec une possibilité d'éprouver de sa propre manière ses besoins et motivations. Il rencontre individuellement les circonstances de la vie en tant que sujet. Il paraît donc complexe que nul ne peut le comprendre dans sa globalité.

Le dictionnaire le Robert (1986, p.1410) définit la personne comme *« individu de l'espèce humaine, opposé à chose. »* Cette définition montre qu'il s'agit d'un individu, être humain différent des objets ou des choses. Nous pouvons donc retenir que ce terme est utilisé pour désigner un être humain qui a un rôle à jouer dans la relation avec les autres. S'agissant du terme patient le Robert (1986, p.1377) désigne par celui-ci *« une personne qui va subir une opération chirurgicale, malade qui est l'objet d'un traitement, d'un examen médical. »*
Le patient est donc un sujet qui est devant un guérisseur comme le médecin. C'est une personne qui est en situation de maladie, il souffre et a besoin d'être soigné.

C'est pourquoi il va consulter le médecin ou autre personnel soignant qui lui prodigue des conseils ou lui donne des médicaments. Bowyer et Mielkiewicz (1986, p.149) précisent que le patient est *« celui qui souffre et qui demande à être soulagé de sa souffrance, ou/et de son incertitude. »*

Cette explication nous permet de comprendre que la souffrance qui rend l'individu patient n'est pas nécessairement une maladie. Tout ce qui bloque l'individu, le fait chercher un personnel soignant lui confère la qualité de patient. Ce patient, pour pouvoir bénéficier de l'aide de la part du soignant, il doit dans la plupart des cas devoir payer. C'est dans ce cas de figure que cette même personne peut être désignée par «*client*». Pour Bowyer et Mielkiewicz (1986, p.150), le terme Client met l'accent sur *« la relation d'argent que ce dernier entretient avec son psychologue, sur l'aspect commercial de l'activité. »*

Le client reçoit un service après avoir payé le spécialiste qu'il consulte. Ce même individu en face de l'aidant pourra être désigné par « *consultant* », un terme qui selon Bowyer et Mielkiewicz (1986, p.149), présente l'avantage d'être neutre et désigne justement l'état, ou le rôle de la personne qui vient consulter le psychologue ou le médecin.

1.2. Religion

Pour Sillamy (1980, p.102), le mot religion vient *« du latin religio » « attention scrupuleuse, vénération », de religere, « recueillir, rassembler », de religare, « lier, attacher », un culte rendu à une puissance surnaturelle.* »Il s'agit d'un phénomène par lequel, l'homme reconnaît sa dépendance envers son Dieu. La dépendance permet à l'homme de rester en relation avec son Dieu et surtout à vénérer ce dernier. Pour Durkheim (1979, p.65), la religion est :

> *« Un système solidaire de croyances et de pratiques relatives à des choses sacrées, c'est-à-dire séparées, interdites, croyances et pratiques qui unissent en une même communauté morale appelée église, tous ceux qui y adhèrent. »*

Nous remarquons avec Durkheim que la religion ne se pratique pas individuellement. Un groupe de gens, une communauté se met ensemble et forme ce qu'on appelle « *église* », assemblée : eclesia. Il y a donc l'idée d'unir les hommes qui s'ajoute à l'union entre l'homme et son Dieu.

Selon Adler (1976, p.65), « *c'est le sentiment d'infériorité, d'insécurité, d'insuffisance, qui fait qu'on se pose un but dans la vie et qui aide à lui donner sa confirmation.* »

En bref, la religion est donc cette reconnaissance du besoin d'aide, besoin qui fait que l'homme formalise des attitudes lui permettant de s'accrocher à Dieu. De cette manière, les hommes doivent observer scrupuleusement les lois de cette puissance pour ne pas attirer sa colère.

1.3. Traumatisme

Dans la vie, l'homme rencontre des situations ou des individus qui l'affectent soit physiquement soit psychologiquement. C'est ainsi que ces situations peuvent le transformer dans le sens négatif ou positif. Dans le cas où elles entraînent des conséquences négatives chez le sujet, celui-ci peut subir le traumatisme psychologique ou physique. Piéron (2003, Pp462-463) définit le traumatisme dans le sens physique comme

> « *Un ensemble de troubles engendrés par une atteinte de l'organisme, en particulier dans la région crânienne, avec ou sans blessure, les uns transitoires, liés au choc, les autres plus ou moins durables.* »

On comprend donc que certaines manifestations du traumatisme sont visibles comme les blessures physiques. Les unes sont passagères, les autres durent longtemps que d'autres. La durée ou la répétition sont déterminantes pour le traumatisme. Crocq, Daligrand et al. (2007, p.7) définissent le traumatisme dans le sens psychologique comme suit:

> « *Un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie et l'intégrité physique ou psychique d'un individu qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.*»

Le traumatisme est la souffrance que l'on ressent à la suite des événements surtout douloureux rencontrés sans prévision. Quand l'individu souffre, les spécialistes font tout pour lui enlever cette souffrance.

1.4. Guérison des mémoires

Pour faciliter la compréhension de cette expression, nous commençons par expliquer séparément les termes qui le composent.

1.4.1. Guérison

L'expression ci-haut mentionné comporte deux termes« Guérison », un mot français du verbe *« guérir »* qui signifie l'action de guérir. Doron et Parrot (1991, p.318) disent que

> *« Suivant le contexte, guérir sera synonyme de rétablissements, cicatrisation, cessation, ajustement, ou encore protection, défense, persévération, du point de vue strict, la guérison exige la suppression complète et définitive du processus morbide.»*

A travers cette explication nous pouvons remarquer qu'il y a des cas que l'on peut supprimer, d'autres que l'on peut soulager et d'autres encore que l'on peut prévenir. Certains peuvent revenir après une quelconque durée, d'autres seront complètement guéris. Pour Kretschmer (1956, p.239), *« cette notion est étroitement liée à celle de santé. Facile à concevoir en cas de maladie aigüe, où elle se confond avec un retour pur et simple à l'état antérieur.»*

On parle de guérison en se référant à l'état de maladie. Etre guéri signifie alors quitter cet état morbide pour joindre l'état de bonne santé.

1.4.2. Mémoire

La signification donnée par les ouvrages à notre disposition nous ont permis de comprendre que « mémoire » se rapproche de la capacité à acquérir, conserver et restituer les informations. Par rapport à cette signification, Doron et Parrot (1991, p.486) distinguent trois classifications de la mémoire selon les conceptions et les types de problèmes abordés:

> *« -En fonction du temps qui sépare la présentation d'une information de son évocation, on distingue la mémoire sensorielle, la mémoire à court terme et la mémoire à long terme;*

-En fonction de la nature des activités mnésiques préservées dans les amnésies, une dissociation entre mémoire déclarative et mémoire procédurale a été proposée;

-En fonction de la nature de l'information mémorisée, une distinction a été établie entre mémoire épisodique et mémoire sémantique. »

La troisième classification de Doron et Parrot se rapporte davantage au sens que le terme revêt dans notre travail. Pour ces derniers (1991, p.238),

« La mémoire épisodique contiendrait des informations portant sur les événements localisés dans le temps et dans l'espace, événements à caractère personnel et possédant une grande valeur affective, au contraire la mémoire sémantique inclurait des informations plus abstraites relatives à des faits, des règles et des connaissances générales acquises au cours de la vie. Cette dissociation n'exclut pas l'existence d'interaction entre les deux mémoires. »

Par rapport à notre sujet, la souffrance de la mémoire que le PEGM se propose de guérir ne porte pas sur les difficultés d'évocation des informations mémorisées ni sur celles relatives à la nature des activités mnésiques mais porte sur la mémoire épisodique. Pour Simon (2004, p. 173), mémoire signifie:

« Affect. En psychologie, il s'agit de l'état affectif élémentaire. Au sens large, il s'agit de tout ce qui est éprouvé au niveau affectif (émotion, plaisir, douleur ou souffrance, sentiments divers) et qui peut donc contribuer à affecter la mémoire. »

C'est la souffrance ou la joie que des hommes endurent suite à divers événements vécus. Les événements les plus douloureux tout comme les plus heureux ne s'effacent pas rapidement de la mémoire. Le rappel de ces événements fait revivre la souffrance ou la joie éprouvée en ce temps-là. C'est ce que Jammet(inKinget, 1973, Pp.7-8) appelle :

« La souvenance brute de cet événement (souvenance des sensations, d'image et d'éprouvés bruts, que Janet dénomme « idée fixe ») qui fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite les manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques », non délibérées et inadaptées » tandis que Freud désigne cette sorte de souvenance par le terme platonicien de « *réminiscence* ».

Selon Lafon (1963, p.661),

> « *La mémoire désigne le fait que le passé d'un être vivant se conserve d'une certaine manière dans l'état actuel de cet être qu'il s'agisse d'une conservation d'ordre organique, d'ordre mental ou d'ordre psychophysiologique.* »

Il convient de remarquer ici que ce que nous sommes maintenant dépend peut-être de ce que nous avons vécu dans le passé. Les manifestations de « *ce caché* » apparaîtront sur nos organes, nos réactions ou à travers notre comportement.

1.4.3. Guérison des mémoires

Comme l'œil a son spécialiste, la mémoire en souffrance a besoin de quelqu'un qui est doué de certaines qualités pour être guérie. Ces idées conservées dans un coin peuvent continuer à troubler l'individu et elles ne pourront être enlevées que par quelqu'un ayant certaines compétences. Dans le présent travail, il s'agit d'analyser comment procéder pour amener le patient à l'adéquate gestion des mauvais souvenirs qui le traumatisent et à nettoyer les mémoires de restes nuisibles des événements vécus. C'est procéder à la guérison des mémoires.

A côté des traitements biomédicaux que l'on peut administrer au traumatisé, il y a un autre traitement psychologique ou psychothérapie. Ce multitraitement se justifie par le fait quele traumatisme engendre souvent des blessures physiques et psychiques.

1.5. Psychothérapie

Ce concept est composé de psycho et thérapie. De son origine étymologique, « *thérapie* » vient du grecque « *therapeuin*» qui signifie « *soigner* » ou « *traiter* » des maladies soit psychiques, physiques, sociales, environnementales, relationnelles, et « *psycho* » correspond à « *psyché* » qui signifie « *âme* ». On peut en déduire que psychothérapie signifie selon Sillamy (1983, p.562), « *le traitement des troubles psychologiques ou fonctionnels de l'organisme fondé sur l'application méthodique de techniques psychologiques précises.*»

La psychothérapie est aussi une technique utilisée par beaucoup sinon tous les soignants. Comme le note Kretschmer (1956, p. 369), « *le médecin n'est pas libre de vouloir ou de ne pas vouloir faire de la psychothérapie ;(...). Il agit psychothérapeutiquement parce que sa clientèle l'exige.* »

Piéron (1979, p.365) quant à lui définit la psychothérapie comme : « *un ensemble de techniques visant un traitement des maladies par des procédés psychiques tels que méthodes pédagogiques, persuasion, psychanalyse,....* »
La psychothérapie désigne en définitive, les méthodes qui sont utilisées pour guérir non seulement les maladies psychologiques mais aussi elle intervient dans les autres formes de traitement.

1.6. Ecoute

« Ecouter » semble être un concept facile à saisir et à appliquer qu'on se demanderait peut-être pourquoi nous en faisons une étude si explicite. « *Ecouter* » en psychothérapie n'est pas seulement la capacité à écouter avec les oreilles de façon à répéter les paroles de l'autre, un magnétophone peut le faire mieux que l'homme, écouter c'est surtout comprendre ce qu'on vient d'entendre. C'est ce qu'Egan (1992, p.97) rappelle quand il écrit que: « *celui qui est capable d'écouter a une pensée plus large car il entend et comprend plus de faits et de points de vue.*»

L'écoute, surtout si elle a une visée thérapeutique ne signifie pas seulement être attentif à celui qui parle mais aussi être présent, comprendre la signification que lui-même attribue aux faits qu'il raconte. A ce propos Doron et Parrot (1991, p.238) expliquent qu'

> « *En psychologie clinique ou dans le contexte de certaines recherches en psychologie sociale ou en psychologie de la personnalité, le terme écoute désigne une attitude certes attentive, mais surtout réceptive à ce que le patient, le client ou le sujet exprime, attitude jugée favorable à la relation.* »

Il s'agit de comprendre la souffrance telle qu'elle est racontée et vécue par le sujet. L'écoute est en fait un procédé psychothérapeutique qui consiste à recevoir avec neutralité et bienveillance le message de l'autre en vue de l'aider à se comprendre lui-même et de là trouver la solution à son problème.

1.7 Animateur psychosocial

Dans le dictionnaire le Robert (1986, p.70), l'animateur est « *celui qui anime, qui insuffle la vie, personne qui anime une collectivité par son ardeur et son allant.* » Il est défini par rapport à son rôle, celui qui aide à mener une vie saine en transformant les conditions de vie d'une collectivité par son moral. Pour Besnard (1980, p.69),

> « *Le terme animateur est équivoque, un peu flou ; plutôt qu'une profession, il désigne un agent d'actions culturelles, soit socio-éducatives, soit sociales, soit sanitaires pour lesquelles est exigé une attitude : la capacité à faciliter la vie des groupes, la mise en relation, la conscientisation des individus.* »

On constate que cette définition se base sur les fonctions, le rôle ou le domaine d'intervention de l'animateur. Il y a autant d'animateurs qu'il y a de domaines d'intervention.

Pour notre travail, ce sont les animateurs psychosociaux qui nous intéressent. Avec Besnard (1980, p.95), nous constatons que

> « *Ces animateurs exercent des fonctions de prévention, rééducation, etc., au sein d'une équipe souvent pluridisciplinaire et, après une formation spécialisée (éducateur, assistance sociale, enseignant), s'orientent vers l'animation en complétant leur formation par le CAPASE (C'est-à-dire Certificat d'Aptitude à la Promotion des Activités Socio-éducatives).* »

Pour être animateur, une préparation particulière doit compléter les aptitudes du postulat. Nous désignons au cours de ce travail par animateur psychosocial, toute personne ayant été recrutée pour écouter les personnes traumatisées surtout par les effets de la guerre burundaise d'octobre 1993. D'autres problèmes ont aussi été traités par ces derniers.

1.8. Coordinateur

Coordinateur est un mot de la langue française qui vient du verbe coordonner qui signifie disposer de certains rapports en vue d'une fin. Selon le dictionnaire français le Robert (2009, p.537), on entend par coordinateur : *« une personne qui coordonne, qui joue le rôle de coordinateur dans une entreprise. »*

Cela montre que le coordinateur joue le rôle d'encadrer les individus pour les amener à bien accomplir une tâche donnée. Celui qui leur donne un travail et les rassemble en cas de besoin. Le terme coordinateur est beaucoup utilisé dans les organisations de l'Eglise catholique comme les responsables des chorales et des mouvements d'action catholique.

Ce même mot est utilisé pour désigner la personne qui organise les activités du PEGM dans un diocèse ou au niveau national. Le coordinateur diocésain du PEGM organise des rencontres pour les différents animateurs psychosociaux, c'est lui qui planifie les activités des centres paroissiaux d'écoute. A l'échelle nationale, le coordinateur national organise le PEGM au niveau de tout le Burundi.

1.9. Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons essayé de définir certains concepts utilisés souvent dans ce travail. Nous avons alors défini le client, cette personne qui demande d'être écoutée. Celle-ci parle des situations qui le font souffrir dans sa mémoire qu'on appelle traumatismes. La psychothérapie a été définie comme l'une des méthodes de traitement de telles souffrances qui inclue l'écoute comme technique thérapeutique.

Nous avons aussi défini l'animateur psychosocial en tant que personne ayant le rôle de recevoir les clients dans le centre d'écoute paroissial. Le coordinateur quant à lui organise les tâches et encadre les différents animateurs au niveau diocésain et national. Dans le chapitre qui va suivre, nous avons parlé des domaines qui font recours à l'écoute dans leurs pratiques quotidiennes.

CHAPITRE II: GENERALITES SUR L'EMPLOI DE L'ECOUTE

Beaucoup de professionnels utilisent l'écoute pour différents objectifs: le psychologue utilise cette technique pour aider les personnes en difficultés. Le médecin y fait recours, avant de poser son diagnostic, il interroge le patient sur les symptômes qu'il peut verbaliser. Le prêtre en fait usage surtout en ce qui est des confessions ou des conseils particuliers. Il en est de même du juge qui écoute les accusés s'expliquant sur un dossier quelconque.

Dans ce travail, nous avons montré comment l'écoute est utilisée dans trois domaines pour leur correspondance à notre thématique de recherche. Nous présentons aussi le PEGM qui l'utilise pour la guérison des mémoires.

2.1. Les domaines d'application de l'écoute

Comme nous venons de le dire ci-haut, l'écoute est sollicitée dans beaucoup de domaines mais sa pratique peut varier selon l'objectif qu'on désire atteindre ou les résultats attendus. C'est aussi l'idée que poursuit Burchardt (1982, p.50) quand il écrit :

> « *Evidemment, les objectifs de l'écoute sont variables, selon la nature des relations établies avec nos interlocuteurs: on peut écouter pour comprendre ou pour apprendre, pour aider, mais aussi pour se mettre en avant, contredire ou séduire, ...* »

Nous précisons ici ce qu'il en est de chacun de ces domaines :

2.1.1. Le domaine de la psychologie

On peut se rendre compte que dans la vie courante, la plupart des malades souhaitent quelqu'un à qui parler. C'est souvent un grand soulagement pour les malades ou d'autres personnes en difficultés de trouver quelqu'un avec qui discuter de leurs problèmes et partager leur anxiété.

Comme l'être humain est toujours confronté à des problèmes, ces derniers lui causent une souffrance qui souvent passe par le corps(le soma) et atteint le psychisme. Dans certains cas, la personne concernée dispose elle-même de solutions à ses problèmes. Dans d'autres cas, le secours ne viendra que de l'extérieur.

Au cas où elle ne peut pas être sauvée que grâce aux autres, il est évident qu'elle doit d'abord exposer son problème en long et en large. Même lorsqu'elle peut elle-même trouver une solution efficace, des fois, elle nécessite de s'entendre parler d'où l'importance du rôle de l'écoutant. C'est l'idée qu'exprime Balint (1976, p.167) quand il écrit que :

> « *Le but de la thérapie sera alors de permettre au patient de se comprendre lui-même, de trouver une meilleure solution au problème qui se présente à lui et de parvenir ainsi à l'intégration(...).* »

Cette idée montre combien il est utile de laisser le malade s'exprimer. Ce n'est qu'à travers ce qu'il exprime que l'on comprendra de quoi il souffre. L'accent sera alors mis sur l'expression des symptômes de la maladie. Une écoute centrée sur le sujet l'aide à s'entendre lui-même et établir le lien entre sa souffrance et ce qu'il exprime.

Les organisations qui prennent en charge les victimes de viols ou de traumatismes ont compris la place de l'écoute. Lorsqu'on les entend exprimer leurs sentiments, leurs émotions, les problèmes deviennent de moins à moins graves et ces victimes se sentent soulagées. Pour Adler et Jahn (1958, p. 52), « *le moi a besoin, avant tout, de se libérer intérieurement. Le thérapeute doit comprendre ce besoin de libération: voici pourquoi il doit posséder la faculté de savoir écouter.* »

L'écoute psychologique qui guérit n'est pas l'apanage de l'audition mais l'attitude dite bienveillante. Elle consiste à être empathique avec le sujet en situation de problème. C'est pourquoi l'emploi de l'écoute en psychologie diffère de celui qui est pratiqué dans d'autres domaines. Muchielli (1975, p.5) dit à ce propos que

> « *L'entretien d'aide n'est pas une conversation ou une discussion, elle n'est pas une interview au sens journalistique ou un interrogatoire, elle n'est pas non plus un discours de l'interview, ni une confession ni la recherche d'un diagnostic.* »

Lors de l'écoute psychologique, on n'est pas là pour poser des questions mais recevoir avec bienveillance ce que l'autre vous confie. Il s'agit de s'efforcer à comprendre les sentiments et les émotions exprimés par l'interlocuteur, du moins se mettre à la place de la personne en difficulté sans évidemment devenir malade.

2.1.2. Le domaine de la médecine

Avant même de pouvoir répondre au patient et aux questions qui le préoccupent, le médecin doit d'abord être attentif à ce que son client raconte. Il doit donc écouter soigneusement les messages verbaux et non verbaux de son patient. C'est du moins l'idée qu'avance Balint (1976, p.178) quand il dit que « *la première tâche du médecin en tant qu'homme de métier est : donc d'écouter et observer ce qui se présente à lui et de le comprendre.* » Partant de cela, nous pouvons nous ranger du même côté que Parrot (1976, p.160) et dire que « *le malade écouté est déjà à moitié traité.* »

Lorsqu'un malade entre dans le cabinet de son médecin, la première activité de ce dernierest l'écoute. Le malade exprime sa souffrance et le médecin l'écoute et prend notes en cas de besoin. Ainsi, le médecin pose un certain nombre de questions et par conséquent le malade est obligé de prêter une oreille attentive et lui répondre. Avec Barbara, (1979, p.1) nous pouvons dire qu'« *une bonne consultation est une consultation où l'on a été écouté, compris, où l'on a vu ses plaintes prises au sérieux et où l'on fait l'objet de l'examen rapide mais complet.* »

C'est donc l'écoute qui permet au médecin de comprendre non seulement la maladie qu'il a à traiter mais aussi la personne qu'il a à aider. C'est après l'écoute qu'on peut croire que les examens ou les médicaments correspondent bien à l'état du patient ou s'ils proviennent de l'imagination du soignant.

2.1.3. La communication entre les humains

Par essence, la communication joue un rôle de premier plan dans les relations interhumaines. En effet, dans la vie quotidienne, des groupes, des organisations,... c'est la communication qui assure l'interaction, c'est elle qui unit les personnes et leur permet de travailler ou aussi de bien collaborer. Un adage Kirundi dit: « *uwuja kwumva arumviriza*» qui veut dire : « *celui qui veut entendre s'apprête à écouter.* »Quand on veut se faire comprendre par les autres, il très nécessaire de développer cette capacité à écouter l'autre avec ses intérêts. C'est aussiun moyen efficace pour être au courant de ce que l'autre demande.

En captant de cette manière les messages de l'autre, il sent en lui l'appel à vous écouter lorsque viendra votre tour de parler. A ce sujet, Burchardt (1988, p.23) dit qu' *«écouter vous aidera par la même occasion à vous moduler vous-même quand à votre tour, vous prendrez la parole. ».*
A cette idée,Burchardt(1988, p.13) ajoute que « *quand vous essayez de communiquer avec autrui, ce que vous attendez en retour, c'est qu'on vous prête attention...vous émettez un message à quelqu'un qui le reçoit,... »*

Avec les deux composants de la communication : l'émetteur et le récepteur, chacun doit pouvoir écouter, c'est ainsi qu'il reçoit le message que l'autre lui livre pour y répondre comme il faut. Si on écoute peu ou mal les autres, la qualité des relations s'en ressent. On doit entendre ce que les autres ont à nous dire. Quel que soit la personne ou le message qui s'adresse à nous, nous devrons d'abord écouter et les Burundais le disent bien : « *ntawugaya ico atumvirije* » pour dire : « *On ne peut dénigrer un message qu'on n'a pas écouté. »*

A en croire Buchardt (1988, p.40), *« la mauvaise écoute est un obstacle majeur pour la réussite de la communication. »*Toute distorsion de l'écoute entraîne la perte même du désir d'écouter qui à son tour, va générer une baisse du désir de communiquer, que ce soit par la résignation ou le manque de confiance résultant des difficultés à pouvoir le faire efficacement.
En somme, l'écoute améliore considérablement les relations interhumaines. Une bonne écoute a le pouvoir de nous rapprocher les uns avec les autres. C'est bien elle qui nous humanise en donnant le sens à la parole pour renforcer la compréhension mutuelle.

2.2. L'écoute dans certaines pratiques religieuses

Ici, nous distinguons ce qui se fait dans les églises en général puis dans l'Eglise catholique en particulier.

2.2.1. Dans les églises en général

D'après nos constatations, les religions ont contribué à éduquer le peuple à faire face aux problèmes existentiels. Parmi ces problèmes, il y a ceux qui sont révélés publiquement au cours du culte. Les pasteurs des églises réservent aussi aux fidèles des moments spéciaux pour l'écoute individuelle.

Cette pratique tire son fondement dans les écritures dites saintes tel qu'un pasteur d'une église consulté nous en a informé. Dans l'Epître de Jacques 1,19 est écrit : *«Ainsi, que tout homme soit prompt à écouter, lent à parler,... »* et dans Romains10, 17 nous lisons ceci: *« Ainsi la foi vient de ce qu'on entend, et ce qu'on entend vient de la parole du Christ. »*

Ces versets bibliques montrent l'importance d'écouter la parole de Dieu. C'est ainsi que les malades sont invités à écouter la voix de Dieu qui parle à eux. Les enseignements des églises invitent à confesser la foi dans la guérison, le malade doit confesser qu'il est guéri. Convaincu de la puissance de l'écoute dans la guérison Hughes (2001, p.74) écrit que

> *« L'église de Jésus-Christ, quand elle fonctionne en harmonie avec les principes divins, est capable de faire autant, si non plus, à elle seule que les médecins. La majorité de ceux qui ont des problèmes physiques trouvent un réconfort extraordinaire dans l'écoute chaleureuse des personnes qui les prennent au sérieux. »*

Dans le même ordre d'idée, Pasteur Drain (2002, p.23) dit ceci : *« dans vos paroles, il y a une puissance qui peut amener des choses à la réalité comme la guérison et d'autres à la destruction, comme la destruction de votre maladie. »*

Concevant la puissance de la parole dite dans ce sens, les églises réservent des moments pendant lesquels les fidèles sont invités à parler de leur problème. Nous allons, dans les lignes qui suivent, préciser cette pratique dans le contexte de l'église catholique.

2.2.2. L'écoute dans certaines pratiques de l'église catholique

2.2.2.1. Les confessions

La confession est le fait d'avouer son péché en présence d'un (des) autre(s). Il s'agit d'un acte par lequel une personne accepte avoir délibérément agi contre la loi ou les commandements de Dieu. Dans l'Eglise catholique ou même dans certaines autres églises chrétiennes est prévue une procédure à cela. Après avoir reconnu son péché, on cherche une occasion pour aller parler de son péché publiquement ou à un confesseur individuel. Pour Jeammet et al. (1980, p308),

> *« L'apaisement d'une confession comme la détente apportée par une parole juste ou une pointe d'humour suffisent à le prouver. C'est d'une conception « idéaliste »*

voire « morale » où la maladie serait connue comme un juste châtiment de fautes réelles ou imaginaires (....) »

Le confessant expulse son malaise en présence de quelqu'un. Bien que la personne ait déjà pris sa décision, peut-être, de se convertir ou de changer, être écouté en parlant de ses péchés revêt une importance très significative. Sur cette idée, nous ne sommes pas loin d'Oraison (1968, p.83) qui précise que « *ce dialogue de pénitence se situe dans sa perspective, il est souvent un facteur psychologique d'apaisement, par retentissement sur toute la personnalité.* »

La culpabilité qui pourrait envahir l'individu au point de le rendre psychologiquement malade trouve l'occasion de quitter l'esprit du coupable lors de cette parole écoutée par le confesseur. Toutefois, comme le fait encore remarquer Oraison (1968, p.82) :

> *« Cela ne veut dire en aucune manière que la pratique de la confession ait une valeur directe de psychothérapie. La psychothérapie se déroule au niveau des relations affectives et réactionnelles du sujet dans ce qu'il a, si l'on peut dire,d'«intra humain », le sacrement de pénitence se situe au niveau de ses relations «supra humaines ».* »

La différence entre la procédure d'une écoute réalisée par le confesseur(le prêtre dans la plupart des fois) et celle réalisée par un psychologue est sans doute énorme. Néanmoins, nous pouvons constater qu'il y a des ressemblances ; l'expression de son malaise guérit dans le sens poursuivi par l'écoutant. On obtient une guérison spirituelle et psychologique. Avec l'écoute d'un psychologue, on fait recours aux méthodes et attitudes appropriées, démontrables tandis la confession dans son sens religieux ne peut être expliquée que par rapport à la foi et la confiance que l'on a envers le confesseur en tant que représentant de Dieu

Ainsi, nous pouvons dire que le confessant éprouve en même temps un sentiment de soulagement et de libération, ce qui l'amène à surmonter le sentiment de culpabilité.

2.2.2.2. Les conseils et directions spirituelles

Au cours de leur développement spirituel, les chrétiens qui le souhaitent peuvent recevoir un accompagnement spirituel. Cette pratique est connue sous l'appellation de direction spirituelle.

Le système comprend le demandeur de l'accompagnement et un prêtre que l'on nomme « *père spirituel ou directeur spirituel* ». Chaque fois que l'accompagné rencontre des questionnements dans son développement spirituel, il vient et les expose au père spirituel. Ensemble, ils cherchent les réponses à ces questions. A ce sujet, Auger (1972, p.112) constate que

> « *Les membres du clergé, quoique leur prestige ait sensiblement baissé depuis quelques années, sont encore consultés et projetés dans le rôle d'aidant par de nombreuses personnes aux prises avec les difficultés de l'existence.* »

A ce propos Richelle (1978, p.38) note qu'on fait recours aux prêtres de toute religion considérés comme : «*Gardiens de la morale et de la foi, ils étaient naturellement consultés, par toute une série de fidèles souffrant de difficultés psychologiques, pour lesquelles on s'adresse plus volontiers au psychologue.* »

Pour pouvoir aider ceux qui les consultent, il paraît donc compréhensible qu'ils commencent par les écouter. C'est ici que nous fondons l'idée d'une écoute effectuée lors des conseils ou directions spirituelles.

2.3. La création du PEGM (source : coordination nationale du PEGM)

L'écoute est la principale activité effectuée dans le cadre du PEGM. Cette initiative est dictée par le fait qu'il y a beaucoup de groupes de personnes nécessitant l'écoute. Pour les Evêques catholiques du Burundi, la guerre burundaise d'octobre 1993 a laissé beaucoup de séquelles dans les mémoires des habitants. Des gens se souviennent du mal qui a été fait à eux ou à leurs amis et membres de familles.

La CECAB a ainsi estimé que la réconciliation ne pourra avoir lieu que lorsqu'on n'aura transformé ou effacer de tels mauvais souvenirs. C'est dans ce contexte que l'Eglise catholique du Burundi a initié le PEGM.

2.3.1. Brève présentation du PEGM

Le projet : « Ecoute et Guérison des Mémoires », voie vers la réconciliation au Burundi (PEGM en sigle) a été initié en 2006 par la Conférence des Evêques Catholiques du Burundi en vue d'assurer aux personnes blessées intérieurement suite à la crise sociopolitique burundaise et à ses conséquences psychosociales et économiques, une prise en charge psychosociale. Le but premier était de contribuer à la réconciliation et à la remise debout de la société burundaise en créant des centres d'écoute proches de la population et en l'informant sur le problème du traumatisme psychologique post-conflit et la manière de le surmonter.

Le projet a été réalisé dans les diocèses de Bujumbura, Muyinga et Ruyigi, d'abord comme des diocèses pilotes, ensuite, il a été répandu dans Bubanza et Bururi. Dans chaque Diocèse, un centre d'écoute, des services paroissiaux d'écoute ont été mis en place et une sensibilisation sur le traumatisme psychologique et la santé mentale en général ont été assurées à la population qui en a formulé la demande.

2.3.2. Les objectifs de la création du PEGM

L'objectif global : La population burundaise est guérie et réconciliée.
Les objectifs stratégiques :

- Une prise en charge psychosociale des personnes traumatisées est assurée dans les diocèses couverts par le projet.
- Des occasions favorables à la guérison collective des mémoires sont créées.

2.3.3.Les activités du PEGM

- Ecoute et sensibilisation communautaire ;
- Production d'émissions radiophoniques ;
- Formation des groupes de parole avec activités d'autonomisation ;
- Organisation des activités culturelles orientées vers le pardon et la guérison des blessures ;
- Formation des relais communautaires ;

- Organisation d'activités sur les mémoires des défunts (Journées interreligieuses de prières, symboles-souvenirs pour les tombes des défunts) ;
- Visites de terrain pour le suivi et évaluation des activités dans les centres d'écoute et dans les paroisses ;
- Renforcement des capacités des intervenants communautaires.

2.3.4. Ressources humaines et matérielles

Le comité du PEGM est présidé par un évêque tandis qu'une psychologue clinicienne est coordinatrice nationale. Au niveau des Diocèses, trois superviseurs sont nommés par les évêques. A côté de ceux-ci, il y a trois coordinateurs diocésains, tous psychologues cliniciens. Des assistants psychosociaux de niveau A2 sont affectés dans chaque diocèse pour collaborer avec les superviseurs. Dans différentes paroisses, des animateurs psychosociaux de niveau A3, natifs du milieu sont chargés de l'écoute et de l'animation communautaire chacun dans sa paroisse.

Les animateurs psychosociaux donnent des rapports écrits aux coordinateurs diocésains. Ceux-ci les condensent puis les acheminent à la coordinatrice nationale qui, à son tour les envoie à l'évêque superviseur dudit projet.

2.3.5.Les bénéficiaires

Le projet a été mis en place pour intervenir auprès des personnes traumatisées suite à la guerre ou autres difficultés de la vie, les victimes des violences physiques et sexuelles, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et autres maladies incurables. Il se proposait aussi d'aider les personnes en conflits sociaux, les personnes souffrantes de la misère matérielle, les malades mentaux, les toxicomanes, les enfants et jeunes en difficultés, les couples en difficultés, etc.

2.4. Conclusion du chapitre

Pour conclure ce chapitre, nous voudrions rappeler que l'écoute est généralement utilisée dans beaucoup de domaines. Nous avons montré que le psychologue, le médecin et quiconque communique avec les gens l'utilisent. Dans ces domaines et bien d'autres, l'écoute permet d'entendre l'autre pour enfin le comprendre et l'aider ensuite.

Nous avons aussi montré qu'elle est utilisée dans certaines pratiques religieuses comme les confessions, les conseils et directions spirituelles. L'Eglise catholique en a fait usage dans le PEGM pour aider les individus présentant des traumatismes psychosociaux divers imputables surtout à la crise burundaise de 1993.

Nous avons montré dans le chapitre qui suit les difficultés de la mémoire, leurs origines et les différents traitements qui peuvent être proposés lorsque cette dernière souffre.

CHAPITRE III : LE TRAVAIL DE GUERIR LES MEMOIRES

Dans ce monde, des catastrophes naturelles ou accidentelles et des violences sont observées surtout dans les périodes de guerre. Il en est de même des agressions sexuelles, physiques, des tortures qui déstabilisent la mémoire des victimes et de leurs voisins.

Dans ce chapitre, nous avons montré comment on peut procéder pour guérir la mémoire atteinte des problèmes de mauvais souvenirs, la mémoire dite épisodique. Nous avons commencé par montrer les atteintes que peut subir la mémoire en général.

3.1. Les maladies de la mémoire

Nous pouvons distinguer deux catégories de maladies de la mémoire, à savoir les maladies relatives à la rétention/évocation de l'information et celles qui sont liées à la souffrance épisodique.

3.1.1. Les maladies relatives à la rétention/évocation de l'information

Une information reçue ou une expérience vécue se conserve dans la mémoire en vue de son utilisation ultérieure. Tout le monde voudrait retenir plus d'informations aussi longtemps que possible. Néanmoins, on constate que certaines informations finissent par être inaccessibles, oubliées.

Plusieurs facteurs expliquent cette perte d'informations. On peut citer la façon dont l'information a été enregistrée, la quantité des informations à retenir, l'âge et l'intérêt qu'a la personne pour cette information, les lésions neurologiques, des circonstances de la réception de ces informations, etc.

On distingue plusieurs types de maladies de la mémoire relatives à la rétention/évocation de l'information. Simon (2004, p.21) distingue trois catégories de troubles :

> « *-Le trouble de l'enregistrement : l'encodage, c'est-à-dire l'enregistrement de l'information est directement lié à l'attention. En cas de trouble de la concentration, à cause d'une dépression, d'une grande fatigue, ou de la prise de certains médicaments*

comme les benzodiazépines(anxiolytiques), l'enregistrement n'est pas correctement réalisé et l'information ne pourra pas être bien stockée ni rappelée.

-Le trouble de la transformation de l'information. Le sujet est attentif, mais il ne peut pas transformer l'information en traces mnésiques et il y aura, comme dans la maladie d'Alzheimer, un trouble du rappel libre.

- Le trouble de la récupération de l'information. L'information est bien enregistrée et stockée, mais le patient a des problèmes pour récupérer les faits mis en mémoire. Ce trouble est observé dans certaines lésions du cortex frontal, la dépression ou le vieillissement normal.

On remarque que les troubles de la mémoire sont ici différents selon l'étape de la mémorisation. Ils peuvent apparaître lors de l'enregistrement, de la conservation ou de l'évocation de l'information. Certains troubles prédisposent aux troubles de la mémoire. C'est notamment les troubles de la concentration, la maladie d'Alzheimer, etc. Il en est de même de lésions corticales. Mais aussi des événements externes peuvent être nuisibles à la mémoire.

3.1.2. La souffrance de la mémoire épisodique

Les situations auxquelles nous sommes confrontés sont enregistrées par notre mémoire de façon particulière. En effet, des événements marquant la vie ont plus de chances d'être retenues et rappelées. A titre d'exemple, il est rare qu'on oublie la date des événements qui ont entouré les cérémonies de mariage. De la même façon, la date de décès d'une personne chère reste inoubliable. A ce propos, Spanos (1998, p.71) écrit ceci :« *on croit communément que les événements très remarquables et significatifs sont particulièrement résistants à leur déformation dans la mémoire.* »Ces événements ne s'effacent pas facilement de la mémoire. Montreuil (2006, p.230), souligne quant à lui que

> « *La mémoire épisodique est de nature autobiographique : elle concerne le sujet lui-même. Elle correspond au rappel d'événements ordonnés dans le temps et l'espace, survenus dans un contexte particulier éprouvé par le sujet.* »

Les événements douloureux ou heureux ont certes plus de chances d'être rappelés. Si une personne peut raconter aisément un événement joyeux qu'il a connu, il lui paraît difficile et des fois impossible de se rappeler correctement ou de façon ordonnée de l'événement douloureux.

C'est ce que note Spanos (1998, p.72) quand il écrit que les événements douloureux« *incluent en outre les souvenirs déformés des événements et une incapacité de se rappeler certains aspects de l'événement traumatique.* »Ici joue le mécanisme de défense qui est l'évitement permettant de protéger le moi contre la réviviscence des malheurs vécus.

On voit par là que les événements douloureux déforment la mémoire. On peut dire que la mémoire se rappelle plus facilement de ce qui est plaisant. Non seulement on ne se rappelle pas intégralement de ce qui a fait souffrir mais il y a aussi des possibilités de désorganiser les enregistrements d'avant l'événement douloureux. C'est cette idée que précise Jeammet (1980, p.73) quand il dit que « *les traumatismes peuvent être l'origine de la régression avec perte des acquisitions les plus récentes et les plus élaborées, et fixation à des modes de relation archaïque.* »

En somme, la mémoire peut connaître des déformations de diverses sortes. Il reste alors à chercher comment les résoudre. Selon Spanos (1998, p.69), « *des études récentes indiquent non seulement que l'information post événementielle déformante crée des souvenirs erronés, mais aussi qu'elle empêche le rappel de l'information correcte.* »Cela permet de comprendre qu'il y a une interaction entre la mémoire sémantique et la mémoire épisodique. La mémoire du traumatisé perd même des informations qui étaient bien retenues.

3.2. Les facteurs de la souffrance de la mémoire épisodique

Pour qu'il y ait développement de la souffrance de la mémoire chez l'individu, celui-ci doit avoir subi ou assisté à un événement grave qui déborde ses capacités de compréhension, de réponse ou d'adaptation. Il s'agit d'un choc brutal qui surprend l'individu à la suite des événements terrifiants. Pour parler comme Kretschmer (1956, p.338), « *en dehors d'un intérêt subjectif, ce sont certains moments affectifs particulièrement influents qui sont importants pour les déformations de la mémoire.* »

Les périodes de crise perturbent l'être humain. Suite à l'inexplicable ressenti, les individus ne parviennent pas à trouver les mots pour raconter ce qu'ils ont vécu. Le rappel correct du déroulement de la tragique scène est impossible et en fait, la mémoire est affectée.

3.2.1. Les violences

Selon le Ministère burundais de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA, on distingue :

> « *-Les actes de violences interpersonnelles c'est-à-dire les actes qui interpellent deux personnes au moins, on peut citer à titre d'exemple l'agression physique, la torture, l'agression sexuelle ou la violence sexuelle, les vols à main armée, la guerre, la séquestration ;*
> *-Les accidents causés par la main de l'homme ou l'erreur technique (accident de voiture, de travail) ;*
> *-Les catastrophes naturelles : ouragans, tremblement de terre, etc.* »

De ce qui procède nous pouvons faire remarquer deux constatations :
a) Le traumatisme peut être dû au traumatisé lui-même ou à ses semblables. La personne a causé du malheur pour lui ou pour l'autre. Cela fait que le sujet regrette son acte et se jette le tort d'où sa mémoire va être envahie par le sentiment de culpabilité. Dans la seconde situation, il est victime de l'action négative des autres.
b) L'événement arrive à tout le monde sans l'intervention de la volonté consciente de la personne. Dans ce cas, on dirait que l'événement est partagé avec les autres. C'est ainsi qu'on peut penser à un partage de l'intensité de l'événement et la victime peut se montrer plus résiliente. Là aussi, on observe que des victimes peuvent se jeterle tort ouse demander pourquoi un tel malheur est tombé si violemment sur eux plutôt que sur les autres.

3.2.2. Les accidents

Les accidents sont des situations que vivent les gens de façon inattendue. On ne s'y attendait pas pour en faire une préparation. La personne est prise au dépourvue et se trouve sans aucun secours. Elle est aussi obligée d'agir automatiquement sans réflexion au cours de cette surprise désagréable.
A part que le cerveau, le principal siège de la mémoire en subit considérablement, même d'autres parties du corps peuvent par la suite être endommagées. C'est ainsi qu'on parle de traumatisme physique d'une part et psychique d'autre part.

La personne enregistre mal ce qui se passe et les difficultés mnésiques s'installent de cette manière. Elle n'en gardera que de faux souvenirs qui engendrent des désordres psychiques.

3.2.3. Les crises sociales et les conditions de vie

Il s'agit ici des situations qui tombent sur toute la société. Communes aux membres de la société et certains individus pourront s'en sortir sans difficultés et les autres en subissent les conséquences. La crise sociopolitique qui s'est abattue sur la population burundaise a laissé des séquelles dans la mémoire de certains individus. Certains ont pu s'en étirer étant indemnes mais d'autres en ont gardé des mauvais souvenirs. Pour Crocq, Daligrand et al. (2007, p.10), est victime :

> « *Toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une personne ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.).* »

Les conditions de vie des familles, la privation de ses droits et bien d'autres modes de vie difficiles peuvent être classés parmi les éléments traumatogènes. Cette déformation de la mémoire dépend de l'action que l'événement a provoquée sur le sujet et aussi de la résilience propre de l'individu.

3.3.La Notion de résistance/résilience

Pour Lachal, Ouss-Ryngaert, Moro et al. (2003, p.76), en physique, la résistance est « *la capacité d'un corps d'encaisser des chocs, de se déformer puis de revenir à son état initial.* »Pour Montreuil (2006, p.143) la résilience est :

> « *La capacité a bien se développer au plan psychologique, malgré la survenue d'événements à caractère déstabilisant, malgré les conditions de vie difficiles, des traumatismes parfois sévères ou capacité à s'adapter rapidement au malheur ou à l'adversité, à récupérer après de telles situations.* »

Ces auteurs montrent que malgré la force de l'événement potentiellement traumatique que rencontrent l'individu, la personnalité de chacun peut y résister.

On observera chez deux individus qui sont devant une même situation stressante, des différences dans leurs réactions. L'un peut développer un traumatisme psychique alors que l'autre parvient à y résister sans beaucoup de difficultés.

Nous comprenons que les événements traumatisants n'auront d'influence qu'en fonction de la résistance de chacun, de leur intensité, de leur durée, etc. En effet, comme le font remarquer Crocq, Daligrand et al. (2007, p.37) :

> «*Etre traumatisé implique non seulement d'avoir été exposé à un événement potentiellement psychotraumatique c'est-à-dire un événement exceptionnel, violent et menaçant pour la vie ou pour l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'agression, accident, catastrophe ou l'événement de guerre, mais aussi de l'avoir vécu sur le mode du trauma, dans l'effroi, l'horreur et le sentiment d'impuissance et d'absence de secours.* »

Une personne peut succomber à l'issue d'un événement moins grave tandis qu'une autre traverse une multitude de situations terrifiantes sans en être pour autant marqué négativement. Cela s'expliquerait par l'intervention des mécanismes de défense et la force de résilience. Comme l'expliquent Lachal, Ouss- Ryngaert, Moro et al. (2003, p.77),

> « *Il existe dans chaque être humain une potentialité à dépasser les traumatismes et à reconstruire. C'est sur cette potentialité que s'appuie tout traitement, toute aide aux personnes traumatisées.* »

En somme, la résistance (psychique) ou la résilience est la possibilité dont un individu dispose pouvant lui permettre de traverser des moments difficiles sans y succomber. De ce point de vue, il faut souligner que des événements traumatogènes peuvent inciter l'individu à développer certains mécanismes de défense.

A cela Lachal, Ouss-Ryngaert, Moro et al. (2003, p.103) ajoutent que « *l'exposition au traumatisme a un effet positif, une expérience de vie, et non seulement un effet délétère.* »Ils ont dans ce cas l'effet de rendre mature l'individu, ce qui aurait dans ce cas des effets positifs pour le développement de l'homme.

3.4. Les manifestations symptomatiques

Le traumatisme, comme d'autres souffrances, se manifeste par des symptômes. Ces derniers sont les *« mots »* que le corps utilise pour exprimer ce qu'il ressent de l'intérieur. Selon Crocq, Daligrand et al. (2007, p.99) des indices laissent apparaître que l'événement a été vécu comme trauma : *« surprise totale, effroi, horreur, impuissance et sidération de la volonté, impression d'être abandonné, perte du sens du réel et du présent, vécu d'automate et dépersonnalisation. »*

Comme nous le souligne Suguru dans le cours de Séminaire de psychologie clinique(2014, pp. 36-39), à la suite des événements traumatisants, la victime présente des cicatrices, des troubles psychomoteurs sur le plan physique, des troubles psychiques comme la phobie, peur morbide de certains milieux ou moment (surtout la nuit) croyant que l'événement va de nouveau se reproduire, une tristesse, des rappels visuels et auditifs, des troubles du sommeil, le sentiment de n'être plus aimé, ... Sur le plan psychologique et dans sa vie relationnelle, elle manifeste un refus de communiquer et un manque de confiance envers les autres. La personne aura du mal à restituer ce qui lui est arrivé, certains burundais diront par exemple : « Reka ntunabinyibutse » c'est-à-dire : « de grâce ne m'amène pas à me rappeler de cet évènement-là. » C'est ainsi qu'il vivra une souffrance dans sa mémoire sans extérioriser son contenu. Ainsi,Lachal, Ouss-Ryngaert, Moro et al. (2003, p.53) indiquent qu'

> *« Il y adonc l'événement traumatique et le traumatisme psychique. Puis se développent les symptômes de répétition : les images, les rêves, les émotions, les pensées, la personne se met à bégayer, entre en rage, est prise de vomissements, comme si le corps réagit en dehors d'elle et exprime une mémoire « automatique », un bout d'enregistrement qui s'est déclenché par l'appui involontaire sur le bouton « reset ». »*

Ils peuvent se comprendre comme des modalités défensives, plus ou moins adaptées et adaptatives :fuir les pensées qui se rapportent, de près ou de loin, à ce qui s'est passé, et donc éviter tout stimulus extérieur qui peut déclencher ses pensées, réduire ses émotions, les abaisser, les dévaloriser, pour ne plus être envahi par des sentiments extrêmes, inacceptables, ne plus penser à l'avenir, ...

Lors de la journée internationale de la santé mentale (INSP, 10 octobre 2002), Barancira expose que

> « *Ce syndrome peut se manifester par des hallucinations visuelles ou auditives, des illusions, des souvenirs forcés, des ruminations mentales sur le traumatisme, les fugues, le récit répétitif et incoercible ou la contemplation fascinée d'objet ou de scènes évocatrices du traumatisme.* »

Une personne qui manifeste de tels signes pourra être prise comme une traumatisée. Il restera à chercher l'origine de ces manifestations. Aussi, il faut les placer dans l'ensemble d'autres indicateurs plutôt que de les prendre isolement. En effet, d'autres problèmes peuvent ainsi apparaître sans qu'il y ait nécessairement du traumatisme. Le plus souvent la personne traumatisée n'est pas capable de relater ce qui lui est arrivé. Il manifeste un certain mutisme à ce sujet alors qu'il parvient à parler sur d'autres sujets. Des fois, la personne traumatisée perd le langage, d'ailleurs, ceux qui parviennent à dire ce qui leur est arrivé se traitent plus aisément que les premières. Comme le constatent Crocq, Daligrand et al. (2007, p.12) :

> « *A l'instant du trauma, elle s'est sentie sans secours, abandonnée par les autres comme elle a été abandonnée par son propre langage et laissée seule en détresse face au non-sens, à l'indicible de l'expérience traumatique.* »

En fait, la personne manque les mots à utiliser pour expliquer comment une situation que ne devrait rencontrer un être humain a pu tomber sur elle. Elle ressent cette honte que certaines gens ne voient pas l'intérêt de révéler un tel événement. Elle se demande si livrer ce message ne serait que le diffuser auprès des personnes dites « *heureuses* » et qui ne feraient que se moquer d'elle.

3.5. Les interventions thérapeutiques

Comme l'expliquent Crocq, Daligrand et al. (ibidem),

> « *Au sein du corps social, la famille ne peut offrir des soins mais seulement une compassion en écho ;d'où l'opportunité d'une prise en charge psychologique, assurée par des psychologues bien formés aux méthodes et aux techniques de soin ou du soutien psychologique spécialisé, qui convient aux victimes traumatisées.* »

Les premiers secours sont réalisés par l'entourage direct du traumatisé. En fait, c'est l'entourage comme la famille par exemple qui est au courant en premier lieu du problème de leur membre. Ce sont eux qui vont conduire la personne vers des institutions ou des personnes spécialisées en soins psychiatriques. Ils le conduiront vers l'hôpital dans la plupart de fois, institution que l'on peut considérer comme siège de la guérison.

3.5.1. L'intervention médicale

Le traitement médical doit être de premier abord dans bien de traumatismes. Il est vrai, que là aussi qu'on le veuille ou non, l'intervention de la psychothérapie est nécessaire. Nous avons déjà montré que même le médecin et d'autres soignants pratiquent la psychothérapie d'une façon ou d'une autre. Dans certains cas, les pratiques psychologiques au vrai sens du mot viennent après les soins médicaux.

En effet, certaines blessures physiques doivent être soignées en première lieu ainsi que d'autres traitements médicamenteux ou simultanément avec les interventions psychologiques. Le traitement médical consiste à assurer surtout des soins organiques avant de passer au traitement purement psychologique.

3.5.2. L'intervention psychologique

Celle-ci consiste à amener le sujet à parler et à se rappeler de ce qui lui est arrivé. Ce procédé est connu sous le terme de verbalisation. Pour Freud (1979, p. 20), « *là où il y a un symptôme, il y a aussi amnésie, un vide, une lacune dans le souvenir, et, on supprime par là même le symptôme.* »Amener le sujet, par des attitudes appropriées à se rappeler de l'événement et à le revivre a donc un effet thérapeutique évident. Nous avons déjà annoncé dans les pages précédentes que l'un des maux dont souffre la personne traumatisée est l'incapacité de parler de ce qui lui est arrivé.

Ainsi, nous pouvons avancer l'idée de Crocq, Daligrand et al. (2007, p.98)que :

> *« Dire sa souffrance, c'est déjà l'extirper hors de soi et la réduire dans des mots. Raconter ce qui lui est arrivé et surtout comment elle l'a vécue, c'est pour la victime,*

commencer à répertorier l'indicible du trauma dans son réservoir des signifiants, et donc se permettre de l'inscrire dans le continuum signifiant de sa vie. »

Dans ce même sens, Montreuil (2006, p.11) cite Freud en disant que « *parler, Freud l'a souligné, possède une fonction libératrice (abréaction) qui confère à tout entretien un effet potentiellement thérapeutique. »*Dans la préface du livre de Lachal, Ouss- Ryngaert et Moro, et al. (2003, p. 18), Tomkiewicz affirme l'efficacité de l'écoute dans les situations traumatiques en disant ceci :

« Nous nous sommes aperçus que raconter à une oreille amie, ce qu'on appelle maintenant une écoute bienveillante, les souffrances et les traumatismes subis, avait une valeur thérapeutique. Aujourd'hui, on appelle ce type de traitement des débriefings. »

L'idée qui est énoncée dans ces paragraphes décrit la technique d'écoute qui est utilisée pour aider la personne traumatisée.

3.5.3. Le débriefing ou la verbalisation

Comme le disent Crocq, Daligrand et al. (2007, p.111), le mot débriefing a été proposé par Marshall pendant la deuxième guerre mondiale pour désigner une méthode qui consistait à réunir en groupe, pendant une heure ou deux, les soldats survivants d'une opération militaire meurtrière, et demander à chacun de raconter objectivement, minutieusement et surtout dans l'ordre chronologique, ce qu'il avait vu, fait et éprouvé pendant l'opération.

En racontant lui-même la chronologie d'éléments jusqu'alors placés dans le désordre, en écoutant ses camarades, en étant informé de leur point de vue, en mettant des mots sur des images et sur son désarroi et en bénéficiant des explications données par l'officier « Débriefer », sur le déroulement de la bataille, chacun se dégageait de l'emprise du chaos et de l'absurdité de l'événement et ressortait de la séance plus lucide, apaisé et motivé pour le combat.

On dirait qu'il s'agit d'une mise en scène de l'événement cette fois-ci dans des conditions sécurisées ou du moins en l'absence du danger. Ceci étant favorisé par l'absence de l'interprétation pour laisser à chacun d'exprimer de sa propre manière ce qui lui est arrivé.

Par après, et surtout dans les traductions françaises, le débriefing devient l'équivalent de la « *verbalisation* » Néanmoins, des différences, étroites soient-elles peuvent être constatées entre débriefing et verbalisation.

Ce sont des insuffisances du débriefing que la verbalisation essaie de combler. Ainsi par rapport à la verbalisation, et comme le précise Lebigot(in Crocq, Daligrand et al.2007, p.118),

> « *Le débriefing ne tient pas compte de l'individualité alors qu'il faut donner lieu à un travail intime, qu'on ne peut être qu'individuel, car chacun a affronté l'événement d'une manière qui n'appartient qu'à lui.* »

Il y a des contextes où on ne peut pas mettre ensemble des gens. C'est notamment dans le cas où parler publiquement de l'information risque de faire objet de poursuites. Il y a aussi des personnes qui ne peuvent pas accepter de partager leurs secrets, surtout que le trauma peut être vécu comme une « *honte* ».Une autre critique que nous pouvons ajouter avec Lebigot (ibidem) est qu'une seule séance de débriefing, *« si elle apporte du soulagement chez tous les sujets, ne règle pas toute la question du trauma.* »

Nous rejoignons ici l'idée de la différence entre les sujets quant à leur vulnérabilité ou leur adaptabilité aux situations. Ceux qui ne s'adaptent pas rapidement nécessiteraient de multiples séances complémentaires et individuelles pour leur réhabilitation.

3.5.4.Les modèles traditionnels

Comme dans de nombreuses cultures africaines, la culture burundaise ne voit pas la maladie comme un fruit du hasard. Elle prend souvent source dans des esprits de la nature ou sont l'émanation des esprits des ancêtres. Pour Laplantine(1976, p.37),

> *« Une telle attitude qui affirme par-dessus toute chose que nul ne tombe malade par hasard, que tout a une cause et toute cause renvoie à la totalité d'un système,... .»*

Les Burundais sont convaincus que la maladie, en l'occurrence la maladie mentale provient de l'extérieur de la personne malade. Elle est, soit le fait de la sorcellerie, soit envoyée par les esprits de la nature (Imizimu ou Abaganza), soit émanant de la vengeance des ancêtres contre le comportement indigne de leurs descendants encore vivants. Toute la communauté du malade est

aussi concernée. De cette conception découle en fait l'idée d'un processus thérapeutique efficace dans chaque culture. Pour Laplantine (1976, p.40) :

> *« Le malade est vécu par l'ensemble du milieu auquel il appartient comme le champ où s'affrontent ces forces, et le thérapeute est celui ou celle qui est capable de les manipuler, de les combattre ou de les capter, mais toujours de les canaliser rituellement et de les orienter afin qu'elles ne puissent pas nuire au malade. »*

C'est ainsi qu'on fera appel aux ancêtres, aux génies de la nature qui ont ce pouvoir de sauver ou de tuer. Cela se fait souvent sous forme de rituels communautaires pour éradiquer ce fléau. Une série de rituels est amorcée comme le Kubandwa en est l'exemple le plus pratiqué surtout dans la société traditionnelle burundaise.

3.5.5. Les modèles évangéliques

Dans l'Eglise catholique et bien dans d'autres églises chrétiennes, les maladies, qui, surtout n'ont pas de traitement biomédical sont attribuées aux esprits sataniques, les démons. Ces derniers, ennemis de Dieu et de ses créatures rêvent toujours à faire du mal à ces derniers. Ils envahissent alors les hommes, leurs causent des maladies ou des accidents inexplicables.

Les signes des maladies mentales ou du traumatisme tels que les hallucinations, les délires, le mutisme sont perçus par certains chrétiens comme des émanations du Satan et de ses démons. De cette conception découle un traitement et un ensemble de rituels qui sont effectués par les guérisseurs religieux au nom de Jésus-Christ (Luc9, 49-50 ; 10,17-20). Ils se font par la parole(Jean 4 :50), l'onction des malades (Jean 5 :14), des impositions des mains (Luc 4 :40), les massages et d'autres attouchements.

Dans l'église catholique, une autre façon de guérir consiste à faire circuler l'Eucharistie. A ce propos Hughes (2001, p.50) affirme que *« bien que l'objectif premier de la communion soit de nature spirituelle, chaque célébration de la sainte cène devrait être aussi un service de guérison des malades présents. »*

Il y a aussi un autre rituel qui consiste à asperger de l'eau sur le corps du malade accompagnée des signes de croix au nom de la sainte trinité. Selon le bon sens populaire chrétien et affirmé par

Hughes (2001, p.31), les péchés de l'homme sont à l'origine de la souffrance. Les chrétiens considèrent dans son sens la maladie comme une sanction de Dieu. La thérapie de Jésus consistait aussi à l'absolution des péchés : *« tes péchés te sont remis. »* a-t-il dit au paralytique (Luc 5, 17-26), et il ajouta ; *« lève-toi et marche. »*

Selon cette orientation, le prêtre ou autre guérisseur religieux procède à ce qu'on appelle *« exorcisme »* pour chasser les démons par des prières. C'est une adjuration faite aux démons par des paroles, des cérémonies où on recommande au nom de Jésus aux démons de quitter l'individu.

Les guérisseurs religieux suivent ce modèle de Jésus, qui, commandait au démon dans l'évangile de Marc1, 23-26, *« tais-toi et sort de lui. »*. Le secouant violemment, l'esprit impur cria d'une voix forte et sortit de lui. L'évangile de Jésus montre qu'il a dit à ces disciples que les démons ne manqueront pas d'attaquer les fidèles mais que la prière et le jeune leur permettront de les chasser (Marc 9,29).

En se fondant sur ces extraits de la Bible, des chrétiens ont prévu des rituels conjuratoires pour délivrer les malades. Ces pratiques se font en cas de maladies, qui, comme nous l'avons déjà souligné ont une étiologie obscure et qui ne peuvent pas être traitées biomédicalement. La foi, la conversion étant jugées comme primordiale pour la réussite de la thérapie. Laplantine (1976, p.51) dit que l'exorcisme

> *« Associe généralement le pouvoir de la parole (=psychothérapie) et le pouvoir des plantes (=pharmacothérapie) au cours d'une séance rituelle qui a pour but d'expulser de l'esprit de la victime, de combattre puis de neutraliser les forces qui se trouvent à l'origine de l'épisode morbide. »*

Ainsi, le fait que les gens se déchargent par des paroles au cours de ces rituelles doit être l'un des éléments qui provoquerait un changement radical et positif chez le malade. Pour clore avec ce point, disons avec Joshi et René de Grâce (1983, 44) que

> *« Chacun connaît une partie du problème, s'assure d'une partie de la réalité, mais chaque partie de la connaissance n'est rien en elle-même si elle n'est pas mise en relation avec les autres parties de la connaissance. »*

Pour traiter la maladie du pâtient, son intervention est d'une grande importance. Il connaît mieux son problème que nul autre.

3.6. La conclusion du chapitre

Il est à retenir, à la fin de ce chapitre, que la mémoire peut souffrir de diverses façons. D'une part, l'individu perd ses capacités de retenir des nouvelles informations ou de se souvenir des informations qu'il avait bien mémorisées; d'autre part, le rappel de certaines situations vécues antérieurement peut le traumatiser. Certains individus sont capables de résister à ces situations d'autres en sont vulnérables. La victime va manifester sa souffrance à travers certains comportements anormaux comme la phobie, l'incapacité de parler de ce qui lui est arrivé et bien d'autres.

Des techniques sont utilisées pour soigner de tels malades. En général, ce sont des techniques qui invitent l'individu à se rappeler de ce qu'il a vécu et d'en parler en présence de l'aidant. Néanmoins, les modèles traditionnels et évangéliques procèdent autrement comme nous l'avons montré. Le chapitre qui suit montre bien une autre approche pratique de l'écoute thérapeutique avec ses techniques spécifiques.

CHAPITRE IV : LA TECHNIQUE D'ECOUTE THERAPEUTIQUE

Dans le présent travail, nous avons parlé de l'écoute qui guérit. Ce chapitre a mis au clair comment l'écoute doit être organisée pour qu'elle puisse permettre à aider la personne en difficultés. Comme le dit Burchardt (1988, p.88): « *si l'on ne sait pas écouter, l'on ne peut pas atteindre le but qu'on s'est assigné, car à force de se concentrer sur ce qu'on a à dire, on ne peut le faire sur ce qu'on entend.* »Nous essayons de montrer ce qu'il faut faire pour bien écouter la personne en la mettant au centre de l'échange pour mieux la comprendre.

4.1. Les conditions de travail

4.1.1. Les conditions matérielles

Concernant les conditions matérielles, nous avons insisté sur l'endroit où se fait l'écoute, son aménagement et son décor. On peut faire l'écoute n'importe où, sans nécessairement être dans un local fermé. Toutefois, l'écoute thérapeutique et professionnelle se fait dans des infrastructures bien aménagées à cet effet. Les personnes en difficultés se dirigent vers des lieux bien connus et précis pour demander de l'aide. Pour Marty, (2009, p.232),

> *« Les aspects spatiaux sont représentés par le cabinet de l'analyste, les positions respectives du patient et du thérapeute, ainsi que le matériel éventuellement mis à dispositions du patient pour son expression. »*

Ces propos montrent que le thérapeute doit disposer d'un bureau qu'on peut appeler cabinet. Pour mieux se comprendre, les partenaires de la relation se placent dans des positions qui leur permettent de bien communiquer dans le face à face ou dans une autre position leur permettant de s'entretenir à l'aise.

On y met aussi du matériel qui peut arranger l'expression des patients. Ainsi, un cabinet devrait être aménagé en fonction de l'activité qui s'y déroule. A ce propos, voici ce qu'écrit Auger (1972, p.88) :

> *« Il vaut mieux que l'aidant reçoive son aidé dans une pièce dont la disposition, l'ameublement, la décoration ne viendront pas augmenter la tension déjà présente chez ce*

dernier. Un tapis, des meubles sobres mais confortables, un éclairage suffisant sans être aveuglant, un schème de couleurs calmes plutôt que trop contrastées, une porte pleine et bien fermée, des parois suffisamment épaisses pour assurer la discrétion constituent des facteurs susceptibles de favoriser la communication entre partenaires de la relation. »

Cela montre qu'il ne faut pas mettre dans son cabinet des objets qui peuvent distraire la personne. Le cabinet doit être calme pour soulager les personnes qui y viennent pour chercher apaisement. La personne vient parler de ses problèmes, ses secrets ou confier à l'aidant ses sentiments les plus intimes et elle a choisi de les livrer à celui-ci plutôt qu'à une personne autre. C'est pourquoi elle doit être assurée que les tierces personnes ne parviennent pas à écouter ce qu'elle expose. En bref, le cabinet doit surtout être bien aménagé de façon qu'on ne puisse être entendu ou vu de l'extérieur.

4.1.2. Les conditions humaines

L'écoute met ensemble deux individus qui ont des attentes l'un vis-à-vis de l'autre et des caractéristiques diversifiées. L'un est un demandeur tandis l'autre est un spécialiste qui doit produire une amélioration de l'état psychologique du demandeur grâce à ses connaissances et ses techniques. Certaines conditions doivent être remplies par chacun d'eux pour parvenir aux résultats escomptés dans l'écoute.

4.1.2.1. La qualification du thérapeute

Bien que tous les hommes qui n'ont pas de troubles auditifs aient la capacité d'écouter, l'écoute thérapeutique est une profession qui nécessite une préparation. Il y a donc des écoles où se donne la formation de futurs écoutants.

PourRogers et Kinget(1973, p.102) :

« La pratique de la psychothérapie comme toute profession faisant intervenir un facteur humain important, requiert deux genres de compétences : une formation spéciale et certains attributs personnels. La première est généralement considérée comme primordiale, ce qui se comprend aisément. »

D'après ces auteurs, non seulement il faut connaître les règles psychothérapeutiques, pour le cas en espèce celles qui sont relatives à l'écoute mais aussi avoir d'autres compétences personnelles. En effet, on ne doit pas tâtonner quand on a à travailler sur du matériel cher comme l'être humain. Le degré de formation peut varier et on sait que l'on continue à subir des formations même lorsqu'on a déjà intégré la vie professionnelle. La formation est donc un facteur essentiel pour réaliser convenablement les missions d'un poste.

4.1.2.2. La santé mentale du sujet et du thérapeute

Supposons que le thérapeute soit comme un écran sur lequel le patient projette sa souffrance. On comprend aisément que cet écran pourra se casser s'il n'est pas suffisamment fiscé. C'est pourquoi le thérapeute doit d'abord être « normal » pour pouvoir aider. Quant à l'état du consultant, il est compréhensible qu'il traduit un manque que celui-ci vient faire combler sinon, il ne serait pas venu. En effet, comme le font remarquer Rogers et Kinget (1973, p.200), il faut

> *« Que la première personne, que nous appellerons le client, se trouve dans l'état de désaccord interne, de vulnérabilité ou d'angoisse. Que la seconde personne, que nous appelons thérapeute, se trouve dans un état d'accord interne. »*

Les soignants ne seraient pas nécessaires s'il n'y avait pas des malades qui ont besoin de ces derniers. Le vendeur existe parce qu'il y a l'acheteur. Dans les deux situations, on ne demande que ce qu'on désire qu'à celui qui est capable de l'offrir. Pour Balint (1976, p. 22), « *nous savons également que les techniques thérapeutiques varient dans une certaine mesure, assez large même, avec la personnalité du thérapeute.* »

Dans cette même perspective, Auger (1972, p.15) affirme que

> *«L'élément essentiellement aidant de la relation sera plus la personnalité de l'aidant que les techniques qu'il a pu acquérir, ou plutôt, que pour être vraiment libérateurs, les comportements externes de l'aidant devront traduire et exprimer les traits d'une personne elle-même libérée.»*

La santé mentale en équilibre du thérapeute est une condition essentielle devant un patient. Les attitudes que manifeste l'aidant au cours de l'écoute ont donc une grande valeur thérapeutique.

L'écoute ne doit pas être administrée comme un médicament qui va produire la modification dans l'organisme du patient. Ce qui guérit dans cette dernière sont les attitudes réceptives de la souffrance de l'autre. A propos de la santé mentale du patient, Freud (1981, p. 7) fait savoir que *« le sujet doit être capable de redevenir psychiquement normal; dans les périodes de confusion ou de dépression mélancolique, rien ne peut être entrepris. »*

On ne peut pas soigner l'impossible et il faut l'avouer. Certains demandeurs d'écoute ne pourront, des fois, être soignés par l'écoute ou l'aidant peut des fois ne pas parvenir à bien écouter son client. Il y a des états où on ne peut pas faire l'écoute, par exemple, on écoute celui qui est capable de s'exprimer. Ainsi, certaines conditions doivent être remplies pour que l'écoute se réalise convenablement.

4.1.2.3. La confiance envers le thérapeute

Pour que la psychothérapie puisse réussir, il faut que dès le début le patient manifeste une confiance envers son psychothérapeute. C'est ainsi que le client pourra révéler à son aidant ses problèmes. Le psychothérapeute doit alors tout faire pour créer cette confiance. Comme l'écrit Balint (1976, p.216),

> *« La raison de cette façon de procéder est de faire voir au patient qu'il se trouve en présence d'un de ses semblables qui a des sentiments pas très différents des siens, et de lui permettre de triompher un peu sans susciter en lui trop de sentiments de culpabilité, de contrition ou de peur. »*

On confie ses problèmes à une personne confidente qu'on croit capable d'y apporter une solution. Il n'est pas seulement celui qui est doué des compétences techniques mais celui qui s'incline pour atteindre le niveau de l'autre, celui qui comprend ce qui est arrivé à l'autre. Montrer qu'on lui est trop supérieur crée un écart qui l'empêcherait de confier ses difficultés à quelqu'un. Pour Tournebise (2001, p.67), *« ce qui fait la confiance, c'est que tout ce qui est exprimé par celui qu'on aide est entendu et validé. Chaque chose ressentie est considérée comme précieuse et importante. »*

Il ne faut donc pas négliger les problèmes mêmes les plus « *petits* » qui peuvent apparaître. Tout ce que le sujet raconte est important pour lui et c'est d'ailleurs pour cela qu'il est venu en consultation. Il doit être rassuré que ce qu'il raconte a une valeur aux yeux de l'écoutant. Ainsi, il pourra fournir des efforts pour parler de ses problèmes dans l'espoir d'être compris et aidé. Un accueil de type familial permet de développer la confiance du patient envers son psychothérapeute. A ce sujet, Rogers et Kinget (1973, p.75) argumentent en disant que

> *« Quoique cette confiance soit également requise, elle ne suffit pas pour établir l'aisance interne dont il s'agit ici. La capacité du client de surmonter la gêne et la honte qu'il éprouve à se dévoiler devant autrui n'est qu'une manifestation particulière du sentiment de libération produit par cette sécurité. »*

Il faut alors encourager le patient à parler de son problème par des mots et des attitudes appropriées. Il doit être incité à voir dans la relation une recherche de solution à ses problèmes.

Avoir confiance au thérapeute ne suffit pas, il faut aussi que le patient ait confiance en lui-même. Cela est d'autant plus important du fait que l'amélioration est attendue sur le patient et non sur le thérapeute.

4.2. Les procédées méthodologiques

Pour écouter les personnes en difficultés, plusieurs techniques sont utilisées comme l'observation, l'analyse de la demande et des entretiens avec ces dernières.

4.2.1. L'observation des attitudes du client

Lorsqu'on est en train de parler avec quelqu'un, on doit fournir des efforts pour le comprendre. Ceci constitue l'essence même de la communication. Pour comprendre, l'auditeur n'écoute pas seulement les mots qui sont exprimés mais aussi l'expression non verbale dulocuteur. Pour Rogers et Kinget (1973, p.129), la compréhension non verbale consiste *« à saisir quelque chose d'autrui à partir d'un ensemble d'indices physiques parfois subtils-expressions du visage, des gestes, de la posture du corps. »*

L'expression du visage, les gestes de la main, des doigts, des jambes, les haussements de la tête, les clignements de l'œil, la mimique permettent au locuteur de s'exprimer sans production du son. A ce propos, Bellet (1989, p.21) dit que *« la parole ne se réduit pas aux mots : c'est tout le corps, en tant que vivant. »*

Il est donc possible de parler par d'autres manifestations du corps autre que la langue. Le cas typique est celui des personnes sourdes-muettes qui communiquent de cette façon avec leur entourage. Il en est de même pour les malades qui sont dans l'incapacité de parler. Ainsi, pour mieux comprendre la personne en consultation, il faut aussi l'observer. Pour Balint (1976, p.171), *« il existe deux sortes de compréhension. L'une peut être appelée intellectuelle, l'autre émotionnelle.»*

La compréhension prise en considération dans la résolution d'un exercice de Mathématique n'est pas sans doute adaptée pour aider la personne en difficultés psychologiques.

Cette dernière demande une certaine empathie permettant de mettre en relation les deux personnalités en stimulant davantage la personne qui sollicite de l'aide par une neutralité bienveillante. Or, comme le constate Balint (1976, p.174), *« nous n'avançons vraiment pas dans la compréhension que lorsque nous apprenons à regarder ou à écouter d'une façon différente.* »En somme, bien observer permet de comprendre davantage le sens des mots prononcés par le sujet. Bien écouter, c'est aussi bien observer ce que l'on voit, ce que l'on entend et ce que l'on sent chez l'interlocuteur.

4.2.2.L'analyse de la demande

A la réception d'un client, plusieurs questions viennent à l'esprit du thérapeute. Le thérapeute se demande qui est la personne qui vient le consulter ? Pour quelle raison vient-t-elle le consulter et pourquoi maintenant ? Quelles sont ses attentes ? Toute cette série de question trouve la réponse après l'analyse de la demande et l'intervention thérapeutique. Vouloir aider la personne consisterait à trouver la solution exacte à ces problèmes.

Selon Grossen et Orvig(2006, pp.129-130),

> *« L'analyse de la demande est d'une grande complexité. D'abord, toutes les demandes de consultation ne correspondent pas au cas type du patient, qui, ressentant un certain conflit interne décide de consulter un thérapeute pour demander de l'aide. La consultation peut être provoquée par une tierce personne qui demande une consultation ou pour laquelle elle est demandée n'est pas toujours celle qui souffre.»*

La demande n'est pas la même pour tous les patients. Quand nous sommes malades, des fois ce n'est pas nous-mêmes qui nous choisissions le soignant à consulter. Les parents ou les amis peuvent nous orienter chez tel ou tel autre soignant. C'est ainsi qu'il devient difficile de reconnaître ce qui est désiré. On peut retenir avec Grossen et Orvig (2006, p. 130) que *« l'analyse de la demande serait un processus de reformulation de la demande initiale du patient. »*

Il s'agit de mettre au clair ce qui est demandé, avoir l'idée de ce qui est recherché, comprendre ce qui est demandé pour servir le menu qui est commandé. C'est extraire dans des demandes des fois contradictoires, celle qui convient à la personne pour l'aider à résoudre ses problèmes.

4.2.3. L'entretien centré sur le sujet

Il s'agit de rester le plus proche de la demande du consultant. Chaque individu fonctionne de sa propre manière. Il a toujours ses particularités par rapport aux autres, sa propre façon de trouver les voies efficaces qui lui permettent de résoudre les problèmes. De même, il sait ce qu'il peut faire et ce qu'il ne peut pas faire. Rogers et Kinget (1973, p.15) avancent l'idée que :

> *« Le client doit être le centre de l'entreprise non simplement dans le sens qu'il est le bénéficiaire, mais dans un sens plus intrinsèque. La prise de conscience de son expérience personnelle doit servir de guide et de critère au processus de réorganisation de ses attitudes et à la conduite ultérieure de sa vie. »*

Etant donné que les voies proposées doivent être appliquées par le patient, ce dernier doit alors participer activement dans la proposition des solutions à ces dernières. Quand le moment viendra de les pratiquer, il se sentira plus capable de le faire et y parviendra facilement.

A quoi bon alors de prescrire à un malade un médicament qu'il ne peut prendre ou trouver ? Il faudra partir des capacités de son client pour mieux l'aider. Ainsi, pour Balint (1976, p.67),

> *« Un des buts essentiels de tout entretien est, dans la mesure du possible, de rendre le malade capable de décider lui-même quel pas suivant il va accomplir-décision que, en général, il ne pouvait pas prendre avant l'entretien. »*

A la fin de la consultation, le client rentre chez soi. En d'autres termes, il ne reste pas à côté du thérapeute pour continuer à le prendre en charge. C'est pourquoi le rendre capable d'avancer seul doit être l'objectif de la thérapie. En plus, comme le fait remarquer Balint (1976, p.158),

> *« Alors qu'il est facile de faire « avaler » à un patient une pilule, quel que soit son contenu, il est impossible de lui faire « avaler » un fragment de compréhension ou une interprétation qui n'a pas de sens pour lui au moment où on la fait. »*

Dans cette même perspective Reik (1948, p.28) dit que*« rien de ce qui peut nous être dit, de ce que nous pouvons apprendre des autres ne nous touche aussi profondément que ce que nous découvrons par nous-mêmes. »*

Seul le patient sait où et comment il souffre. En tous cas, il connaît peut être l'étiologie et les processus de développement de sa maladie plus que nulle autre personne. Ce qui peut le guérir a plus de chances d'y aboutir s'il est élaboré par lui. Il est facile de mettre en application ses propres décisions plus que celles qui sont inventées par d'autres personnes.

4.3. Les étapes et durée de l'entretien

Les étapes à suivre peuvent varier. On peut prévoir une démarche à suivre mais la situation peut la modifier. C'est ainsi qu'on peut être obligé d'interrompre les processus ou de retourner en arrière. Cependant, il faut avoir prévu comment, les grandes étapes de l'entretien se suivront.

4.3.1. Le premier moment de l'entretien

Avant d'entrer dans le cabinet de l'aidant, le client est souvent accueilli par le réceptionniste. Le client avait peut-être demandé un rendez-vous.

A sa première entrée dans le cabinet, c'est évidemment la présentation qui commence et puis le sujet expose son motif de consultation. A ce propos Muchielli(1975, p.51) explique que « *l'accueil proprement dit est le début du premier entretien. L'intention générale reste de créer la confiance et de faciliter l'expression.* »

L'aidant doit savoir que ce moment est très précieux pour le reste des entretiens. Il est donc essentiel d'exprimer les attitudes donnant l'impression de disponibilité, de volonté, de respect, de considération du sujet en présence. Il est essentiel de faire remarquer avec Grossen et Orvig (2006, p.129) que

> « *Le premier entretien revêt un statut particulier. Non seulement c'est là que se noue, selon diverses modalités, l'alliance thérapeutique, mais c'est aussi là que le patient expose pour la première fois au thérapeute les motifs qui l'ont incité à consulter (le « problème ») et exprime de manière souvent implicite ses attentes.* »

Au cours de la première consultation, le client annonce ce qui l'a poussé à consulter. Le thérapeute et son client élaborent un programme qui permettra de satisfaire les attentes du client. C'est aussi l'idée que souligne Marty (2009, p.231) en parlant de

> « *La relation de coopération qui s'établit dès le début du traitement entre le patient et son thérapeute. Elle se noue au cours d'entretiens préliminaires qui permettent aux deux protagonistes de la relation de s'engager plus avant dans l'aventure thérapeutique ou d'y renoncer.* »

Nous constatons que le premier entretien influence les entretiens ultérieurs. Le patient s'aperçoit d'emblée de la manière dont se déroulera le reste de la thérapie. On peut dire qu'il va préparer les nouvelles rencontres en tenant compte des impressions issues de ce premier entretien.

4.3.2. Les autres moments de l'entretien

Dans une relation d'écoute thérapeutique, plusieurs séances peuvent être nécessaires pour comprendre le problème du sujet. Chaque séance doit prendre fin et si le problème n'est pas encore élucidé, un autre rendez-vous est fixé. Dans ce cas, comme l'avance Auger (1972, p. 89),

> « *En ne communiquant pas d'avance à l'aidé les limites de temps, l'aidant s'expose à voir l'interruption du contact perçue par l'aidé comme un rejet, un refus de l'écouter et de s'intéresser à lui.* »

Il est nécessaire de parler à l'avance au client des limites de temps. Il faut dire également qu'une autre occasion viendra pour continuer. Cela se fait après lui avoir montré que l'on a bien compris ce qu'il expose au cours de l'entretien. Une bonne conclusion est nécessaire étant donné que la séparation peut donner l'idée de quitter un lieu qui allait le protéger. On fixe finalement un autre rendez-vous si cela s'avère nécessaire.

4.3.3. L'organisation temporelle et la fin de l'entretien

Bien que le temps prévu puisse être dépassé ou ne pas être épuisé, comme l'indiquent Jeammet et al. (1980, p.332),« *en général, les entretiens ne doivent pas durer plus d'une demi-heure à trois quarts d'heure.* »

En effet, la fatigue risque d'empêcher la compréhension du problème, en conséquence, il convient de limiter le temps que va prendre chaque séance d'entretien. Concernant la clôture des rencontres, Jeammet et al. (ibidem) indiquent que c'est « *au mieux lorsque la guérison est obtenue, si non lorsqu'un des deux protagonistes ne supportent plus ce type de relation.* »

Cette idée laisse entendre que l'entretien peut prendre fin avant l'atteinte de l'objectif quand l'un des partenaires de la relation thérapeutique ne désire plus continuer les rencontres.

4.4. Les attitudes au moment de l'entretien

Les attitudes que l'aidant peut afficher pendant l'écoute du client sont nombreuses. Nous présentons l'écoute attentive, la disponibilité de l'aidant pendant l'écoute de son client et l'autorité de l'écoutant.

4.4.1. L'écoute directive

Il s'agit d'une tendance qui oppose ce que nous avons développé sur l'entretien centré sur le client. Elle oriente le client dans le sens où l'aidant voudrait voir les choses. C'est ce que Auger (1972, p.43) écrit en disant que *« accord ou désaccord ne sauraient être émis qu'à partir d'un jugement moral posé par l'aidant, basé sur sa perception à lui de la « réalité ». »*

Cette tendance empêche au sujet de s'exprimer librement. Elle amène la personne à parler dans un sens plutôt que dans l'autre. Cela constitue un obstacle à la communication ou à la compréhension de l'aidé. Pour Bellet(1989,p.80),

> *« La loi des lois de l'écoute, c'est d'entendre chacun en sa parole actuelle, autant qu'il est possible, sans prétendre lui imposer un autre parler, c'est-à-dire sans lui refuser d'être où il en est. »*

Les attitudes qui vont dans le sens d'influencer le sujet sont à éviter. Le thérapeute doit attendre son tour pour une reformulation. C'est là qu'il va exprimer la compréhension de la situation. Entretemps les signes comme« *Hum, je comprends,...* »sont indiqués pour montrer que le message est capté. Le thérapeute doit adopter l'attitude de la neutralité bienveillante et maîtriser ses émotions.

Rogers et Kinget (1973, p.113) donnent les aspects essentiels de la maîtrise émotionnelle du thérapeute. Pour eux, *« le premier réside dans la capacité de participer à l'entreprise de changement d'une autre personne sans être tenté de modeler ce changement sur l'image de soi. »*

Dans cette optique, il convient de distinguer l'empathie de la sympathie. Pour Muchielli (1975, p.61), *« l'empathie consiste à percevoir de l'intérieur d'un autre, ou encore à y participer, tout en restant soi-même. »* Cela montre que l'on montre à la personne que l'on comprend ses

problèmes sans pour autant être emporté par ces derniers. Tandis que la sympathie comme le montre encore Muchielli (1975, p.63) *« implique le partage de sentiments, d'intérêts et de fidélités communs. »*

Le thérapeute doit ainsi éviter de devenir comme le patient ou de montrer que le problème n'a rien de choquant. Il s'agit de bien gérer les émotions en face de la situation problématique.

En somme, il ne faut pas chercher à rendre le patient comme nous sommes ni à voir les choses dans le même sens que nous. Dans la même logique, Montreuil (2006, p.12) dit que l'entretien clinique répond à des principes : *«écoute attentive en suivant le mot à mot du discours du sujet, neutralité bienveillante, l'avis du clinicien ne doit pas intervenir dans l'entretien, attitude ni rigide, ni distante,... .»*

Le respect de sa croyance doit être de rigueur. Il faut comprendre le locuteur tel qu'il s'exprime sans vouloir l'influencer ou devenir comme lui et rester toujours attentif à son discours.

4.4.2. La disponibilité

Pour accomplir une tâche, on doit prévoir le temps nécessaire pour le faire. Pour une rencontre, on se fixe un rendez-vous. La façon dont nous utilisons le temps retentit considérablement sur l'image que nous avons de la rencontre avec la personne à écouter. Il ne s'agit pas d'être là ou de dire qu'on est disponible pour convaincre qu'on est vraiment disponible. Il faut surtout le prouver par des attitudes appropriées. On peut être là physiquement sans y être psychiquement. D'après Auger (1972, p.41), *« la principale source de distraction de l'aidant provient de son propre discours intérieur. »*

Cette observation de l'auteur montre que le fait de se distraire dans ses affaires, de penser à autre chose, fait que l'aidant s'écoute lui-même au lieu d'écouter l'autre. C'est donc *« le phénomène de la troisième oreille »*.L'aidant doit donc concentrer son attention sur la personne en consultation. Ainsi, *« le thérapeute ne manifeste aucun signe d'impatience... »* affirment Rogers et Kinget (1973, p.140). Quand il faut écouter une personne en difficultés, on doit montrer qu'on a du temps, qu'on n'est pas pressé, ni pressant.

4.4.3. L'autorité de l'écoutant

L'écoute thérapeutique est une rencontre de deux personnes, le consultant, en tant que patient est dans une position inférieure. Il est demandeur et n'a qu'à attendre ce qu'on va lui donner. Le soignant est apparemment le chef ou le supérieur dans cette situation et l'organisation des lieux de consultation donne aussi cette impression. C'est l'idée que Rogers et Kinget (1973, pp26-27) soulignent quand ils disent que

> *« Ce langage des objets et dispositions physiques joue d'ailleurs un rôle non négligeable dans la situation thérapeutique. Ainsi, la position assise du client vis-à-vis du thérapeute-arrangement typique de la thérapie rogérienne-contient un « message ». »*

Un thérapeute qui a cette vision se dira qu'il est responsable de tout le changement attendu. Le patient lui aussi aura tendance à attendre le miracle que son supérieur va produire. Or, nous avons déjà montré qu'une bonne écoute doit être centrée sur le client. Les modifications nécessaires doivent provenir du consultant, qui est appelé à les mettre en application. Pour Benjamin (1978, p.104) :

> *« Si vous avez tendance à trop parler davantage que l'interviewé, vous contribuez à bloquer la communication entre vous. Il est vraisemblable que vous vous conduisiez comme détenteur d'autorité, comme supérieur dans l'entretien, qui doit être écouté respectueusement, et il est vraisemblable aussi que l'interviewé vous perçoive de cette façon. »*

En fait, si le thérapeute n'accepte pas de « *s'abaisser* », les objectifs de l'écoute ne vont pas être atteints. Au lieu d'écouter, il va alors se concentrer sur ce qu'il a à expliquer. C'est dans l'écoute du patient que réside l'efficacité de la thérapie. Pour Bellet (1989, p.23) il faut que *« l'écoute donne à celui qui est écouté de pouvoir s'écouter lui-même. »*

L'écoute permet au malade de s'entendre lui-même. Pour ainsi comprendre comment la souffrance s'est développée au cours de son histoire, sa cause réelle. Il s'agit d'activer le processus qui était déjà installé dans l'individu, lui accorder une aide nécessaire pour relier la pensée aux paroles.

4.5. Les principes déontologiques de l'écoute

Chaque profession a des lois et des codes à suivre. Pendant l'écoute, le consultant expose ses secrets qu'il ne peut pas accepter qu'ils soient révélés à n'importe qui. Le consultant doit les garder en lui par le fait qu'ils constituent l'intimité de la personne à écouter. Selon Rogers et Kinget (1973, p.74),

> *« La sécurité externe découle du secret professionnel, c'est-à-dire la discrétion du thérapeute. Elle protège le client contre les critiques, les reproches ou les représailles des tierces personnes et, par-là offre une sécurité d'ordre social et, éventuellement légal. »*

C'est pourquoi l'écoutant ne doit pas du tout dire à quelqu'un d'autre ce qui lui a été confié par le consultant. Ainsi pour Auger (1972, p.97), *« l'aidé demeure toujours le propriétaire de son information et aucun usage ne peut ordinairement en être fait sans son accord explicite. »*

Le thérapeute a le devoir de protéger la personne qu'il a écoutée. Avant de commencer à écouter, le thérapeute doit l'assurer que des tierces personnes ne pourront pas entendre le contenu des échanges avec son client. Il doit assurer le client du respect de la confidentialité et vraiment le faire sans aucun détour.

4.6. La conclusion du chapitre

Ce chapitre a permis de montrer que la pièce où se fait l'écoute doit être discrète pour permettre au client de s'exprimer aisément. L'aidant mérite d'avoir la qualification qui peut lui permettre de comprendre son client. La confiance du client envers son thérapeute est d'une importance capitale.

Lors de l'écoute des messages verbaux, le thérapeute est aussi appelé à recevoir les messages non verbaux de son client. Il convient aussi de bien cerner ce que le client demande et l'écoute d'un client peut prendre plusieurs séances d'entretiens. Durant ces entretiens, le client doit être le centre des activités tandis que l'aidant se montre réceptif, disponible en adoptant les attitudes de neutralité bienveillante et une disponibilité totale.

CHAPITRE V : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE LARECHERCHE

Dans ce chapitre, nous avons essayé de circonscrire, en premier lieu, la problématique de notre recherche. En second lieu, nous avons mis en évidence les questions de recherche puis présenté les objectifs dans le but d'orienter notre recherche. Enfin, nous avons indiqué la démarche méthodologique adaptée pour recueillir les données, la manière de faire l'échantillonnage des personnes enquêtées et le type d'analyse retenu pour traiter et interpréter les résultats de la présente recherche.

5.1.La problématique

Analyser le PEGM paraît essentiel dans la mesure où le projet revêt une importance capitale pour la population burundaise qui traverse les crises successives. Comme le soulignent Paillé et Muchielli (2005, p.16) pour le chercheur,

> « *La compréhension d'une réalité qu'il va étudier prend racine dès la construction de la problématique d'une question à résoudre au sujet d'un phénomène dont il a une vague connaissance.*»

Nous avons jugé bon de savoir en réalité ce qui se fait dans ce projet qui s'est donné pour objectif la guérison des mémoires. Les crises qu'a connues le Burundi ont occasionné de multiples difficultés. Par exemple les familles ont perdu leurs membres, des enfants se sont retrouvés sans parent(s) ou des personnes sans conjoints ou conjointes. Cette situation pouvant s'aggraver surtout à la vue des auteurs de ces crimes.

Des difficultés pareilles ont existé et existent encore de nos jours et ont été accentuées par la guerre qui a commencé en octobre 1993 et les troubles qui s'observent actuellement au Burundi. En effet, avec cette crise, le nombre de personnes en difficultés a augmenté considérablement. On assiste à l'attente à l'agression, à l'insécurité généralisée, à l'irruption soudaine de la violence, à la privation des besoins de première nécessité, aux violences de tous genres et cela a entraîné des conséquences désastreuses sur la vie de la population.

Le gouvernement du Burundi a fourni des efforts pour améliorer la vie socio-économique de la population sans pour autant s'intéresser à sa santé surtout la santé mentale. Les services de démobilisation ont été multipliés mais rares sont les services de prise en charge psychologique.

Toutefois, l'importance de l'écoute pour libérer les esprits souffrant de toutes sortes de problèmes est considérable. Nombreux thérapeutes le soulignent. Ainsi Jung (1895, p.3) affirme qu'« *on ne saurait nier que tenir un discours à quelqu'un, que le sermonner est parfois une chose excellente qui peut être salutaire.* » et Freud et Breuer (1895, p.276) ajoutent que « *l'être humain trouve dans le langage un équivalent grâce auquel l'affect peut être abrégé.*»

On ne saurait donc contester l'initiative de l'Eglise catholique à instaurer ce projet bien qu'elle ne soit pas une institution thérapeutique. A ce propos, Adler et Jahn(1958, p.18) nous éclairent en disant que :

> « *L'église n'est pas une institution thérapeutique. Si, sous l'influence de la psychothérapie, quelqu'un essaie d'interpréter la nature de l'église dans ce sens, il rendrait d'avance impossible toute discussion entre cure d'âmes chrétiennes et la cure d'âmes laïque. L'église parle à l'humanité de jugement et de grâce, elle lui parle du péché et de rédemption, elle console l'homme de ses peines, lorsqu'il est resté inaccessible à tout réconfort humain.* »

Nous remarquons que l'église a une autre mission qui, de toutes les façons, n'est pas la psychothérapie. En plus, la doctrine chrétienne s'oppose à certaines pratiques psychothérapeutiques et prévoit d'autres moyens de secours si la santé mentale des adeptes se trouve en difficultés. Sur ce propos, Tournebise (2001, p.21) nous fait savoir qu'

> « *Autrefois l'exorciste luttait contre les forces du mal, aujourd'hui les thérapeutes luttent contre les pathologies(...) le problème c'est surtout qu'on continue à croire que la solution est dans la lutte contre le mal alors que la solution est dans l'accueil. Ce n'est pas quelque chose à combattre, mais quelque chose à faire naître.*»

L'écoute faite dans un tel contexte peut subir des influences néfastes de la part des pratiques de l'Eglise catholique.

Certaines conceptions peuvent empêcher les animateurs psychosociaux de bien accomplir leurs tâches. Quand on écoute, on ne vise ni la conversion ni la rédemption mais la décharge.

La conception étiologique selon laquelle, le Satan est source des maladies surtout les maladies mentales diffère de celle de la psychologie. La conception psychologique soutient quant à elle, que l'origine du mal que vit l'homme provient soit de son intérieur, soit des conflits avec l'environnement dans lequel il est plongé. Adler et Jahn (1958, p.68) avaient constaté que

> « *La charge d'âmes chrétiennes part de la notion du péché ; elle sait que l'homme souffre non seulement des coups du sort mais aussi de ses péchés, qu'il est responsable de ses fautes. L'être humain désire être délivré de la destinée qui l'opprime et avant tout des péchés qui le brisent. Il souhaite le pardon.* »

De cette conception étiologique découlant en fait de la prise en charge thérapeutique, les Chrétiens sont invités à ne jamais céder à la tentation, endurer la souffrance, pardonner ceux qui leur font du mal. En cas de maladie, surtout la maladie mentale, la prière est l'un de moyens envisagés. Convaincu que la guérison ou la solution lors de l'écoute est en grande partie du ressort du patient lui-même, nous pouvons nous demander si les animateurs psychosociaux permettraient une décision du patient qui va à l'encontre des commandements de l'Eglise catholique, leur superviseur. A ce propos Daujat (1976, p.268) soutient qu'

> « *Il est nécessaire à tous ceux s'occupent de l'être humain de ne pas se limiter à la seule psychologie naturelle mais de connaître la théologie. Notamment le psychiatre ne peut remplir complètement sa mission s'il ignore cette présence et cette action de la grâce quelques fois insérée au sein même des mécanismes psychologiques perturbés mais jouant un rôle capital dans l'orientation concrète de leur vie sollicitée par l'appel de Dieu.* »

Nous nous demandons si c'est la combinaison de la conception chrétienne et celle psychologique qui pourrait donner des résultats efficaces dans le PEGM. Dans ce cas les animateurs psychosociaux devraient avoir des qualités théologiques et peut être de la foi en Dieu. Dans ce cas, leurs connaissances en matière d'écoute intégreraient les notions religieuses.

Savoir comment combiner ces procédés est pertinent pour notre recherche. Que serait dans ce cas la formation d'un animateur psychosocial dans PEGM ?

En effet, ce n'est pas n'importe qui, qui est capable de guérir. La personne en difficultés a besoin d'être écoutée d'une façon spéciale. Plus ce travail est complexe et difficile, plus il nécessite de ressources matérielles et humaines (un personnel qualifié) importantes pour réussir. On pourrait ainsi se demander si les animateurs psychosociaux recrutés ont un niveau suffisant pour les tâches qui leur sont confiées.

Ils travaillent à la paroisse et s'ils ne travaillent pas en collaboration avec les curés, ils sont sous leur supervision. De toutes les façons, l'ambiance de ce milieu a des répercussions sur le travail de l'animateur ainsi que sur le patient. Les bénéficiaires parviennent-ils à distinguer les sacrements de l'écoute qui guérit ?Spanos (1998, p. 196) avait remarqué que les prêtres missionnaires par exemple avaient d'autres intentions en cherchant à guérir les malades quand il dit :

> « *En conséquence, un exorcisme réussi affirmait le pouvoir de l'église, confirmait ses valeurs et aidait à maintenir son autorité. Il était également un outil puissant de conversion des incroyants et de redoublement de fidèles.* »

Aussi constata-t-il qu'

> « *Ils n'étaient pas autorisés à quitter la maison et toute personne qui aurait pu leur suggérer une explication autre que démoniaque à leur situation, était écartée.*»

Serait-il cela qui se fait dans le PEGM ? Il convient d'explorer comment les animateurs psychosociaux distinguent dans ce contexte leurs pratiques et les conceptions de l'Eglise catholique. Ceci donnerait l'idée d'une collaboration peut être du prêtre et de l'animateur dans ce processus de guérir les mémoires. Il y aurait alors lieu de s'influencer l'un et l'autre dans ce travail. Il faut alors chercher à savoir comment une telle collaboration se fait en écoutant le sujet. Même si l'animateur était indépendant de l'état des lieux, le chrétien catholique risquera toujours de prendre ce lieu comme un lieu de cultes et non pour un espace thérapeutique.

Sur ce propos, nous trouvons explicite l'idée de Bowyer et Mielkiewicz (1986, p.89) qui, en citant C. Chiland nous disent que « *le patient n'a que trop spontanément tendance à identifier le cabinet du psychologue et le confessionnal ; et cela risque d'être une confession sans absolution.* »

D'autre part, une personne qui n'est pas catholique aura difficile à accéder à cet endroit peut-être étranger pour lui alors qu'il peut être le plus nécessiteux vis-à-vis de ce service. Les non-catholiques bénéficient-ils des services du PEGM ?

De tout ce qui précède nous nous sommes posé la question problématique générale suivante : **Quelle est analyse critique peut-on faire sur le Projet Ecoute et Guérison des Mémoires ?**

De cette question problématique générale découle une série d'autres à savoir:

a) La qualification ainsi que les autres conditions nécessaires pour l'écoute thérapeutique sont-elles optimisées ?
b) Quelles catégories de personnes, le PEGM a pu aider ?
c) L'ambiance (de l'Eglise catholique) n'aurait-elle pas des répercussions sur le travail des animateurs psychosociaux ?
d) Quelle est l'originalité du PEGM dans l'écoute et la guérison des mémoires ?
e) Quelle est l'efficacité de la méthodologie utilisée par les animateurs psychosociaux ?

5.2.Les objectifs de la recherche

5.2.1. L'objectif général

Notre objectif général est de réaliser une analyse critique du Projet Ecoute et Guérison des Mémoires.

5.2. 2. Les objectifs spécifiques

Ceux-ci ont permis de préciser l'objectif général en montrant précisément ce que nous avons voulu analyser. Ces objectifs sont les suivants:

- Mettre en évidence les ressources du PEGM et relever les catégories de patients traités dans le cadre du PEGM ;

- Analyser l'originalité des techniques utilisées par les animateurs psychosociaux dans l'écoute et guérison des mémoires ;

- Voir dans quelle mesure le projet a permis d'améliorer l'état de santé mentale des bénéficiaires.

5.3. La démarche méthodologique

Au cours des paragraphes qui vont suivre, nous montrons comment nous avons procédé pour récolter les informations, en justifiant pourquoi nous avons décidé de travailler de telle manière et non de telle autre.

5.3.1. La méthode qualitative

Nous avions le choix entre la méthode qualitative et la méthode quantitative. L'une d'elles convenait mieux à notre sujet de recherche compte tenu de sa nature et les objectifs que nous voulons atteindre. A propos de la méthode qualitative, Santiago (2001, p.54) écrit ceci :

> *« Le type qualitatif est basé sur un matériel, il s'appuie sur une démarche inductive, évaluatrice et qui ouvre sur des théories interprétatives tandis que le quantitatif traite des données métriques, suit une démarche hypothético-déductive et vérificatrice et produit des théories formelles et de portée nomothétique. »*

La méthode qualitative travaille sur de petits échantillons de personnes. En plus, c'est une méthode qui n'a pas de dimensions statistiques et qui ne vise pas la généralisation mais la compréhension. Elle privilégie l'intérêt, la nouveauté d'un thème et non sa fréquence. A ce sujet, Santiago (2001, p.15) précise encore que

> *« La plupart des ouvrages didactiques définissent la méthodologie qualitative simplement comme ce recueil des données descriptives dans des sites naturalistes, ou comme des techniques qui accordent plus d'importance aux mots qu'aux nombres. »*

Comme souligné à travers ces propos de Santiago, le nombre ou la fréquence de l'information ne compte pas beaucoup. Avec la méthode qualitative, l'information donnée par les sujets de notre enquête a été retenue et critiquée comme telle. En plus, avec cette méthode, nous avons travaillé avec peu de gens, c'est-à-dire un nombre qui a suffi à notre analyse critique. A ce propos, nous nous sommes inspiré de l'idée de Novelli(1986, p.16) qui dit que

> *« La recherche qualitative est réalisée avec des petits groupes de personnes interrogées qui généralement ne sont pas choisies sur base de la probabilité, on ne cherche pas à arriver à des conclusions définitives ou à généraliser les résultats à la population dans son ensemble. »*

Ceci est essentiel pour notre recherche dans la mesure où nous ne pouvons pas généraliser les résultats et dire d'une part que tous les coordinateurs et les animateurs du PEGM procèdent ainsi, et d'autre part que tous les bénéficiaires apprécieraient de la même façon l'écoute qui leur est offerte.

5.3.2. L'univers d'enquête et l'échantillon

Le projet que nous avons analysé a été réalisé par l'Eglise catholique du Burundi. Celle-ci est organisée en diocèse qui, à leur tour se subdivisent en paroisses. Le projet couvrait l'archidiocèse de Bujumbura, les diocèses de Muyinga, Ruyigi, Bubanza et Bururi.

Nous avons choisi de faire notre recherche dans l'archidiocèse de Bujumbura. En effet, ce dernier a été choisi parce que c'est lui qui héberge le Siège national du Projet et qui dispose de plus de centres d'écoute que les autres diocèses. Ce choix préférentiel a été aussi dicté par le fait que c'est dans l'archidiocèse de Bujumbura que le projet s'est installé en premier lieu et où il a œuvré durant longtemps. En plus, le projet n'est plus fonctionnel que dans certains centres d'écoute de ce même archidiocèse.

L'archidiocèse de Bujumbura est situé à l'ouest du Burundi et couvre le territoire de la province de Mairie, la province de Bujumbura, toute la province de Muramvya et une partie de la province de Mwaro.

Quelques succursales se trouvent sur le territoire des provinces de Bubanza et de Kayanza. En direction du sud, l'archidiocèse longe le lac Tanganyika jusqu'à la frontière avec le diocèse de Bururi.

Depuis le début du projet (Mars2006), il y avait des centres d'écoute dans toutes les 29 paroisses de l'archidiocèse de Bujumbura. Actuellement (en Août 2014), 5 centres des paroisses de Gatumba, Magara, Mutumba, Kinama, Rushubi, Saint Michel sont encore fonctionnels. Dans d'autres paroisses comme dans les autres diocèses, le projet a clôturé ses activités.

5.3.2.1. Mode de choix de l'échantillon

En fonction de l'accessibilité et de la possibilité de trouver l'information dont nous avions besoin, l'archidiocèse de Bujumbura nous a semblé le mieux indiqué. Pour trouver les paroisses où nous avons effectué l'enquête, nous avons utilisé la méthode aréolaire. Avec cette dernière, comme l'indique Muchielli (1975, p.21), *« le tirage au sort se fait non plus entre les individus, mais entre les aires. On divise une carte en quadrillés numérotés, de taille uniforme, et on tire au sort les aires où aura lieu l'enquête. »*

Nous avons regroupé ces centres selon leur situation géographique. Un groupe qui comprend les centres d'écoute se trouvant en mairie de Bujumbura, un groupe des centres se trouvant dans la direction sud de l'Archidiocèse de Bujumbura et un autre dans sa direction du nord. Par un tirage au sort, nous avons retenu un centre d'écoute dans chaque aire. Ainsi, les centres d'écoute de Mutumba, Kinama et Rushubi ont été retenus.

5.3.2.2. Critères de choix des enquêtés

L'échantillonnage stratifié nous a paru le mieux approprié pour notre étude. A ce propos, Gueguen(2001, pp.64-65) souligne que ce dernier :

> *« Consiste à diviser la population en sous-population appelées strates disposant chacune de caractéristiques distinctes. On extrait ensuite, par tirage au sort, un échantillon d'individus à l'intérieur de chacune de ces strates. L'ensemble des échantillons, qui peuvent être de la taille différente, constitue l'échantillon d'étude. »*

Ainsi, nous avons divisé notre population d'enquête en trois strates :

1. La strate des superviseurs (coordinateurs) des activités du PEGM. Ceux-ci nous ont fourni l'information en rapport avec le projet dans l'ensemble, le personnel, les programmes,...
2. La strate des animateurs psychosociaux, ce sont eux qui nous ont parlé de la pratique de l'écoute.
3. La strate de ceux qui ont bénéficié de l'aide du PEGM et pouvant effectuer une certaine évaluation du projet.

L'ensemble de l'échantillon comporte 32 enquêtés dont 2 coordinateurs : un coordinateur national et un coordinateur diocésain, 3animateurs psychosociaux et 27bénéficiaires. Pour Claparède cité par Rwagatare (1989, p.59), *« le nombre de 30 ou 40 sujets est suffisant. »*

Les coordinateurs nous ont donné les noms et numéros des téléphones de tous les animateurs puis nous les avons systématiquement contactés. Ils ont promis de lancer un communiqué, comme d'habitude pour inviter tous les bénéficiaires. Nous nous sommes entretenus avec tous les bénéficiaires qui avaient répondu à l'appel. Comme nous l'apprend Muchielli (1975, p.17),

> *« Dans certains cas privilégiés, l'enquête peut atteindre tous les individus de la population définie. Toutes les fois que l'univers sera réduit, il faut interroger tous ceux qui en font partie. »*

Etant donné qu'il était possible d'interviewer tous ceux qui avaient répondu au rendez-vous, nous les avons interrogés tous. En plus, par leur présence, ils ont ainsi manifesté leur motivation à fournir leurs avis sur le PEGM.

5.3.3.Les techniques de collecte des informations

Trois techniques ont été utilisées pour récolter les données durant notre enquête : l'observation libre, l'entretien semi-directif et l'analyse documentaire.

a) L'observation libre

Pour atteindre certains aspects des objectifs arrêtés pour cette étude, nous avons fait recours à l'observation. Pour Montreuil et Doron (2006, p.14) :

> *« L'utilisation de l'observation comme méthode de recueil des données est souvent nécessaire comme complément d'autres informations : le comportement concret du sujet, ses attitudes lors de la rencontre, fournissent d'autres éléments parfois révélateurs ou simplement posant de nouvelles questions. »*

Nous avons pu récolter au cours de notre rencontre surtout avec les animateurs des informations que nous ne pouvions pas obtenir comme telles si nous les leurs demandions verbalement.

Grâce à cette dernière, nous avons pu observer comment se présente le cabinet d'écoute et d'autres informations en rapport avec les conditions matérielles de travail dans le PEGM. Cette observation a été faite à l'aide d'une grille préparée à l'avance.

b) L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif constitue la principale technique que nous avons utilisée. Elle nous a permis de collecter les informations en interrogeant oralement nos enquêtés de manière approfondie. Nous nous étions muni d'un appareil enregistreur pour ne pas oublier des informations nécessaires à notre travail. Citant Singly, Santiago (2001,p.104) explique qu'

> *« On oppose traditionnellement les approches qualitatives aux approches quantitatives, les premières utilisant l'entretien semi-directif(...) et les secondes ayant recours à un questionnaire dont les réponses sont traitées statistiquement. »*

Le choix de cette technique est justifié par sa cohérence avec la méthode qualitative mais aussi par le fait que la majorité de notre population d'enquête est analphabète. Le sujet n'avait qu'à parler de son expérience sur le PEGM. En plus, les réponses qui ont été données aux questions que nous avions prévues ont suscité d'autres questions qui nous ont fourni des informations complémentaires. A ce propos, Unrug (1974, p.87) avance qu'il s'agit de

«Laisser parler l'enquêté, voire l'aider à parler par des relances sans pour autant diriger son discours, dire « oui » ou « hum » en répétant les derniers mots émis afin de réfuter tout ou une partie du discours. »

Avec l'entretien semi-directif, nous étions chaque fois en contact avec une seule personne car, comme le dit Touzard (1975, p. 34), *«si l'entretien est non directif ou semi-directif, il semble difficile de le mener avec deux interlocuteurs. »* Cela est aussi nécessaire pour sécuriser l'enquêté afin qu'il puisse s'exprimer librement.

c) L'analyse documentaire

Cette technique nous a servi de deux façons. Elle nous a permis de voir les sujets ayant été écoutés par les animateurs de notre enquête, et ensuite d'analyser le pas franchi à travers les rapports et autres documents du projet. Pour Muchielli (1975, p.13), l'analyse documentaire consister *à «utiliser (lire et dépouiller) la documentation écrite qui a paru sur le problème ou sur les problèmes connexes. »*

Mais, si les documents renfermaient des informations utiles à notre recherche, celles-ci nécessitaient des explications car des fois elles n'étaient pas claires.

5.3.4. La Pré-enquête

Après l'élaboration de notre guide d'entretien, après avoir fixé les critères de choix des enquêtés et les techniques de recherche, nous avons procédé à une pré-enquête pour nous préparer à l'enquête proprement dite. Nous avons ainsi effectué la pré-enquête au centre d'écoute de la paroisse Saint Michel. Ce centre constitue un lieu où nous pouvions rencontrer au moins un membre de chacune des strates de notre population d'enquête.

Cette pré-enquête nous a permis d'ajouter une question et une sous-question, d'estimer les moyens nécessaires pour faire l'enquête, sans oublier qu'elle nous a aidé à nous familiariser avec la population d'enquête et de connaître les centres d'écoute des différentes paroisses de l'archidiocèse de Bujumbura, les adresses des animateurs qui allaient nous aider à atteindre les bénéficiaires.

Nous avons jugé bon de préciser certaines questions. Ainsi à la question n°4 du guide d'entretien pour les animateurs, nous avons ajouté une sous-question (Y aurait-il des personnes qui se déclarent guéries ?).Nous avons aussi constaté que la question n° 5 dans le guide d'entretien destiné aux bénéficiaires méritait être une sous-question de la question n°4 plutôt qu'être une question à part et nous sommes resté avec cinq questions au lieu de six.

5.3.5. L'enquête proprement dite

Assuré de l'intelligibilité de nos guides d'entretien et après avoir prédéterminé les lieux de notre terrain d'enquête, nous avons demandé des rendez-vous aux enquêtés. Pour éviter de perdre ou d'oublier certaines informations, nous nous étions muni d'un appareil enregistreur et d'un exemplaire du guide d'entretien.

Au début de chaque entretien, nous nous présentions à notre interlocuteur et lui garantissions la confidentialité et l'anonymat quant à son identité. Après avoir accepté de nous donner les informations, nous justifions l'intérêt pour nous d'utiliser un appareil enregistreur dans ce genre de travail et passions enfin à l'interview.

Nous posions une question ouverte portant sur un thème correspondant à un objectif et attendions que notre enquêté réponde librement. Quand l'interviewé manifestait une éventuelle incompréhension ou une résistance face à une question, nous intervenions par des relances pour éclaircir la question ou essayer de lever sa résistance. Comme la plupart des bénéficiaires s'attachaient à développer en long et en large leur situation problématique, nous leur avons manifesté une attitude neutre marquée de compréhension plutôt que de nous hâter à poser les questions prévues dans notre guide d'entretien.

Quand nous avons réécouté les informations récoltées dans les différents centres d'écoute, nous avons constaté que nos enquêtés revenez sur les mêmes informations. Ceci nous a donné l'idée d'avoir récolté le maximum d'informations car une saturation de l'information venait de se manifester.

5.4. Méthode de traitement des données

Nous avons procédé à la retranscription sur papier des informations enregistrées et ensuite regroupé ces dernières suivant les thèmes qui dérivent des objectifs de l'étude. Par l'analyse de contenu, ces informations ont été confrontées les unes aux autres pour enfin en tirer les idées constantes ayant servi pour déterminer les avis des uns et des autres quant à l'impact du PEGM.

5.5. Conclusion du chapitre

Dans l'ensemble, nous avons été satisfait de la manière dont l'enquête a été réalisée. Nous avons présenté la problématique de notre recherche, l'objectif général et les objectifs spécifiques ainsi que la méthodologie de la recherche. Après le recueil des données, il nous a fallu mettre en évidence les informations recueillies. Après la première partie, nous avons présenté et analysé les données puis nous avons interprété les résultats de recherche.

DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION DES DONNEES, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

NOTICE INTRODUCTIVE DE LA DEUXIEME PARTIE DU TRAVAIL

Des organisations tant nationales qu'internationales ont toujours accordé des financements pour des projets visant l'amélioration de l'état économique, sanitaire et/ ou social des populations burundaises. La réussite ou l'atteinte des objectifs du projet est conditionnée par la façon dont les ressources humaines et matérielles sont utilisées. Suivant la réussite ou l'échec d'un projet, des critiques positives et/ou négatives peuvent être relevées.

Les données que nous présentons dans cette partie ont été récoltées auprès de trente-deux personnes : coordinateurs, animateurs et bénéficiaires. Pour que l'anonymat de nos enquêtés soit garanti, nous avons opté de leur attribuer de nouvelles appellations. Ainsi, nous avons baptisé par C les coordinateurs, par A les animateurs psychosociaux et par B les bénéficiaires. Ces lettres sont suivies par des chiffres qui indiquent l'ordre des interviews réalisées avec ces derniers.

Notre travail, se proposant de faire une sorte d'évaluation du PEGM surtout en ce qui est de l'écoute et guérison des mémoires, s'articule sur les thèmes(ou chapitres de la 2ème partie) repris dans le tableau ci-après :

Tableau 1 : Grille d'Analyse des données de l'enquête

THEMES	SOUS-THEMES	INDICATEURS
I. Ressources humaines et matérielles	- Le personnel administratif et Technique - Les bénéficiaires	• L'âge, l'expérience et le niveau de formation • Les critères de recrutement • Beaucoup de femmes
	- Les infrastructures du projet	• L'état du cabinet d'écoute • La disposition intérieure du cabinet
	- La collaboration avec les autres intervenants	• La place du curé de la paroisse dans l'aide offerte au consultant • Les rapports avec les collègues et d'autres partenaires
	- Les genres de difficultés traitées	• Les traumatismes de guerre • Les conflits interpersonnels • Les conditions de vie misérables • L'insuffisance des connaissances
II. Méthodologie d'écoute et guérison des mémoires	- La sensibilisation de la population sur le projet	• Les communiqués paroissiaux • Les émissions radiodiffusées • Les messages des anciens bénéficiaires
	- L'écoute individuelle	• L'exposition du problème • Les conseils de l'animateur

	- Les problèmes liés à l'écoute	• Le trop de sympathie • Le sacrifice et le bénévolat • La sollicitation d'aide matérielle
	- Les groupes de parole et de travail	• Les réunions d'échanges entre personnes ayant le même type de problèmes • Les activités génératrices de revenus • Les activités ludiques et culturelles
III. Appréciation du projet par le personnel et par les bénéficiaires	- Les indices de la contribution du PEGM	• Les témoignages des bénéficiaires • La montée des effectifs des demandeurs
	- L'impact du PEGM sur les conditions de vie des bénéficiaires	• Amélioration de l'état de santé et de la qualité du sommeil • La réhabilitation des relations d'entente • La réintégration socioprofessionnelle
	- Les perspectives d'avenir	• Souhaits d'élargissement du programme • Nécessité d'une assistance matérielle

CHAPITRE VI : LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES

Toute entreprise a besoin des personnes pour fonctionner. Ces dernières travaillent dans des infrastructures bien aménagées. Le PEGM devrait ainsi avoir des infrastructures où se font l'écoute et la guérison des mémoires sans oublier le matériel favorisant l'expression-écoute des clients. Parmi les conditions qu'un personnel doit remplir, on peut citer l'âge, l'expérience et une formation suffisante selon la délicatesse du travail à accomplir.

Les étudiants qui sortent d'une école de formation disposent d'une multitude de théories. Mais il leur faut aussi confronter les théories à la pratique, de préférence sous la direction d'un ancien du domaine. Cela permet de dépasser des connaissances livresques, les remettre en question devant les changements permanents des cas à traiter. Nous avons montré dans ce chapitre ce qu'il en est dans le PEGM. Nous avons également parlé des personnes qui collaborent avec les animateurs psychosociaux et les cas traités par ces derniers.

6.1. Le personnel technique et administratif interviewé

6.1.1. Présentation

Le tableau ci-après présente certains éléments du profil du personnel du PEGM interviewé.

Tableau 2 : Profil du personnel enquêté

Statut	Age	Niveau d'études	Profession
Coordinateur1	41	Licence en P.C.S	Psychologue
Coordinateur2	41	Licence en P.C.S	Psychologue
Animateur1	49	A3 E.T.A.S	Agronome
Animateur2	50	D6	Enseignant de l'E.P
Animateur3	53	6^{eme} année primaire	Cultivateur

Comme on peut le constater avec ce tableau, seuls les coordinateurs du projet sontdes psychologues de formation, les animateurs ayant des qualifications autres que cela. Ils ont six ans d'expérience car ils ont commencé à faire la psychothérapie avec le PEGM sauf C1 qui avait fait

un travail pareil dans une autre organisation. Ils ont suivi des formations diverses comme le fait savoir C1 :

> « *Ils ont été formés sur les techniques de counselling, la tenue d'une chambre d'écoute, avec des prestataires compétents. Dans l'ensemble, les animateurs psychosociaux ont appris les techniques diverses de prise en charge multidimensionnelle des victimes des traumatismes en général et des violences diverses en particulier.* »

Cette intervention montre qu'on a dû d'abord les préparer aux tâches qu'ils allaient accomplir. La durée allouée à ces formations était de vingt un jours, un temps qui est très court. Il s'agit de l'avis que nous partageons avec Balint (1976, p.169) qui écrit que« *trois semaines ou moins, pour un tel sujet, trois mois sont insuffisants pour acquérir une formation en psychothérapie.* »

Formés pendant une période vraiment courte, les animateurs n'ont pas pu avoir une occasion de s'entraîner sous la direction d'un ancien, comme on le fait pour des étudiants stagiaires en cours de formation. On peut s'imaginer les risques encourus par ces animateurs directement confrontés aux personnes en difficultés avec peu de théories et une très courte expérience. Parlant de cette faible formation des animateurs, Nshimirimana, un consultant du PEGM écrit dans son rapport sur le PEGM que « *la formation des animateurs non continue, les animateurs n'ont pas un grand niveau de formation et les types de cas sont très dynamiques.* »

Cette observation montre que les animateurs n'ont même pas pu poursuivre leur formation. Malgré cela, ils n'ont pas cessé d'accueillir de nouveaux cas. La réussite de ce projet laisse à désirer aussi longtemps qu'on négligera la place de la formation car on ne peut donner que ce qu'on a.

6.1.2. Les conditions de recrutement des animateurs psychosociaux du PEGM

Pour être efficace, un personnel doit être recruté sur base des critères bien définis pour « *mettre dans des places qu'il faut des hommes qu'il faut.* » Comme nous venons de le montrer dans les pages précédentes et comme l'affirme C2, le recrutement des animateurs n'a pas tenu compte de la formation dans le domaine de la prise en charge psychosociale.

Pour C2 :

> « *Les animateurs mu kubatora twafashe ama critères, iya mbere ni uko aba ari umuntu afise confidentialité kandi umuntu ari impartial, afise sens d'organisation kuko ni mu ma paruwase babatora (....) formation ntayo twaravye cane. Bose bari aba Katolika kuko ni Patiri yabatora, benshi ni aba Directeur n'abarimu.*»

Ce qui veut dire :

> « *Pour recruter les animateurs, nous avons pris les critères suivants : le premier est que le candidat devait être une personne de confiance et impartiale, qui a le sens d'organisation étant donné que ces personnes sont choisies dans les paroisses, quelqu'un qui est actif dans d'autres domaines, (...) nous n'avons pas beaucoup tenu compte de leur formation. Comme tous sont des catholiques, ils étaient choisis par le curé. La plupart étaient des directeurs et des enseignants de l'école primaire.* »

Ces propos de C2 ne sont pas très différents de ceux de C1 qui nous a fait savoir que « *les animateurs ont un niveau A2 (Ecole normale, ENEFA, ECOSO et Catéchiste). Ils sont natifs du milieu et sont choisis par les curés de paroisses parmi les gens moralement intègres et ayant un sens de responsabilité sociale.* »

A travers les propos de ces administratifs du PEGM, nous remarquons que l'appartenance à l'Eglise catholique a pris une place de choix dans le recrutement des animateurs. Avait la chance d'être retenu celui qui est vu comme participant actif par l'autorité de la paroisse.

Nous remarquons aussi que le travail a été donné aux gens qui avaient d'autres fonctions, ce qui peut nous amener à nous interroger sur leur disponibilité. Etant des fonctionnaires de l'Etat, ils doivent se présenter à ce service. Ils sont disponibles au cabinet les week end, un temps que nous jugeons insuffisant pour recevoir beaucoup de clients. Ils ont été aussi choisis par des curés, qui en réalités ne maîtrisaient pas le rôle de l'animateur psychosocial.

Interrogé sur le pourquoi de ne pas tenir compte d'une formation préalable pour minimiser ces critères pour nous non objectifs, C1 a répondu ceci : « *ivyo vyose vyatewe n'uburyo buke.* » ce qui veut dire : « *cela a été dû à l'insuffisance des moyens financiers.*»

Comme la rémunération n'était pas suffisante et que les animateurs de formation « *élevée* » demanderaient plus, on a préféré donner la tâche à ceux qui peuvent l'accomplir sans demander trop. Etant donné qu'il n'y avait pas de moyens pour payer des personnes bien formés dans le domaine de la prise en charge psychosociale, on a accepté de réaliser bénévolement l'écoute ce qui ne manque pas de conséquences sur la qualité des services rendus. Pour Richelle (1978, p.148),

> « *Parce que le détenteur d'un diplôme technique se paie moins cher qu'un diplômé universitaire et sera d'autant plus docile, un gain de fatuité aidant, qu'il se verra confier des tâches qui devraient revenir à un psychologue plus compétent que lui.* »

Dans le but de minimiser le coût des salaires, le PEGM a recruté des animateurs qui n'étaient pas en vérité bien préparés à des prestations scientifiquement fondées en matière d'écoute et guérison psychologiques. En plus, le temps alloué à la formation de ces gens non avisés des pratiques psychologiques a été court. Or, comme le fait savoir Nahoum (1975, p.175) :

> « *Avant de penser à enseigner la technique de l'entretien, il faut faire acquérir aux futurs interviewers toutes les connaissances scientifiques nécessaires à la compréhension des problèmes qu'ils auront à traiter.* »

Nous pouvons noter ici qu'une personne de niveau 6ème année primaire, un catéchiste qui n'a pas terminé l'école secondaire, n'a pas un niveau suffisant pour comprendre et pratiquer les dimensions de l'écoute psychologique ou du traumatisme. Il y a aussi lieu de penser que même ceux qui ont accepté de travailler n'étaient pas bien rémunérés, ce qui pouvait influencer leur niveau de motivation au service.

Un autre fait qui a attiré notre attention sur le personnel du PEGM est que certains animateurs étaient eux-mêmes traumatisés. On a dû d'abord les soigner puis, ils ont été initiés à guérir les autres. Le rapport de Nshimirimana nous fait savoir que « *le projet a d'abord facilité la guérison des mémoires des membres du personnel du projet, notamment les animateurs paroissiaux.* »

A notre avis, cela peut donner des résultats tant négatifs que positifs. D'une part, on n'est pas nécessairement sûr de la guérison totale de cette personne, ce qui ferait qu'on aurait fait recours à une personne encore malade. D'autre part, le témoignage d'une personne qui avait des

problèmes, mais qui actuellement n'a plus de ces problèmes peut inciter les autres à avoir confiance aux services offerts.

6.1.3 Présentation des bénéficiaires

Même s'il nous est difficile de présenter un à un les 27 bénéficiaires interviewés, faisons remarquer que 16 sont des femmes âgées de plus de 35 ans, 3 jeunes filles de moins de 18 ans et 8 hommes de plus de 40 ans.

Douze de ces femmes souffrent des traumatismes liés aux crises sociopolitiques burundaises, en l'occurrence celle de 1993. Elles ont assisté aux tueries de leurs enfants et/ou de leurs maris. Les cinq autres endurent des conditions de vie misérables car elles sont délaissées par leurs maris et sont obligés de s'occuper seules des enfants ou ne sont pas en bonnes relations avec leurs époux. Les trois jeunes filles présentent des difficultés semblables de part leur origine. Elles sont orphelines suite à la dite crise d'où des fois elles connaissent des mauvais rêves et ont des difficultés à trouver le sommeil.

Quant aux hommes, cinq souffrent lors d'un rappel de leurs biens qui ont été pillés ou incendiés pendant la même crise. Les trois autres présentent des difficultés dues au fait qu'ils ne parviennent pas à se réconcilier avec ceux qui leur ont fait du mal.

6.2. Les infrastructures du projet

Avant de parler de l'état des cabinets d'écoute des animateurs psychosociaux, nous présentons d'abord ces derniers d'une manière générale.

6.2.1. Présentation

Il s'agit ici des cabinets dans lesquels les consultants sont reçus. Est-ce que ces lieux permettent-ils l'expression et l'écoute confidentielle des problèmes du consultant par leur état et leur disposition intérieure? Les animateurs nous ont fait savoir que des fois, ils font l'écoute n'importe où, où ils croisent les nécessitants, dans les succursales par exemple. En plus, ils font l'animation en plein air à la sortie de la messe surtout et ensuite, ils reçoivent ceux qui ont besoin d'eux pour les écouter à un endroit retiré du public. En fait, ils disposent des cabinets d'écoute dans les locaux des paroisses de leur ressort.

6.2.2. L'état du cabinet d'écoute

Les cabinets des animateurs du PEGM sont des chambrettes attachées aux bureaux paroissiaux. Ces dernières ne sont pas indépendantes, le cabinet n°1 visité est un corridor qui mène vers le secrétariat de la paroisse. Qui veut sortir ou entrer au secrétariat passe par là. On observe des images et des croix suspendues sur les murs. L'animateur n°2 n'avait plus de cabinet, il utilisait une chambrette du couvent des religieuses. Au moment de l'enquête, il travaillait dans une classe de l'école primaire proche de la paroisse ou dans une salle qu'il trouvait ouverte et disponible. Il en est de même pour A3 qui comptait demander au curé une chambre bien qu'il ne voyait pas laquelle demander.

En somme, les cabinets d'écoute des animateurs psychosociaux, là où on les trouve, sont à l'intérieur de la paroisse. C'est aussi le constat de Nshimirimana qui écrit dans son rapport que

> « *Les centres d'écoute et de guérison des mémoires sont en grande majorité situés à l'intérieur des paroisses et cela limite l'accès de certaines personnes d'autres religions. D'autres centres sont dans des endroits non discrets et l'on observe qu'il y a des gens qui ont peur d'entrer dans ce genre de centres sous peur de stigmatisation.* »

Les remarques qui découlent de cette observation sont les suivantes : les non-catholiques n'ont pas beaucoup profité du service du PEGM et certains catholiques n'ont pas pu accéder aux services de ce dernier de peur d'être stigmatisés. En fait, on accepte difficilement d'y entrer et des fois, on y entre en cachette pour subir le traitement du traumatisé. Compte tenu de ce fait, un cabinet d'écoute devrait être un lieu où on entre et sort sans être vu par des personnes tierces. A ce sujet, Lachal, Ouss-Ryngaert et al. (2003, p. 139) précisent qu'

> « *Il est important que les murs fournissent une isolation phonique suffisante, que la confidentialité de la séance soit respectée et enfin que les sujets puissent quitter la salle sans rencontrer des connaissances.* »

Nous estimons en fin de compte que ces cabinets d'écoute, où on entend bien celui qui parle étant dans la chambrette proche, où on est obligé de se taire pour laisser les passants traverser le corridor, avec des murs chargés des objets suscitant de la distraction ou des interprétations

religieuses diverses,...des cabinets qui, des fois n'existent pas ce qui fait qu'on écoute une personne en difficulté en plein air, n'ont pas satisfait les conditions nécessaires pour une bonne écoute.

6.3. La collaboration avec les autres intervenants

Il s'agit ici de montrer à qui le personnel du PEGM transfère les cas qu'il ne parvient pas à traiter. Pour répondre à la question posée dans la problématique sur la collaboration entre le curé de la paroisse et l'animateur, voyons d'abord ce qu'il en est à ce propos.

6.3.1. La collaboration du curé avec l'animateur

Nous avons déjà montré que les centres d'écoute sont situés à l'intérieur des paroisses. Ces animateurs sont sous le contrôle des prêtres y résidant et par le curé de la paroisse en particulier. Ceci revient à dire que tout ce qui se fait là doit être connu par l'autorité paroissiale. Ainsi l'animateur psychosocial donne un rapport mensuel au curé de la paroisse. Le curé intervient dans l'exécution des tâches de l'animateur.

Selon A1,

> « *Aduze ku ma succursales arandugana kw'ipikipiki. Hariho n'abantu yama andungikira nanje nyene hari abo nama ndungika kwa patiri.* » Ce qui veut dire, *« s'il part dans les succursales, il me prend sur sa moto. Il y a des personnes que le prêtre me transfère et moi aussi, il y en a que je lui transfère. »*

On voit par là que le curé intervient dans le déplacement de l'animateur et dans l'orientation des bénéficiaires vers lui. Leur collaboration fait qu'ils se transfèrent des cas. Quant à A2, *« abapatiri baduhaye ikibanza gusa ariko ndamuha rapport menstruel. Mugabo hagize ikingora ndamusaba impanuro canke bakamfasha kumenyekanisha umugambi.* » Ce qui signifie:

> « *Les prêtres nous ont donné seulement la place où travailler mais je leur fait parvenir un rapport menstruel. Si je rencontre des problèmes, je leur demande des conseils ou bien ils m'aident à sensibiliser les gens pour le projet.* »

Ces propos permettent de constater que les prêtres peuvent influencer le travail de l'animateur. Il reste à voir si les prêtres ont des connaissances utiles au travail de l'animateur au point d'intervenir. Les animateurs comptent plus sur la compétence des prêtres dans la réalisation de l'écoute. Il arrive qu'un animateur ne soit pas sûr de sa formation et compte sur l'intervention des prêtres dans son travail de prise en charge psychosociale. C'est l'idée tirée des propos de A3 qui a souligné ce qui suit:

> *« Abapatiri turakorana cane, mbere iyaba atari nabo ntaco twoshoboye. Barereka abaturondera aho bodusanga. Hariho ama cas tudashobora tugaca tubikorako, bakatubwira bati gira uku n'uku. »*

Ce qui veut dire :

> *« Nous collaborons beaucoup avec les prêtres, n'eut été eux, nous ne pourrions rien faire. Ils orientent ceux qui viennent nous consulter. Nous faisons recours à eux pour des cas que nous ne pouvons pas traiter et ils nous montrent comment procéder. »*

Les propos de cet enquêté nous poussent à faire les réflexions suivantes : la collaboration entre le curé et l'animateur crée une relation de dépendance. L'animateur se juge incapable de rien sans l'intervention des prêtres.

La position sociale des prêtres a donc un impact sur le travail de l'animateur, ce qui peut amener ce dernier à une certaine sous-estimation de soi-même. Nous n'avons pas l'objectif de montrer que la collaboration professionnelle n'a pas d'importance. Au contraire, nous voulons montrer que les prêtres ne sont pas bien indiqués plus que les animateurs formés pour ce travail. Il faut aussi noter que l'animateur avait surtout besoin du soutien matériel de la part de la paroisse.

6.3.2. La collaboration de l'animateur avec les coordinateurs et autres intervenants

Hiérarchiquement, l'animateur psychosocial est sous la dépendance directe du coordinateur diocésain. Il lui envoie des rapports et reçoit de lui des informations et des directives. Comme nous l'a dit C2, *« uwuri kuri paroisse akorana n'uwo kuri diocèse aba ari umu psychologue de formation.* C'est-à-dire *:« celui qui se trouve à la paroisse collabore avec celui qui se trouve au diocèse, ce dernier étant un psychologue de formation. »*

On voit par là que le coordinateur a une formation plus solide que l'animateur en matière de prise en charge psychosociale. Le coordinateur devrait superviser et contrôler les animateurs qui, eux, ne sont pas suffisamment formés. Le problème est que les animateurs sont, malgré leur faible niveau de formation abandonnés à eux-mêmes. En effet, comme l'a constaté Nshimirimana : *« les coordinateurs font très peu de descentes dans les paroisses et les animateurs restent abandonnés à eux-mêmes.* »

Il existe aussi une collaboration entre la PEGM et les autres organisations de prise en charge sociale comme TPO, CNPK, APRODH et le ministère burundais chargé de la solidarité. Les animateurs y transfèrent directement des personnes ou les font passer par le coordinateur. C'est ce que nous a révélé A1 quand il a dit ceci:

> « *Uwufise nk'ibintu vy'ingorane z'amatongo tumurungika kwa juge, umwana afise ingorane zo kutarihirwa amahera n'amakaye y'ishure turahanura abavyeyi, abafise ibibazo bijanye n'agateka ka zina muntu turabereka aho babariza, abafise ingwara turabaha abari mu gwego rwa diocèse bakabasabira muri Ministère de la Solidarité bakabavuza.* »

Ce qui signifie :

> « *Celui qui a des problèmes fonciers, nous l'orientons chez le juge. Si les frais scolaires ne sont pas payés pour tel élève, nous prodiguons des conseils à ses parents. Pour ceux qui ont des problèmes en rapport avec les droits de l'homme, nous les orientons vers les services habiletés. Nous transférons ceux qui sont malades à la coordination diocésaine qui, à son tour, plaide pour eux au Ministère de la Solidarité et celui-ci leur assure les soins médicaux.* »

Ces propos permettent de constater que le PEGM collabore avec les instances judiciaires, sanitaires et les parents. Il poursuit les dossiers évoqués pendant l'écoute en entrant directement même dans les affaires familiales. Cependant, bien qu'il soit nécessaire de faire le plaidoyer, il s'agit d'une intervention qui implique plus de délicatesse. Les animateurs doivent éviter, à notre sens, de se confondre avec l'instructeur d'un dossier pour se conformer aux règles de l'écoute.

Néanmoins, il faut accepter qu'on ne peut pas offrir tous les services mais plutôt amener pendant l'écoute le sujet à trouver des voies de sortie, l'orienter sans intervenir directement. Au cas contraire, l'écoutant risquera de juger ou de proposer des conseils aux personnes pour les problèmes évoqués pendant l'écoute d'un sujet. En d'autres mots, il révèle ce qu'il a entendu au cours de l'intervention thérapeutique, ce qui peut être à l'origine des conflits entre l'écouté et les tierces personnes.

6.4. Le genre de difficultés traitées

Toutes les personnes peuvent avoir des difficultés dans leur vie ou dans leurs relations sociales avec les autres. Certes il y en a qui ont des problèmes plus graves qui nécessitant un traitement d'urgence, d'autres parviennent à vivre avec ces derniers et sans complication.

Parmi ces gens, il y a certains qui ne savent pas où chercher la solution, d'autres ont tenté d'en trouver sans succès ou ont simplement guéri.

Les difficultés que nous présentons ici sont celles qui hantent les personnes qui ont consulté les différents animateurs du PEGM interviewés pendant notre enquête. Signalons d'ores et déjà que, alors qu'ils étaient formés pour écouter surtout les traumatisés de guerre, de nouveaux casse sont ajoutés à ces derniers, ce qui a suscité beaucoup de soucis chez les animateurs qui se montraient incapables d'y faire face.

6.4.1. Les traumatismes de guerre

La guerre qui secoue le Burundi depuis 1993 a causé d'énormes difficultés sur tous les plans. Elle a fait des morts et des blessés. Certaines blessures sont physiques, d'autres sont des blessures morales ou psychiques. La majorité de ces blessés a été directement soignée surtout médicalement mais le traitement psychologique n'a pas eu lieu ou n'a pas pu guérir complètement certaines gens. A1 nous a dit à ce propos ce qui suit : « *hari abo twumviriza mubisanzwe bahahamutse kubera intambara, bafise ibikomere vyo ku mutima.* » Ce qui veut dire : « *lors de l'écoute, il arrive de rencontrer des traumatisés suite à la guerre, qui ont réellement des blessures morales.* »

Ainsi, comme cela était fixé dans leurs objectifs, les animateurs psychosociaux ont accueilli des personnes qui souffrent des traumatismes de guerre. Le sujet B1 par exemple nous a dit le problème qui l'a poussé à consulter :

> « *Nari mfise ingorane zijanye n'intambara. Navuye muri Tanzaniya ndeze ikiziga c'umwana yampfiriyeko. Dushitse muhira baguma batwiba ivyo dutunze. Kandi abantu tubana nibo babitugirira, barashatse no kwicisha umugabo wanje.* »

Ce qui veut dire :

> « *J'avais des difficultés dues à la guerre. J'ai quitté la Tanzanie en portant le cadavre de mon enfant décédé en cours de route. Arrivés à la maison, on a continué à piller nos biens. En plus, ce sont nos voisins qui faisaient cela, ils ont même tenté de faire tuer mon mari.* »

Cette personne souffre encore des problèmes de l'exil et d'autres méfaits de la guerre, des fois provoqués par les voisins. Le rappel de la tentative de tuer son mari lui a laissé une souffrance morale sans commune mesure. Il en est de même pour le cas B8 :

> « *Nari mfise ingorane z'uko abana, umugabo, mabukwe babatemaguye mbona babahora ubwoko. Mbere abana banje barabaturiye, sinashaka n'umwe amvugisha.Mbonye umuntu afise imbugita canke umupanga nariruka gushika, mukugenda nagenda ndakebaguzwa.* »

Ces propos se traduisent ainsi :

> « *Je souffrais parce que j'avais été témoin oculaire de l'assassinat de mes enfants, mon mari et ma belle-mère, victimes de leur appartenance ethnique. Par ailleurs, mes enfants ont été brulés vifs. Je ne voulais entendre personne me parler. Quand je croisais une personne détenant un couteau ou une machette, je courais à toute jambe, en marchant, je regardais à gauche et à droite, l'esprit en alerte.*»

Cet enquêté souligne que les membres de sa famille ont été tués et brulés en sa présence, à cause de leur appartenance ethnique. En conséquence il a développé une phobie pour des objets comme le couteau et la machette, il a présenté des délires de persécution d'où il ne voulait s'approcher de

personne et marchait en guettant toute personne qui pourrait l'agresser. Cette idée de Crocq et Daligrand (2007, p.88) montre qu':

> « *Un sujet traumatisé n'est pas un malade mental. Néanmoins, il éprouve une souffrance psychique pénible sur un plan psychologique et parfois invalidante sur le plan professionnel et social, et ses rapports avec le monde et autrui sont profondément perturbés.* »

La plupart des bénéficiaires (15/27) nous ont dit qu'ils ont dû consulter les animateurs suite à leur souffrance morale imputable à la guerre. A part qu'ils ont risqué eux-mêmes d'être tués pendant la guerre, ils ont assisté aux massacres des leurs. D'autres sont devenues veuves et étaient obligées d'éduquer difficilement leurs enfants orphelins de la guerre.

Pour Lachal, Ouss-Ryngaert et al. (2003, p.40),

> « *Dans les situations de catastrophes, les atteintes indirectes portent sur ce qui est perdu : les biens, la maison, la sécurité matérielle, mais aussi sur l'organisation de l'espace et du temps qui faisait cadre à l'organisation intime.* »

Les conséquences douloureuses de la guerre ne sont pas seulement celles qui touchent directement l'organisme humain. Il y a aussi ceux qui le touchent indirectement en détruisant les liens établis avec son environnement physique.

6.4.2. Les conflits interpersonnels et les conditions de vie misérables

En dépit du fait que la création du PEGM était la guérison des traumatisés de la guerre, des personnes ayant des difficultés d'une autre nature sont venues se confier aux animateurs psychosociaux. A ce propos, B3 fait savoir ceci :

> « *Jewe naragize ingorane, imyaka yose namaze umugabo ntitwumvikana, naravyara nkabura ikinyarika nkahakwa kwicwa n'inzara. Umwana namuheka mu mpuzu y'insabano.* »

C'est-à-dire :

> *« Moi j'ai connu des problèmes, toute notre vie conjugale, nous nous sommes jamais entendus moi et mon mari, quand je mettais au monde, je ne trouvais rien à manger et j'ai failli mourir de faim. Je portais le nouveau-né dans des vêtements que je mendiais auprès des voisins. »*

Ces propos de B3 montrent que les difficultés qu'elle avait ne prenaient pas origine dans la guerre. Ses problèmes existaient sans la guerre. Il s'agit de la mésentente entre elle et son époux. B6 quant à elle, a dit ceci : *« maze gupfakara, abantu baranyanse, abana barabura ikibajana kw'ishure n'izindi ngorane. »* C'est-à-dire : *« les gens m'ont détestée quand je suis devenue veuve, mes enfants ont manqué du matériel scolaire et bien d'autres problèmes nous ont assaillis. »*

La haine que les voisins ont développée envers elle, après la mort de son mari et les difficultés de payer les frais scolaires de ses enfants l'ont poussée à demander des conseils auprès de l'animateur psychosocial parce que cette femme se sentait débordée par la situation. Les propos de A2 ne sont pas très différents de ceux de ces bénéficiaires. Il nous a fait savoir ce qui suit :

> *« Hariho n'abandi twumviriza bafise ingorane kubera umubano mubi aho babaye. Mbere turumviriza n'abafise ingorane z'ubukene baza bagirango hari ico twobafasha mu vy'uburyo. »*

Ce qui veut dire :

> *« Nous écoutons aussi ceux qui ont des problèmes dus à la mauvaise cohabitation dans leurs ménages ou leur voisinage, nous recevons également ceux qui ont des problèmes de pauvreté, ceux qui viennent nous consultent croyant que nous pouvons les aider matériellement. »*

A côté de ceux qui voulaient des conseils ou être consolés en consultant les animateurs psychosociaux, d'autres venaient solliciter une aide matérielle. Ces gens ont donc confondu le rôle de l'écoutant avec celui des bienfaiteurs qui donnent des aides matérielles.

6.4.3. L'insuffisance des connaissances

Ily a des problèmes que ni les animateurs, ni les bénéficiaires n'ont pas pu détecter pour nous les révéler. C'est ce qui explique le transfert de certains cas vers la coordination ou les autres organisations de prise en charge. Pour parler comme Benjamin (1978, p.23) : *« il faut aussi accepter que nous ne sommes pas capables de tout, qu'il peut arriver un cas que nous pouvons en vérité aider en quelque chose.* »

Les animateurs psychosociaux ne pouvaient pas traiter tous les cas, même leur formation est relativement faible. Des fois, ils n'arrivaient pas à nommer toutes les difficultés rencontrées. Il leur est aussi pratiquement impossible de tout réussir comme on pouvait le souhaiter. Selon Joshi et René de Grâce (1983, p.25), *« l'influence divine, en raison de l'insuffisance de la connaissance scientifique des hommes de cette époque devenait la réponse idéale. »*Cette tendance a été aussi observée chez les bénéficiaires.

Ainsi B23 répétait à maintes reprises ceci :*« ikiri imbere ya vyose n'Imana, twoshira imbere igisabisho.»*Ce qui signifie : *« celui qui doit venir en premier lieu, c'est Dieu, et il faut accorder la priorité à la prière.* »

Cette observation nous a permis de constater que les bénéficiaires ne savent pas tout à fait ce qu'ils sont venus chercher dans le cabinet d'écoute. Nous pensons que cette situation s'explique aussi par l'emplacement des centres d'écoute.

6.5. Conclusion du chapitre

Pour conclure ce chapitre, disons que le PEGM utilise un personnel sans qualification suffisante pour les tâches à accomplir. Cela s'explique par l'insuffisance des moyens financiers. En plus, le recrutement n'a pas tenu compte des critères objectifs ou de la qualification, ce sont plutôt l'appartenance religieuse et la proximité à la paroisse qui ont été privilégiés. Ce dernier aspect aurait créé une confusion entre la prière et les bienfaits de l'écoute psychologique. Les animateurs psychosociaux font appel aux prêtres pour traiter certains cas alors qu'ils n'en ont pas la compétence, ils collaborent un peu avec les coordinateurs et d'autres intervenants en fonction de la complicité de la demande de leurs clients.

L'emplacement des cabinets d'écoute ne permet pas l'accès libre de tous les nécessitants, surtout les non catholiques car ils sont situés à l'intérieur des paroisses. Malgré cela, les animateurs ont pu traiter des cas variés même si certains leur ont échappé. Les centres d'écoute ont accueilli des individus souffrant des traumatismes de la crise burundaise de 1993 et même d'autres notamment les personnes vivant dans des conditions de vie misérables et des conséquences psychologiques dues aux conflits entre personnes.

CHAPITRE VII : METHODOLOGIE D'ECOUTE ET DE GUERISON DESMEMOIRES UTILISEE PAR LE PEGM

Nous montrons dans les pages qui suivent la façon dont procédait le PEGM pour guérir les mémoires. En effet, la guérison fondée sur les pratiques psychologiques n'est pas très connue au Burundi. Qui dit traitement sous-entend dans le langage courant l'usage d'un médicament traditionnel ou moderne. Dans les pratiques de guérir de l'Eglise catholique, on est déjà habitué aux thérapies rituelles. C'est pourquoi le PEGM devrait d'abord être sensibilisé à l'usage des pratiques psychothérapeutiques.

7.1. La sensibilisation de la population sur l'existence du PEGM

Le PEGM qui voulait alors faire recours aux traitements psychologiques devrait d'abord sensibiliser la population vis-à-vis de cette nouveauté et l'informer à propos de ses bienfaits. La sensibilisation du PEGM a été faite par quatre voies.

7.1.1. Les communiqués paroissiaux

A l'église catholique, vers la fin du culte, on réserve généralement un temps pour lire aux chrétiens les communiqués parlant des activités et d'autres nouvelles de la paroisse. Le PEGM profitait de ce temps pour porter à la connaissance du public ses services. A ce propos A1 nous a fait savoir ceci :« *twabanje kwimenyekanisha kw'i paruwase, turatanga amatangazo y'uko hariho ikigo kijejwe kwumviriza.*» Ce qui veut dire *« nous avons commencé par nous faire connaître à la paroisse, nous avons lancé des communiqués pour porter à la connaissance du public qu'il y a des activités d'écoute qui sont organisées. »*

Cela montre que le PEGM a dû d'abord informer la communauté paroissiale de l'existence de ce projet. C'est par cette voie que B10 a pris connaissance de ce projet et il l'a dit ainsi : « *uwo mugambi nawumvise bawutangaje mw'isengero.* » Ce qui signifie : « *j'ai pris connaissance de ce projet par un communiqué lancé à l'église.* »

Ceci nous permet de constater que B10 n'aurait pas connu ce projet s'il n'allait pas à la messe. En bref, les communiqués paroissiaux ont permis la sensibilisation pour le PEGM mais pour les gens qui vont prier dans les églises catholiques.

7.1.2. Les réunions et les messages des anciens bénéficiaires

A côté de ceux qui ont connu ce projet à travers les communiqués lancés à la paroisse, d'autres en ont pris connaissance par les animateurs. En effet, ils organisent des réunions de sensibilisation, des fois à la sortie de la messe ou dans les réunions des représentants des communautés ecclésiales de base. Les participants allaient à leur tour répandre l'information. A côté des messages donnés par ces représentants, l'animateur invite des personnes qu'il rencontre en cours de route. B8 en dit ceci à ce propos :

> « *Uwu mugambi nawumenyeshejwe n'uwujejwe kwumviriza... .Ambonye mw'ibarabara, ngira yarabona ukuntu mbayeho, aca ambwira ngo, ndavye ukuntu ubayeho, ndashaka ko wokwinjira mu kigo co kuremesha.* »

C'est-à-dire :

> « *J'ai pris connaissance de ce projet par celui qui s'occupe de l'écoute. Quand il m'a croisé en cours de route, peut-être qu'il a compris comment je vivais et il m'a dit : « si j'observe ta manière de vivre, je souhaiterais que tu rejoignes le centre de consolation.* » »

En observant les gens dans la rue, l'animateur pouvait constater une personne ayant des problèmes et qui nécessite de l'aide, une consolation. C'est comme s'il recrutait lui-même et en cours du chemin les personnes à écouter. A côté de ceux qui ont pris connaissance du PEGM par la voie des communiqués lancés à l'église ou par la bouche de l'animateur, il y a aussi ceux qui l'ont connu par des amis. C'est notamment le cas pour B3 qui nous a dit ceci:

> « *Uyu mugambi nawumenye kubera nari nsanzwe mfise ingorane, bakawusigura mw'isengero ariko sindawitabe, kugira ndawitabe, abo tubana nibo bambwiye yuko boshobora kumfasha mu ngorane zanje.* »Cette intervention de l'enquêté veut dire :

> « *J'ai pris connaissance de ce projet car j'avais déjà des problèmes, on en parlait à l'église, cependant, je n'y répondais pas. Pour y répondre, mes voisins m'ont dit qu'on pouvait m'aider à trouver solution à mes soucis.* »

Malgré les problèmes qu'avait B3, bien qu'il ait entendu les communiqués sur ce projet à l'église, il n'a pas pu rejoindre le projet. Il ne se dirigera vers le projet que lorsque ses voisins l'avaient déjà convaincu qu'on peut l'aider à trouver les solutions à ses problèmes. Dans la même logique Richelle (1978, p.20) fait savoir ce qui suit :

> «*Si l'avis du psychologue rencontre ce qu'ils attendent, les flatte en confirmant leur propre interprétation de la situation, paraît favorable à l'accomplissement de leurs desseins conscients ou inconscients, ils feront du clinicien la meilleure réputation, le recommandent à leurs amis et éventuellement suivront ses conseils.*»

On voit par là que plus les premiers consultants sont satisfaits de la façon dont ils ont été accueillis, plus ils vont inviter les autres à venir consulter. Des bénéficiaires du PEGM sont satisfaits de l'aide offerte par ce dernier pour le recommander aux voisins.

7.1.3. Les émissions radiodiffusées

Il y a enfin ceux qui ont connu ce projet par des émissions radiodiffusées comme nous le dit Nshimirimana,

> « *Le PEGM assure également la sensibilisation à travers des émissions radiodiffusées. Cette façon de faire a déjà produit des faits du fait que, pour certaines émissions, les gens réclament la rediffusion.* »

La radio Marie Burundi a contribué à diffuser l'information dans tous les coins où parviennent ses ondes. Ces émissions concernent la plupart des fois les jeux et les animations effectués pour une détraumatisation de masse.

Il y a lieu de faire remarquer que ce sont les chrétiens catholiques, ceux qui vont à la messe ou écoutant souvent la RMB qui avaient plus de chance d'être informés des activités du PEGM.

Toutefois, vu la masse de la population qui l'écoute, la radio devient dans ce sens une source d'information qui contribue comme une thérapie de masse et à distance.

Pour Howard, Marthoz et Sebahara(2005, p.8):

> « *Le rôle des radios est important pour la réappropriation par la population, d'une mémoire historique transparente dans un pays marqué par des décennies de non-dits et de versions officielles (et controversées) des faits passés.* »

La nouvelle ou une mauvaise information qui passe à la radio a plus de chances d'être attendue par plusieurs personnes. C'est pourquoi cette même voie peut être efficace pour annoncer le changement. Les médias peuvent être des vecteurs de la guerre ou de la guérison.

A notre avis, le fait qu'un animateur pouvait dire à une personne de le rejoindre dans son cabinet pour y être aidé n'est pas à recommander. La personne risque de voir en la personne de l'animateur quelqu'un qui veut l'interroger, lui faire dévoiler ses secrets. Mieux vaut la laisser formuler sa demande. Si non elle risque de développer une certaine résistance ce qui fait obstacle à la thérapie. A propos de cette situation Kinget (1973, p.108) fait remarquer que

> « *Le client volontaire est celui qui s'engage en thérapie, de sa propre initiative ; tandis que le client référé s'y trouve suite à l'action des tierces personnes, ... En général, le premier est très motivé, dès lors, il a tendance à se montrer actif. L'autre est souvent déterminé à résister directement ou indirectement aux efforts du thérapeute et à se soustraire à toute influence de sa part.* »

Il faut donc que le sujet lui-même prenne la décision de ce qu'il faut demander et à qui il faut le demander. Toutefois, il est nécessaire de communiquer, d'afficher ou publier l'existence d'un service. On doit aussi s'assurer que l'information est parvenue à tous les nécessitants sans distinction aucune. En fait, rien ne prouve que les catholiques soient les seuls, ni les premiers à avoir besoin de l'écoute et de la guérison des mémoires plus que les protestants par exemple ou les adeptes d'autres confessions religieuses.

7.2. L'écoute individuelle

La principale tâche des animateurs psychosociaux est l'écoute des personnes ayant des difficultés diverses. Les initiateurs du projet avaient constaté que pas mal de Burundais manquent de personnes à qui confier leur souffrance.

Ils souffraient dans leur for intérieur et des fois présentaient des manifestations visibles. L'écoute psychologique permet de comprendre l'autre avec ses besoins et dans son vécu quotidien. On finit par découvrir donc son for intérieur et comprendre ses difficultés pour enfin l'aider. Pour Barbara (1979, p.1),

> « *S'entretenir avec le patient et lui faire raconter l'histoire de la santé et de ses maladies constitue habituellement la première et la plus importante partie du processus de soins.* »

Cela montre que l'écoute est le noyau des soins qu'on peut faire à une personne en difficultés. Elle est, comme le confirment beaucoup d'auteurs, une technique psychothérapeutique consistant à recevoir la souffrance de l'autre et ainsi le décharger de cette dernière. A ce propos A1 nous a dit ceci :

> « *Turagenda ku ma succursales tugatanga ibiganiro hama tukababwira yuko uwufise ingorane dufise akanya ko kwumwumviriza, tugaca tubumviririza aho nyene canke bakaza kw'i paruwase.* »

Ce qui veut dire :

> *« Nous nous rendons aux succursales et organisons des rencontres avec les gens et puis nous informons les gens qui auraient des problèmes particuliers de venir nous voir. S'il y a du temps, nous les écoutons sur place, sinon, ils viennent nous rencontrer à la paroisse. »*

A1 commence par une animation de groupe avant de faire l'écoute individuelle. On voit aussi qu'il lui faut du temps pour faire l'écoute. A travers ses propos, nous comprenons que des gens peuvent demander spontanément d'être écoutés et sans autre préparation. D'autres peuvent le rejoindre au centre d'écoute se trouvant à la paroisse.

Néanmoins, comme le dit Nahoum (1975, p.75) :

> « *Pour qu'un conseil psychologique puisse avoir une efficacité, il faut non seulement que le sujet soit capable de se changer lui-même mais il faut aussi que le milieu permette une certaine liberté de choix parmi diverses façons de se comporter.* »

Le sujet joue un rôle primordial du fait que tout se fait par lui et sur lui. L'écoute se fait normalement sur demande et dans un lieu discret permettant l'expression libre des émotions liées à la souffrance qui est la source de perturbation. Ce n'est pas donc n'importe quand et n'importe comment que l'écoute doit se faire.

Il serait plus bénéfique si les animateurs laissaient un temps suffisant pour que les participants décident librement d'aller leur confier leurs problèmes. Au contraire, les écouter sur place présente des risques. En faisant l'écoute sur un lieu ne remplissant pas les conditions, des gens s'engageaient sans préparation. Un certain nombre d'attitudes doivent être observées par l'écoutant comme nous l'a fait savoir A2 :

> « *Mukugira écoute hariho inyifato ngira imwereka yuko yisanzuye, kugira ntagire ubwoba. Ndaraba état y'uwo muntu kuko ni je ntegerezwa kwitegura. Iyo afise ubwoba nkabumukuramwo, nkamwereka ko ndi umuntu asanzwe. Ndamuzana buhoro buhoro gushika ambwire akari ku mutima, ni vyo atovuze. Ntategerezwa kwicara kure yanje, nguma ndamuraba nkirinda kumubaza ibibazo. Nkaza ndavuga ego canke euh. Mugabo rero ntangura kumubwira imbere ya vyose ko ivyo tuza kuyaga biguma ari ibanga.* »

Ce qui veut dire :

> « *En faisant l'écoute, j'adopte une attitude qui tranquillise le client, qui lui épargne la peur. J'analyse l'état du consultant car c'est à moi de me préparer. S'il a peur, je dois le tranquilliser en lui montrant que je suis un simple être humain. Je l'amène petit à petit à me dire ce qu'il éprouve au fond de son cœur même ce qu'il a honte de dire. Il ne doit pas se placer loin de moi. Je fixe mon regard sur son visage tout en évitant de lui poser des questions. Je réplique en disant oui ou euh. Au début de l'entretien, je commence par lui garantir la confidentialité et la discrétion à l'égard de notre dialogue.*»

L'écoutant a donc comme première tâche de tranquilliser son client. L'écoute se fait lentement sans vouloir presser celui qui parle d'où il faut d'abord avoir un temps suffisant pour le préparer et s'y préparer. Pour cet animateur psychosocial, il faut surtout dire à la personne que tout ce qu'il va dire restera un secret entre lui et l'écoutant. Ainsi il va sans hésiter accepter d'exposer son vécu. En fait, le client doit être amené à tout dire même ses secrets les plus intimes.

Les personnes interviewées nous ont dit qu'elles sont satisfaites de l'écoute offerte par les Animateurs psychosociaux du PEGM. A ce propos, B2 a exprimé ce qui suit:

> « *Mukunyakira baranyumvirije bambwira bati : « iyo ibintu vyaguheranye menya ko igihe wavuka utari ubifise, ikiri imbere ya vyose ni Imana, ongera urondeze amaboko, ukundane n'abantu ariko ikiri imbere ni Imana.* »

C'est-à-dire :

> « *En m'écoutant, ils ont dû me prêter une oreille attentive en répétant ceci : « si tes biens se terminent, saches que, à la naissance tu n'avais rien, l'important c'est Dieu. Utilisez votre force, aimez les autres mais ce qui est primordial, c'est Dieu.* » »

On comprend ici que l'écoutant de B2 a montré qu'il ne devrait pas s'inquiéter d'avoir perdu sa richesse. Il lui a conseillé de garder sa confiance seulement en Dieu. Pour le cas qui nous concerne, cet animateur proposait de nier la souffrance due au manque que cet individu lui confiait. Il devrait d'abord recevoir la souffrance de son patient et laisser ce dernier s'exprimer et aussi tenter de proposer des solutions à ses problèmes. B6 nous a fait savoir quant à lui ce qui suit :« *Mu kunyakira yabanje arandeka ndasigura ingorane zanje, barambwira ko nogenda gusaba imbabazi abo twashwanye tukayaga nabo.* » Cela veut dire : « *En m'accueillant, il m'a d'abord laissé exposer mes problèmes et il m'a proposé d'aller demander pardon aux personnes avec qui nous étions en conflit et échanger avec eux.* »

Les propos de B6 permettent de constater que l'animateur psychosocial a pris le temps d'écouter le problème de son consultant avant de lui donner des conseils. C'est aussi ce que propose Nahoum (1975, p.20) quand il dit ceci:

> *« Il faut lui donner un conseil, lui apporter une aide psychologique, l'amener à prendre des décisions adaptées, préparer avec lui un plan d'action, un plan d'avenir qui assure son adaptation au milieu,... Le personnage principal est ici le sujet, ce sont ses besoins et intérêts qui ont provoqué l'entretien.»*

Cet auteur montre que ce n'est pas l'écoutant qui invente les conseils, les stratégies à adopter. Au contraire, il aide son sujet à trouver lui-même ce qui peut bien répondre efficacement à ses problèmes. Voici ce qu'il en est du cas de B23:

> *« Yanyakiye neza kubera yanyagisha akambwira ati : ivyo bigushikira vyose turabibona, tuzokwama hafi. Baratubwira ko n'uwugwaye bomufasha akaronka urupapuro rwo kuja kwivuza. Iyo ataba bo mba narahahamutse. »*

Ce qui signifie :

> *« Il m'a bien accueilli parce qu'en dialoguant il me disait : « nous comprenons tout ce qui t'est arrivé. Il me disait qu'ils pouvaient aussi aider celui qui est malade à avoir une attestation d'indigence pour se faire soigner. »*

Ici, on voit que B23 est satisfait du fait qu'il est compris dans ses problèmes. Aussi, on lui a promis une aide pour se faire soigner. Nous estimons que l'écoutant risquait ici de se piéger. Il y aura de toutes les façons des personnes qui viendront le consulter non pas pour être écouté mais pour bénéficier des biens matériels. On ne sait pas s'il serait possible de trouver des aides matérielles (ici, une attestation d'indigence) pour autant de personnes. Pour nous, promettre des aides lors de l'écoute, c'est dévier de l'essence même de cette pratique c'est-à-dire aider le consultant à trouver lui-même la solution à ses problèmes.

7.3. Les problèmes liés à l'écoute

Chaque métier ou du moins chaque tâche présente des difficultés inhérentes à son accomplissement. Le professionnel est des fois obligé de travailler malgré celles-ci ou commencer par les résoudre dès le départ et dans les cas où cela est possible, la formation et l'expérience des professionnels étant des facteurs d'adaptation en de telles situations.

Les animateurs, étant appelés à aider à résoudre des problèmes ne pouvaient pas échapper à cette condition sine qua none. Ils ont sans doute rencontré des problèmes liés à leur tâche d'écouter et de guérir les mémoires. Voici présentées ci-après certaines des difficultés qu'ils ont rencontrées.
Pour A1 :

> « *Mubisanzwe gutanga ubutumwa, gukora ico gikorwa c'Imana birangora mu kuja kwumviriza abantu ku mashure. Hari abo mbwira kubera atamwanya ngo bazoze kw'i paruwase ariko ntibaze.Iyindi ngorane ni uko hari abantu baza biyumvira ngo hariho ivyo tubaha, tubatekerera babibuze bagaca basubira inyuma bataryohewe kubera ataco tubatekereye.* »

Ce qui signifie :

> « *En réalité, j'ai du mal à faire ce travail apostolique surtout lorsqu'il s'agit d'aller écouter des personnes dans les succursales. Faute de temps, je les invite à venir me rencontrer à la paroisse. Il y a ceux qui ne répondent pas au rendez-vous. Un autre problème à signaler est que certaines gens pensent que nous voulons les aider matériellement, avec des dons. Ils rentrent mécontents, les mains vides faute de ce soutien matériel.* »

Ce cas soulève plusieurs problèmes. Pour A1, il lui est difficile de joindre les sujets dans leurs succursales. Il considère ensuite sa tâche comme un travail apostolique, ce qui fait qu'il n'a pas de récompense terrestre malgré les énergies et le temps qu'il dépense. A côté de cela, ceux qui le consultent espèrent obtenir de sa part ce qu'il n'a pas. Ces gens ne sont pas satisfaits parce qu'ils ne trouvent pas ce qu'ils sont venus chercher. Ainsi, nous constatons que les bénéficiaires confondent l'aide psychologique avec l'obtention de biens matériels.

Nous pensons que le fait d'aller leur dire de venir pour être écoutés, les joindre dans les succursales, ce que nous pouvons qualifier de forcing a donné une mauvaise impression de l'objectif du PEGM. On dirait que c'est l'écoutant qui veut tirer avantage dans l'écoute de façon à parcourir les succursales pour recruter des gens à écouter. Nous pensons que ce n'est pas le soignant qui devrait aller chercher les malades mais plutôt ces derniers.

L'autre problème que rencontrent les animateurs du PEGM est la souffrance due aux douleurs qu'on leur confie. Ainsi A2 fait remarquer ce qui suit :

> « *Hari abo usanga bafise ibikomere biremereye, ugaca usanga wohava nawe bigukomeretsa canke mw'ijoro ugasanga ndiko ndiyumvira ntinaka sinamutunganirije neza. Ikindi ni uko iyo umuntu aje kukwitura nawe wifitiye izindi ngorane kumbure ziruta n'iziwe ariko ntubimubwira canke akaza tugiye ku kazi ka leta ukamusubiza inyuma ariko hari uwo usanga tutogenda tutamwumvirije.* »

Ceci qui veut dire :

> « *Il arrive des fois où tu trouves que ces personnes souffrent des blessures morales lourdes et que par conséquent tu risques de subir les mêmes blessures. Par ailleurs, étant au lit pendant la nuit, il y a risque de me reprocher que je n'ai pas aidé convenablement telle personne. En outre, une personne peut venir te consulter alors que tu as tes propres problèmes, peut-être plus compliqués que les siens, sans toutefois le lui dire, ou bien il vient quand nous allons au travail, tu peux l'éconduire mais il y a des personnes que tu ne peux pas éconduire.* »

Nous voyons que le risque est grand pour les animateurs psychosociaux d'être affectés par les troubles des personnes qu'ils écoutent. En plus, les difficultés qu'ils entendent peuvent altérer la qualité de leur sommeil. Ils pensent que des fois ils ne parviennent pas à aider convenablement les personnes qu'ils reçoivent. En plus, ils sont appelés à écouter les difficultés alors qu'eux aussi ils en ont. L'accueil des demandeurs perturbe leur travail salarial. Pour Bellet (1989, p.45), « *payer l'écoute, c'est l'avoir entièrement pour soi, pouvoir l'utiliser selon un « égoïsme » légitime et nécessaire.* »

Les animateurs se plaignent de travailler sans rémunération et pourtant le travail qu'ils font mérite d'être récompensé. C'est pourquoi, les personnes qui les consultent devraient payer non seulement pour récompenser l'animateur mais aussi pour montrer leur effort, leur implication. Inversement, ce sont ceux qui les consultent qui demandent des biens matériels au lieu de payer.

A2 a lui aussi rencontré des problèmes presque similaires à ceux qui sont évoqués ci-dessus. Pour lui,

> « *Kumviriza biraruhisha, harya mw'ijoro uza usanga uriko urarota bimwe wumvise, biragukorako ukaba nk'uwukomereka, uca usanga wabaye nkabo, ukwumva ikigumbagumba, ukwumva umengo woca ubihebera ukaba umugira neza wabo, ugasanga wibagiye ko ubuzima bwawe bukeneye kubandanya.* »

C'est-à-dire :

> « *L'écoute est un travail fatiguant. Pendant la nuit, tu peux rêver des situations écoutées pendant la journée, tu peux en être affecté, blessé ; tu éprouves les mêmes sentiments qu'eux, nous risquons de se consacrer à eux, d'être leur bienfaiteur, d'ignorer nos projets d'avenir.* »

A part que cet animateur sent une fatigue, il supporte mal les émotions liées aux situations qu'il rencontre. Ceci a un impact sur sa propre organisation. Selon Balint (1976, p.204) le psychothérapeute,

> «*Ne doit jamais oublier qu'il est un professionnel, que sa tâche n'est pas d'aimer, d'être sévère ou de réparer les privations subies dans le passé ou le présent du patient, mais d'écouter attentivement ce qui est dit et de le comprendre selon sa capacité professionnelle.* »

De ce qui précède, nous remarquons qu'il fallait recruter des gens bien forts mentalement et au point de vu intellectuel, capables de comprendre, de supporter les problèmes douloureux de leurs consultants. Selon Nshimirimana,« *le projet a d'abord facilité la guérison des mémoires des membres du personnel du projet, notamment les animateurs paroissiaux.* »Le fait d'utiliser un personnel qui présentait une faiblesse, il y a quelques jours, est pour nous une arme à double tranchant.

D'un côté, leur témoignage peut développer la confiance pour le pouvoir du traitement, d'un autre, il s'agit d'une façon d'exposer ces personnes et d'utiliser un personnel à problèmes. Il ne fallait pas alors choisir pour ce travail des personnes présentant une certaine vulnérabilité.

7.4. Les groupes de parole et de travail

Dans sa méthodologie d'écoute, le PEGM organise des réunions d'échanges, des activités génératrices de revenus. C'est ce que nous présentons dans ces paragraphes qui vont suivre.

7.4.1. Les réunions d'échanges

Dans le but de suivre l'évolution de la santé mentale des personnes écoutées, les responsables du PEGM ont décidé de créer des occasions de rencontre. Dans les réunions, ils échangent alors sur l'expérience de leur vie quotidienne. L'animateur profite de l'occasion pour développer un thème en rapport avec les situations évoquées. A ce sujet C2 nous a dit ceci :

> *« Urabona hariho nk'ingorane ziri mu ngo, ama conditions turimwo,haragira abaza bazivuga hama wagirisha animation ugasanga hariho n'abandi bafise izo ngorane. Baca batora thème bakavugana, barafise des groupes de suivi arivyo vyahavuye vyitwa groupe de parole et de travail kuko écoute individuelle zakira abantu bake kandi baraza bakaganira kungorane zabo, bakagira rero igikorwa kibahuza.»*

C'est-à-dire :

> *« Vous savez qu'il y a des problèmes dans les ménages, vu les conditions dans lesquelles nous vivons. En faisant l'animation, vous pouvez constater que d'autres personnes ont les mêmes problèmes. Ils choisissent ainsi un thème pour échanger. Ils ont de groupes de suivi qui, par après ont été appelés groupes de parole et de travail parce que lors de l'écoute individuelle, on accueille peu de gens. Ils se rencontrent pour échanger sur leurs problèmes, ils ont ainsi un travail qui les rassemble. »*

Ces propos montrent que les réunions d'échanges ont été aussi initiées pour pallier à l'insuffisance du temps lors de l'écoute individuelle des clients. Comme certains problèmes sont partagés par bien de gens, ils pouvaient en débattre en groupe.

C'est ce que nous a dit B8,*«tugira igisabisho ku wa gatandatu hama numva n'abandi barafise ingorane, ko atari je ndi umwe mfise ingorane nkacantangura kurema. »*

Ce qui veut dire :

> « *Nous avons une prière commune tous les samedi. Je constate que même les autres ont des problèmes, je conclus que je ne suis pas seul à avoir des problèmes. Je me sens alors psychologiquement déchargé.* »

En témoignant chacun de sa situation qui a des rapports avec celles qui sont vécues par d'autres, on dirait qu'il y a « *partage* » de souffrances. On se rend compte qu'on n'est pas seul à avoir connu ces problèmes, que même les autres ont rencontré les mêmes malheurs. Partagée ainsi avec les autres, une situation problématique devient de plus en plus facile à supporter. A en croire A2 :

> « *Muri groupe de parole ndabigisha hama bagaca baja mu migwi, bakayaga kuvyerekeye ukuntu babayeho n'ukuvuga ko bo nyene bumvirizanya bakaremururana.* »

C'est-à-dire :

> « *Dans les groupes de parole je leurs enseigne avant de les répartir en groupes pour échanger sur leur façon de vivre, c'est-à-dire qu'ils s'écoutent et se déchargent mutuellement.* »

Cela montre que les membres du groupe peuvent eux-mêmes jouer le rôle de l'écoutant. En cas de difficulté, même en l'absence de l'aidant, ils peuvent s'écouter mutuellement. Mais auparavant, l'animateur commence par leur parler sur le thème en général. Un adage Kirundi dit : « *Inda woyibaza uwayirayeko* » ce qui veut dire « *c'est lui qui comprend bel et bien les douleurs de l'enfantement est bien celle qui a déjà passé une nuit avec des contractions.* »Les membres du groupe, concernés par un même problème se comprennent mieux entre eux. Ces groupes de parole ont selon Grossen et Salazar (2006, p.74),

> « *La caractéristique de ne pas comporter de structure préétablie ni de leader formel, mais plutôt un animateur qui n'est pas un membre du groupe et qui a pour rôle d'encourager les participants à partager les observations avec les autres membres du groupe ainsi qu'à les aider à développer leurs propres règles.* »

L'animateur ne joue que le rôle de modérateur. Il est dans ce sens supposé ne pas connaître le sujet de débat mais il contribue dans la communication entre les membres du groupe. Cette façon de traiter les problèmes est bien appréciée par les bénéficiaires du PEGM. Cela se remarque dans les propos qu'ils ont donnés. Les animateurs nous ont aussi dit que la participation dans ces réunions d'échanges est massive. Dans le même sens Nshimirimana trouve que

> « *Suite aux groupes de paroles qui ont été initiés autour des centres d'écoute et de guérison des mémoires, il y a plus de solidarité entre victimes du même milieu et cela constitue un bon outil pour la thérapie communautaire.* »

Remarquons ainsi que les groupes de paroles ont aidé non seulement les personnes prises dans leur individualité mais aussi leur entourage. Ceux qui n'avaient pas pu s'engager dans l'écoute individuelle ont ainsi profité des services du PEGM. L'entraide a pu renaître entre les gens.

7.4.2. Les activités génératrices des revenus, les activités ludiques et culturelles

Pour motiver les gens à participer dans les réunions d'échanges, on a instauré des activités génératrices de revenus. A côté de celles-ci, des jeux divers ont été présentés et ces derniers mettent en scène certains événements auxquels certains participants avaient assisté pendant la crise burundaise de 1993.Ces activités ont plusieurs avantages : d'une part, elles procurent un certain revenu car ils pouvaient ainsi intervenir matériellement auprès d'un membre du groupe en circonstances malheureuses. D'autre part, elles constituent un motif de rendez-vous, se rencontrer pour faire une activité. Parlant de l'avantage de ces activités B6 a dit ce qui suit : « *ubu dukorera hamwe kugira tugire umutima wo gukundana kandi muri uyu mugwi turafashanya mu ngorane.* » Ce qui signifie : « *désormais, nous travaillons ensemble pour créer un esprit d'entente. Bien plus, nous nous entraidons dans les moments d'épreuves* au niveau du groupe. »

On voit par là que ces activités permettent de créer les relations d'entente et d'entraide entre les membres du groupe. Dans cette même logique B20 s'est exprimé ainsi:« *ndashima ko naciye nja mugashirahamwe, turakora udukorwa hama tukaganira.* » C'est-à-dire :« *je me félicite d'avoir adhéré à une association, nous travaillons et puis nous échangeons ensemble.* »

Pour agrémenter les séances de sensibilisation, le PEGM a initié des jeux. Ces derniers permettent d'attirer de nombreuses personnes mais aussi et surtout d'extérioriser certaines émotions. Ils deviennent de cette façon une forme de psychothérapie. Selon Sillamy (1980, p.395) :

> « *La ludothérapie est une technique de réadaptation sociale largement répendue, que l'on emploie quotidiennement avec les malades mentaux. En leur offrant la possibilité de jouer, on ne vise pas encore seulement à les occuper et à les divertir, mais encore, par le choix de jeux collectifs appropriés aux âges, aux sexes et aux conditions physiques, on s'efforce d'accélérer le processus de leur resocialisation.* »

Cette explication montre qu'au-delà du divertissement, on vise une guérison collective des participants. Chacun se sent obligé de tirer une leçon morale de chaque jeu. Selon la capacité de chaque participant, il s'efforce de nouer de nouvelles relations sociales avec les autres. Dans le jeu, on est amené à être en relation avec l'autre, à jouer avec lui. Celui qui ne voulait pas s'approcher des autres va l'entreprendre sous forme d'un jeu. Il suscite en lui le sentiment de partager finalement la joie avec les autres. Le jeu redonne la force et empêche de se perdre dans ses soucis, ce qui redonne le rythme normal à la vie. Pour B20, « *twagiye turakina ibikino kuvyo twabona mu gwimo canke tukaja mu migwi tukavugana.* » Ce qui se traduit ainsi:« *nous présentions des jeux à propos de ce que nous avons vécu pendant la crise. A défaut de ces jeux, nous faisions des échanges dans des groupes.* »

Les jeux permettaient de traduire en actes ce qu'on a vécu dans les moments difficiles. On trouve ainsi un moment opportun pour regarder les gens qui les expriment et qui, après ces jeux continuent à vivre après tout. Le jeu traduit des conflits internes de l'individu. Il a ainsi un effet cathartique. Il traduit la vérité à travers le jeu, on se décharge en se récréant. Ces jeux ont ainsi favorisé la guérison des mémoires.

7.5. Conclusion du chapitre

A la fin de ce chapitre, il est intéressant de retenir que le PEGM a commencé par porter à la connaissance du public l'existence des centres d'écoute dans certaines paroisses. Cette sensibilisation a été faite pendant les moments de prière, de réunions, des informations de bouche à oreille et par la voie de la RMB. Les clients ont alors consulté individuellement. A côté de cette consultation individuelle, la thérapie de masse a été faite lors des réunions d'échanges, des jeux et des activités génératrices de revenus faites en groupe.

Dans ce même chapitre, nous avons présenté les problèmes rencontrés par les animateurs psychosociaux. C'est notamment le manque de temps pour accomplir bénévolement l'écoute, le fait que les clients en consultation demandent une aide matérielle et le fait qu'il survient dans leurs rêves les problèmes des clients reçus en écoute, ils reviennent pour perturber le sommeil des écoutants.

CHAPITRE VIII : APPRECIATION DU PEGM PAR LE PERSONNEL ET LES BENEFICIAIRES

Dans ce chapitre, nous avons montré certaines considérations des personnes qui sont beaucoup concernées par les réalisations du PEGM. Nous estimons que les bénéficiaires par exemple sont capables de bien évaluer ce projet. Le personnel peut aussi relever les éléments qui montrent le pas franchi et s'exprimer sur le niveau de satisfaction.

Ces deux catégories de personnes sont capables de relever les défis du PEGM et proposer aussi ce qu'il faudra faire dans les jours à venir ou ce qu'il aurait fallu faire pour que le projet ait plus de succès. C'est enfin par leur appréciation que nous avons voulu conclure notre analyse en proposant des suggestions pouvant permettre d'améliorer l'écoute et la guérison des mémoires.

8.1. Les indices de la contribution

Certains éléments ont permis de dire que le PEGM a beaucoup contribué à l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires par les services qu'il a offerts à ces derniers. Cela se retrouve notamment dans les témoignages des coordinateurs et surtout des bénéficiaires. Les premiers évaluaient au jour le jour l'action des animateurs tandis que les seconds observaient chez eux les changements par rapport à la vie qu'ils menaient avant le début du projet. Pour C2,

> « *Ivyo aba animateurs bamaze gukora ni vyinshi cane kuko sinabo babitubwira, aba curés baratubwira yuko babikora neza cane kandi wegereye les bénéfeciaires barakubwira yuko vyabafashije cane. Ariko hari aho bibarengera kuko n'uwavyize hari igihe bimurengera.* »

Ce qui veut dire :

> « *Les animateurs ont déjà fait beaucoup de choses ; ce ne sont pas eux qui nous le disent, les curés des paroisses nous font savoir qu'ils accomplissent bien leur travail. En plus, quand tu approches les bénéficiaires, ils vous disent que cela les a beaucoup aidés. Néanmoins, il arrive que les animateurs soient dépassés. Cela peut même arriver à celui qui a été formé pour ça.* »

Ces propos montrent que les coordinateurs apprécient positivement l'action accomplie par les animateurs psychosociaux. Ils s'appuient sur les témoignages des curés et des bénéficiaires de leurs services. Ce coordinateur rappelle aussi que le niveau de formation des animateurs ne peut pas leur permettre de résoudre efficacement tous les problèmes. Les bénéficiaires interviewés ont apprécié l'aide offerte par le PEGM. Ce qu'ils ont demandé pour l'avenir c'est un appui matériel pour faire face à la pauvreté dans les ménages. C'est le cas de B16 qui dit ceci :

> « *Iyo ntabona uwo mugambi sinzi uko mba merewe, ni ukuri waramfashije, ico nosaba ni uko boduha udufungurwa n'udukoresho twokurungika abana mu mashure, ibisigaye vyaratoye inyishu.* »

Ce qui veut signifier :

> « *N'eut été ce projet, je ne sais pas dans quel état je me trouverais actuellement, vraiment, le projet m'a aidé. Ce que je demanderais de plus, c'est une aide nutritionnelle et du matériel scolaire pour envoyer les enfants à l'école, le reste des problèmes est déjà résolu.* »

Les problèmes de traumatismes de guerre ont déjà trouvé solution et ce bénéficiaire voudrait que ses enfants aillent à l'école bien qu'il ait encore le problème des moyens pour se nourrir et payer leur scolarité. Les animateurs ont pu aussi s'auto-évaluer et dire ce qui leur a permis d'affirmer qu'ils ont pu contribuer dans l'amélioration de l'état de ceux qui les ont consultés. Selon A1,

> « *Iyo ufise ingorane ukabura uwo uririra, Mutama, birababaza gusumba. Kuza honyene kubikubwira aba akwizeye, iyo ni intambwe yo gukira.* » Ce qui peut être traduit comme suit :

> « *Quand tu as des problèmes et que tu manques quelqu'un de confiance à qui confier ta tristesse, Monsieur, ça fait souffrir. Le fait de te révéler seulement sa détresse montre qu'il a confiance en toi, c'est déjà un pas vers la guérison.* »

Alors qu'auparavant ces personnes manquaient quelqu'un qui serait prêt à les écouter, elles ont eu maintenant une personne à qui confier leur souffrance et ce sont les animateurs du PEGM.

Si les bénéficiaires acceptent de parler à l'animateur, cela prouve qu'ils ont espoir en quelque chose qui proviendrait de lui.

En somme, les coordinateurs, les animateurs et les bénéficiaires interviewés ont à l'unanimité des éléments auxquels, on peut prendre appui et dire que le PEGM a un impact positif sur l'état de santé des personnes concernées.

8.2. L'impact du PEGM sur les conditions de vie des bénéficiaires

L'objectif qui a guidé la mise en place de ce projet étant la contribution dans la réconciliation des Burundais par la guérison des mémoires, le PEGM a permis de guérir un certain nombre de troubles. Comme C2 l'a ainsi exprimé :

> « *Nk'abantu bari bafise ingorane z'uguhahamuka, akarorero batari bakiryama, baratubwira ko ubu basinzira neza atangorane z'itiro bagifise. Abantu kare babonye aba « soldats » baca biruka ngo barya ni bo banyiciye, ubu ntibakibatinya.* »

Ce qui signifie :

> « *Ceux qui avaient des problèmes de traumatisme, par exemple ceux qui avaient de troubles du sommeil ne souffrent plus de ces derniers. Ceux qui fuyaient à la vue des militaires, les accusant d'avoir tué les leurs ne les craignent plus aujourd'hui.* »

Nous voyons avec C2 que des sujets qui ne dormaient pas bien ont trouvé maintenant un répi en parvenant à dormir. La phobie de certaines personnes n'est plus, ce qui fait que les relations avec ces dernières se sont améliorées. Ils ont ainsi connu un changement positif dans les relations avec ceux qu'ils soupçonnaient comme leurs ennemis. B15 a abondé dans le même sens en disant ceci : « *Ubu turakota akatsi tukarima, mbere n'uwagize ingorane turamufasha. Ubu ntavyiyumviro vy'umurengera ngifise, ivyo gukoma induru nsinziriye vyaraheze.* »

C'est-à-dire :

> « *Aujourd'hui, nous louons une parcelle et nous allons y cultiver, nous prêtons main forte à celui qui a des problèmes. Aujourd'hui, je n'ai plus de préoccupations qui puissent me dépasser. Je n'ai plus de cauchemars pendant le sommeil.* »

A part que B15 a vu la qualité de son sommeil s'améliorer, il participe dans les activités productives. Il parvient ainsi à utiliser son temps au lieu de se perdre dans des pensées douloureuses. En d'autres termes, le PEGM a eu un impact positif sur la qualité de son sommeil et sa façon d'utiliser sa force. Toujours dans la même logique A2 a affirmé ce qui suit:

> « *Bararemuruka, bakagarukana inguvu bahorana kera, ubumuga bari bafise bugahera kandi na jewe birandemurura, uwutahora akora akongera agakora, uwutaronka agatiro akakoronka, uwariyonze ugasanga yavyibushe.* »

Ce qui veut dire :

> « *Ils se sentent soulagés et retrouvent de la force qu'ils avaient auparavant, la faiblesse qu'ils avaient disparaît, et en plus, moi aussi j'en suis soulagé car celui qui ne travaillait pas reprend le travail, celui qui ne trouvait pas de sommeil arrive maintenant à dormir, celui qui était maigre, a retrouvé son poids.*»

Le changement s'observe même sur le plan physique chez les bénéficiaires qui parviennent à récupérer leur état de santé d'avant la crise. En plus, les animateurs bénéficient eux aussi d'un soulagement auquel ils ne s'attendent pas grâce à leur succès. B2 se réjouit du pas franchi en disant:

> « *Ubu ndi umuremesha w'abandi, ubu ndiyumva neza, ubu ntabintu bituma niyumvira nabi abandi. Kandi ndikorera ivyanje nkumva ntangorane, ndarengera ivyanshikiye ku buryo n'abashamiranye ndabumvikanisha.* »

C'est-à-dire :

> « *Actuellement, comme je suis un relai communautaire, je me sens très bien. Aujourd'hui, il n'y a plus de situations qui me poussent à souhaiter du mal aux autres. En plus, je m'occupe de mes propres affaires sans problèmes, je parviens à dépasser ce qui m'est arrivé de telle façon que j'arrive même à réconcilier ceux qui sont en conflit.* »

Cela montre que B2a reçu plus que ce qu'il espérait avoir. Il est bien guéri de façon qu'il soit à son tour capable d'aider les autres.

Il a développé un esprit d'amour pour les autres et vaque normalement à ses activités. Il y a eu un impact sur les relations avec les autres, auparavant, il en avait peur ne fusse qu'en les croisant du regard. A ce propos Nshimirimana trouve que

> « *Les activités d'écoute et de guérison des mémoires ont été aussi jugées très efficaces par les participants... Actuellement les centres reçoivent beaucoup de personnes. Beaucoup de témoignages de gens qui retrouvent leur état psychosocial (ceux qui retrouvent le sommeil, d'autres l'appétit, d'autres encore leur capacité à travailler, etc.) prouvent que les animateurs offrent un travail utile.* »

Ces propos montrent que les animateurs parviennent à aider les personnes traumatisées. C'est à eux qu'ils doivent l'état dans lequel ils se trouvent actuellement. Beaucoup de gens continuent à se confier aux animateurs et cela prouve qu'ils apprécient les bienfaits que les premiers bénéficiaires ont tiré de l'écoute. Comme le soulignent Crocq et Daligrand(2007, p.90),

> «*Toutes les techniques psychothérapeutiques du trauma procèdent de la catharsis et visent à ce que le patient, après sa révélation du sens de son expérience traumatique, puisse l'intégrer entre l'avant et après dans la continuité fluide de son histoire de vie.* »

Ainsi, nous pouvons affirmer que les bénéficiaires qui, actuellement parviennent à s'intégrer dans la vie socioprofessionnelle ont été aidés par le Projet Ecoute et Guérison des Mémoires.

8.3. Les perspectives d'avenir

Le personnel et surtout les bénéficiaires d'un projet ont toujours des souhaits exprimant comment ils voudraient le voir évoluer dans l'avenir. Ils se donnent l'image qu'ils voudraient que ce projet affiche. Cette image dépendra du degré de satisfaction des services déjà offerts. S'ils n'ont pas été satisfaits, ils souhaiteraient qu'il y ait changement dans ce projet. Soit, ils voudraient qu'il y ait certaines modifications, amélioration, remplacement ou tout simplement suppression du projet. Ainsi C2 fait savoir ce qui suit :

> « *Dutegekanya gutanga inyigisho zijanye n'ihahamuka kuko uravye ukuntu population ingana urabona ko tumaze kwakira abantu bake, turipfuza gushika mu yandi ma*

paruwase, twokwigisha ibijanye na trauma kuko Abarundi ntibaramenya yuko iyo uhuye n'ingorane hari abashobora kugufasha. »

Ce qui signifie :

« *Nous devons sensibiliser la population sur les problèmes liés au traumatisme parce que nous avons déjà accueilli peu de gens vu l'effectif de la population. Nous souhaitons implanter le projet dans d'autres paroisses, l'objectif serait de sensibiliser la population sur le traumatisme parce que les Burundais ne savent pas encore qu'il existe des gens qui peuvent les aider en cas de tels problèmes.* »

Nous voyons que le coordinateur voudrait que le projet s'élargisse et arrive même dans les paroisses où il n'est pas encore connu. Il a aussi fait le constat selon lequel les Burundais ignorent l'existence du traitement des traumatismes. Pour B7,

« *Uyu mugambi wobandanya ugashika aho utarashika kuko urateza imbere. Bene kuwushinga bodushikira imbere bakaraba ico boza baradufasha mu bintu vy'ubukene.* »

Ce qui veut dire :

«*Que ce projet s'élargisse vers d'autres régions parce qu'il comporte de réels avantages. Il faudrait que ceux qui l'ont conçu nous appuient activement et essaient de trouver comment ils peuvent nous aider matériellement pour sortir de la pauvreté.* »

Les bénéficiaires apprécient positivement ce projet et souhaitent qu'il s'étende en d'autres parties du territoire burundais. Toutefois, ils proposent qu'on puisse ajouter à l'aide psychologique une aide matérielle. A ce sujet Adler et Jahn (1958, p.22) attirent l'attention en soulignant que « *toute aide économique serait insuffisante si nous ne pouvons pas amener le désperé à une clarification de son plan de vie et à une attitude plus courageuse.* »

En effet, il est pratiquement difficile, pour un projet comme celui qui fait objet de notre étude, de trouver toujours et pour tous les traumatisés des biens matériels. Il faut surtout les aider à recouvrir leur propre force et à stimuler leurs initiatives de travailler. Quant à B27, « *umugambi woshika hose kuko jewe ndabona ko hari abantu benshi batuntuye bakeneye uwubafasha. Abumviriza mbona bari n'ico baturusha.*» C'est-à-dire :« *que ce projet soit implanté partout.*

Moi, je constate qu'il y a beaucoup de gens traumatisés qui ont besoin de quelqu'un pour les aider. Ceux qui font l'écoute ont quelque chose de plus que nous.» Autrement dit, le défi est que le PEGM ne soit pas partout. Il est très utile compte tenu du nombre des gens qui nécessitent de l'aide. B10 propose des conseils à ceux qui font l'écoute :

> « *Kugira ufashe umuntu neza ni ukumwiyegereza, hama ukamuyobokera iyo ahaye avuga ibintu, ukabimuhanuramwo, ukamubwira yuko yoza arasenga. Kandi abantu bumviriza boza barahuza abantu bafitaniye ingorane bakabafasha kurekuriranira.* »

Ce qui peut être traduit en ces termes:

> « *Pour bien aider une personne, il faut l'approcher, se mettre totalement à sa disposition, quand elle parle, ne pas l'interrompre, lui prodiguer des conseils et l'inciter à prier. Par ailleurs, ceux qui écoutent devraient jouer un rôle de médiateur entre les personnes en conflits afin de les aider à se réconcilier.* »

Les propos de B10 démontrent l'importance de telles attitudes chez son écoutant. Toutes fois, il les a proposées à quiconque voudrait pratiquer l'écoute afin d'aider efficacement les personnes qui font recours à lui.

8.4. Conclusion du chapitre

Nous voudrions pour conclure ce dernier chapitre dire, que les personnes qui ont bénéficié des services du PEGM voudraient qu'il continue à exister. L'état de santé des bénéficiaires a connu une amélioration. Ceux qui ne parvenaient pas à dormir arrivent à trouver facilement du sommeil. Ils ont retrouvé la force de vaquer à leurs activités quotidiennes. La peur de certaines personnes ne hante plus les personnes qui étaient traumatisées surtout par la guerre burundaise de 1993.

Cela nous permet de dire que ce projet est positivement apprécié pour les services qu'il offre. Les bénéficiaires ont permis de relever certains domaines qui sont à renforcer. C'est notamment l'aide matérielle et le recyclage des animateurs pour que le projet puisse continuer ses activités et être étendu sur plusieurs régions du Burundi.

CONCLUSION GENERALE ET SUGGESTIONS

Notre travail avait pour objectif principal l'analyse critique du Projet Ecoute et Guérison des Mémoires. Il avait comme champ d'investigation le personnel et les bénéficiaires de ce projet vivant dans les paroisses de Kinama, Mutumba et Rushubi de l'archidiocèse de Bujumbura. Etant donné que notre travail tire à sa fin, il nous paraît nécessaire d'en rappeler les principales articulations.

Après avoir introduit le travail en annonçant le thème de recherche, en justifiant son choix et en le délimitant, nous avons subdivisé ce dernier en deux parties. La première partie est constituée par le cadre théorique. Nous avons d'abord élucidé les concepts clés pour permettre à nos lecteurs une meilleure compréhension. Ensuite, nous avons montré les domaines qui font recours à l'écoute dans les pratiques quotidiennes. C'est là où nous avons montré que le PEGM lui aussi a fait usage de l'écoute pour guérir les mémoires. Nous avons également montré comment une mémoire peut souffrir et comment on procède pour la traiter. Et puis, nous avons développé les étapes de l'écoute comme moyen psychothérapeutique. Enfin, après avoir posé la problématique et présenté les objectifs de notre recherche, nous avons indiqué la procédure méthodologique suivie pour la conduite de l'étude. Pour collecter les données, nous avons utilisé l'observation du milieu de travail des animateurs, l'entretien semi-directif avec le personnel d'une part et les bénéficiaires d'autre part. Nous avons aussi fait recours à l'analyse des documents écrits sur le PEGM. Pour traiter les données récoltées, nous avons privilégié l'analyse qualitative. L'échantillon total comprenait trente-deux enquêtés.

Dans la deuxième partie, nous avons présenté, analysé les données et interprété les résultats de l'enquête avant de clôturer le travail par une conclusion générale et des suggestions. Trois thèmes ont été dégagés et ont permis de faire une analyse critique du PEGM.S'agissant du premier thème qui concernait les ressources humaines et matérielles, nous avons constaté que :

- Le PEGM n'avait pas de cabinets d'écoute facilement accessibles aux non- catholiques et discrets pour permettre l'expression-écoute des consultants.

- Le recrutement n'a pas suivi des critères objectifs et n'a pas été fait par une autorité compétente. On a mis en avant le critère de la participation dans les activités paroissiales au lieu de la qualification de ce personnel appelé à soigner et à guérir les mémoires.

- En plus, les animateurs n'avaient pas de temps suffisant pour le travail car ils restent des fonctionnaires de l'Etat. Ils ne peuvent pas s'absenter au travail salarié au profit de cette écoute qui est en fait une activité bénévole.

- La formation des animateurs est insuffisante alors qu'ils sont confrontés aux difficultés multiples et variées de leurs clients.

- Ces animateurs ont des impasses dans l'accomplissement de leur tâche et les coordinateurs font peu de descentes pour les appuyer.

- Les animateurs font en conséquence recours aux prêtres pour traiter certains cas. Or, le travail de ces derniers ne devrait pas dépendre de ces prêtres qui, par ailleurs, ne sont pas formés en la matière.

- Les personnes traumatisées par les crises sociopolitiques burundaises, en l'occurrence celle de 1993, celles vivant des conditions misérables ont été aidées au sein du PEGM. Ainsi, nous pouvons dire que notre premier objectif spécifique a été atteint.

Le deuxième thème est en rapport avec les procédures de l'écoute et de la guérison des mémoires dans le PEGM. Le travail commence par une sensibilisation, passe par l'écoute individuelle et continue dans les groupes de parole et de travail. Bien qu'on ait fait la sensibilisation de façon variée, les bénéficiaires ne savent pas encore ce qu'ils sont en droit de réclamer dans l'écoute. Ils manifestent un désir grandissant de venir solliciter une aide matérielle au lieu d'exprimer leurs sentiments et extérioriser la douleur traumatisante.

Par là même, notre deuxième objectif spécifique, qui était de voir l'originalité des techniques du PEGM a été atteint. En effet, la méthodologie de l'écoute et guérison des mémoires dans le PEGM passe par une sensibilisation, l'écoute individuelle, les groupes de parole et de travail sans oublier la prière.

Pour le troisième thème relatif à l'appréciation du PEGM par le personnel et les bénéficiaires, nous avons constaté qu'ils apprécient positivement ce projet. Des personnes traumatisées par la crise de 1993 ont été reçues par le personnel du PEGM. Ces bénéficiaires souhaitent que le PEGM soit élargi et implanté dans d'autres paroisses. Ils ne reprochent rien à ce dernier sauf qu'ils proposent de compléter la guérison par l'octroi des biens matériels. Toutefois, nous avons remarqué que les animateurs nécessiteraient une formation complémentaire.

Des bénéficiaires ont pu guérir des traumatismes grâce à l'écoute et sont devenus à leur tour des aidants. Ils sont parvenus à s'intégrer dans la vie sociale en créant des relations jusqu'à accepter de travailler en commun, d'échanger, de s'entraider et même de se réconcilier avec les autres. Ainsi notre troisième objectif spécifique qui consistait à voir comment le PEGM est apprécié à travers les bienfaits apportés aux bénéficiaires a été atteint.

Par voie de conséquence l'objectif général de notre étude qui était de faire l'analyse critique du Projet Ecoute et Guérison des Mémoires a été atteint. En effet, les trois objectifs spécifiques visent la clarification de cette analyse. Les principales critiques que nous avons pu relever sur le P.E.G.M sont :

- le manque des infrastructures conformes au travail d'écoute et de guérison des mémoires ;
- une sensibilisation excluant certains membres de la société, elle n'a concerné que les catholiques ;
- une insuffisance de formation du personnel du PEGM en matière psychothérapeutique ;
- leurs procédures de l'écoute et guérison des mémoires incluent la prière au lieu d'insister sur la technicité ;
- Certains animateurs affichaient l'attitude de recruter, de « forcer » les gens à venir les consulter alors qu'il serait plus efficace si ces derniers venaient de leur propre volonté.

Nous ne pouvons pas laisser de souligner que le PEGM a contribué positivement à l'écouter des personnes traumatisées surtout par la crise de 1993 et qui étaient contraintes de vivre pendant des années sans quelqu'un à qui confier leurs malheurs et auquel confier leur détresse psychique. De surcroit, les bénéficiaires interviewés affirment avoir tiré profit des services offerts par le PEGM d'où ils souhaiteraient une amélioration (étendre le projet à d'autres paroisses).

Bien que notre travail ait évoqué un vaste ensemble champ d'étude de phénomènes sur l'écoute qui guérit les mémoires par une analyse critique du PEGM, il ne se prétend pas être exhaustif. Ceci parce que nous ne croyons pas avoir tout dit et tout bien compris sur le projet à l'étude et sur les différents thèmes développés.

Nous ne pensons pas avoir collecté et interprété toutes les données issues du travail de terrain. Dès lors, nous pouvons proposer à ceux qui voudraient continuer cette analyse les thèmes de recherche suivants :

a) La place de l'écoute et la guérison des mémoires dans la réconciliation. Cas du Burundi ;
b) La place des émissions radiodiffusées dans le traitement des traumatismes. Cas de l'émission « **NYUMVIRIZA UNDEMURURE** » qui passe à la RMB;
c) L'éthique professionnelle chez les animateurs psychosociaux dans l'écoute et guérison des mémoires.

Enfin, nous ne saurions pas clôturer ce travail sans émettre quelques suggestions. Ces suggestions sont les suivantes :

-A l'Eglise catholique du Burundi, initiatrice de ce projet, nous suggérons de :

- Augmenter le budget dans le but d'améliorer les conditions de travail. Ainsi, elle pourra recruter des personnes qualifiées et trouver des cabinets en dehors des paroisses;
- Multiplier de tels centres d'écoute et les étendre dans toutes les paroisses.

- **Aux représentants des autres églises au Burundi**, nous proposons de suivre l'exemple de l'église catholique en créant des projets visant la réconciliation des Burundais et de leurs fidèles qui se sont entredéchirés pendant des années.

- **A l'Etat**, nous suggérons de :

- Mettre en place une politique claire axée sur la santé mentale pour venir en aide aux personnes traumatisées surtout en périodes de crise ;
- Mettre en place un programme élargi d'écoute pour la meilleure réussite de la C.V.R.

- **Aux Coordinateurs**, nous proposons de faire plusieurs descentes pour venir en aide aux animateurs qui, alors qu'ils ont une faible formation, sont obligés de traiter des cas variés et difficiles à comprendre.
- **Aux Animateurs psychosociaux,** nous suggérons de
  - Fournir de l'effort pour bien écouter ceux qui les consultent en maximisant dans la mesure du possible leur disponibilité au centre d'écoute ;
  - D'attendre à ce que ce soit les patients qui prennent personnellement la décision de venir les consulter.
- **Aux Bénéficiaires**, nous recommandons de
  - Profiter au maximum des services du PEGM ;
  - Annoncer aux autres l'existence des services d'écoute et de guérison des mémoires surtout au sein du PEGM.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adler, A. (1976). *Connaissance de l'homme. Etude de caractérologie individuelle.* Paris : Payot.
2. Auger, L. (1972). *Communication et épanouissement personnel : la relation d'aide.* Ottawa : Les éditions de l'homme.
3. Babeau, R. et Pongy, P. (2003). *Psychosomatique et médecine.* Paris : Sauramps medical.
4. Balint, M. et Balint, E. (1976). *Techniques psychothérapeutiques en Médecine.* Paris : Payot.
5. Bandler, R. et Grinder, J. (1982). *Les secrets de la communication.* Québec : Division de sogides ctee.
6. Barus-Michel, Enriquez et Lévy (2004*). Vocabulaire de psychologie.* Paris : Editions érès.
7. Bellet, M. (1989). *L'écoute.* Paris : Desclée.
8. Benjamin, A. (1978). *La pratique de la relation d'aide et de la communication.* Paris : E.S.F.
9. Bénony, H.et Chahroui, Kh.(1999). *L'entretien Clinique.* Paris: Dunod.
10. Besnard, P. (1980). *L'animation socioculturelle.* Paris : P.U.F.
11. Burchardt, Y. (1988). *Savoir communiquer avec les autres : Mieux se connaître pour un échange positif et réussi avec les autres, principes « trucs » et les exercices pratiques.* Paris : Editions de vecchi S.A.
12. Crocq, L., Daligrand, L. et al. (2007). *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes.* Paris : Masson.
13. C.R.S Burundi :*Projet d'une culture de paix et de réconciliation au Burundi à travers les structures de l'église catholique, rapport de l'autoévaluation finale* élaboré par Ir EmmanuelNSHIMIRIMANA, consultant Indépendant, Octobre 2007.
14. Delandeshere, G. (1979).*Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation.* Paris : P.U.F.
15. Derain, I. *Graines de guérison.* Bujumbura, le 02 Août 2002.
16. Diel, P. (1947). *Psychologie de la motivation.*(3è Ed.)Paris: P.U.F.
17. Dolto, F. et Sévérin, G. (1977). *L'évangile au risque de la psychanalyse.* Paris : Editions du Seuil.
18. Doron, J. et Montreuil, M. (2006). *Psychologie clinique et psychopathologie.* Paris : P.U.F.
19. Dorot, R. et Parrot Fr. (1991). *Dictionnaire de la psychologie.* Paris : P.U.F.

20. Durkheim, E. (1979). *Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie.* (6è Ed.) Paris : P.U.F.
21. Egan, G. (1992*). Communication dans la relation d'aide.* Montréal : Maloine.
22. Freud, S. (1981). *La technique psychanalytique.* Paris : P.U.F.
23. Freud, S. (1979). *Cinq leçons sur la psychanalyse : Suivi de contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique.* Paris : Payot.
24. Gueguen, N. (2001). *Statistique pour psychologues : cours et exercices.* (2è Ed.)Paris: DUNOD
25. Howard, R., Marthoz, J- P.et Sebahara, P. (2005). *Afrique central, Médias et conflits, vecteurs de guerre ou acteurs de paix.* Bruxelles : Editions GRIP.
26. Hughes, S. (2001). *Le bien-être et la guérison, guide pratique.* Paris : Empreinte du temps présent.
27. Iradukunda, A. (2005). *Rôle de l'écoute psychologique et des activités ludiques dans la prise en charge psychoaffective des enfants orphelins de guerre.* Mémoirede licence en P.C.S « inédit », Bujumbura : U.B.
28. Jahn, E. et Adler, A. (1958). *Religion et psychologie individuelle comparée.* Paris : Payot.
29. Jeammet, P. Reynaud, M. et Consoli, S. (1980*).Psychologie Médicale.* Paris : Masson.
30. Jung, C. –G. (1958). *Psychologie et religion.* Paris : Editions BUCHET, CHASTEL.
31. Jung, C. –G. (1976). *La guérison psychologique.* (3è Ed.)Genève : Librairie de l'université.
32. Kanyange, J. (2008). *Etude du vécu psychologique des personnes traumatisées par la torture au sujet des sévices subies et de leur prise en charge.* Mémoire de licence en P.C.S. « Inédit », Bujumbura : U.B.
33. Kinget, G. –M. et Rogers, C. (1973). *Psychothérapie et relations humaines : Théorie et Pratique de la thérapie non-directive.* Louvain : Publication universitaire de Louvain.
34. Lachal, C. Ouss-Ryngaert, L., Moro, M.-R et al. (2003). *Comprendre et soigner le traumaen situation humanitaire.* Paris : DUNOD.
35. Lafon, R. (1963). *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant* .Paris : P.U.F.
36. Laplantine, F. (1976). *Maladies mentales et thérapie traditionnelles en Afrique noire.* Paris : Jean- Pierre De large éditeur.

37. Léon, A. (1997). *Manuel de psychopédagogie expérimentale.* Paris : P.U.F.
38. Limbos, E. (1977). *L'animation des groupes de culture et de loisirs.* Paris : E.S.F.
39. Marty, F. (2009). *Les grandes problématiques de la psychologie clinique.* Paris : DUNOD.
40. Ministère de la Santé Publique en collaboration avec l'O.M.S (2002) *les effets des traumatismes et violences chez l'enfant et l'adolescent.* Bujumbura: I.N.S.P.
41. Muchielli, R. (1975). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide.* (6è Ed.)Paris : E.S.F
42. Muchielli, R. (1975). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale, connaissance duproblème.* Paris : Les Editions E.S.F.
43. Nahoum, C. (1975). *L'entretien psychologique.* (5è Ed.)Paris : P.U.F.
44. Nihorimbere, J. (2004). *Analyse critique de l'Assistance psychosociale et sanitaire de « Transcultural psychosocial organisation » au Burundi.* Mémoire « inédit », Bujumbura : U.B.
45. Novelli, P-N. (1986). *Un séminaire sur la recherche qualitative.* Washington : R.S.S.
46. ONUSIDA (2001) *Outils pour l'évaluation du conseil et du test volontaire.* Genève, Suisse.
47. Oraison, M. (1968). *Psychologie et sens du péché.* Brouwer : Les éditions Desclée.
48. Parrot, M. (1976). *La psychologie médicale du praticien.* Paris : P.U.F
49. Piéron, H. (1979). *Vocabulaire de la psychologie.* Paris : Dunod.
50. Reik, T. (1948). *Ecouter avec la troisième oreille : L'expérience intérieure d'un psychanalyste.* Paris : EPISA
51. Réné de Grâce, G. et Joshi, P. (1983). *Conceptions contemporaine de la santé mentale.* Montréal : Décarie.
52. Robert, P. (1986). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.* Paris : Sejer.
53. Robert, P. (2009). *Le nouveau petit robert de la langue française.* (4è éd.) Paris : Sejer.
54. Rosenberg, B.-M. (2005). *Les mots sont les fenêtres(ou bien les murs) : Introduction à la communication non violente.* (2è Ed.). Paris : La découverte et Syros.
55. Rwagatare, E. (1989). *La déscolarisation et ses implications sur les aspirations socio-professionnelles des jeunes adolescents en milieu rural.* Mémoire «inédit», Bujumbura : UB.
56. Salzar, O.-A et Grossen M. (2006). *L'entretien clinique en pratique, Analyse desintégrations verbales d'un genre hétérogène.* Editions Belin.

57. Santiago, M. et al. (2001). *Les méthodes en psychologie.* Paris : DUNOD.
58. Sillamy, N. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie.* Paris : BORDAS.
59. Simon, P. (2004). *S'entrainer à développer sa mémoire.* Paris : Les Editions DEMOS.
60. Spanos, N.-P. (1998). *Faux souvenir et désordres de la personnalité multiple : Une perspective sociocognitive.* Bruxelles : De Boeck. Tome I
61. Suguru, S. (2O14). *Syllabus du cours de séminaire de psychologie clinique.* Bujumbura : U.B.
62. Tournebise, T. (2001). *L 'écoute thérapeutique : cœur et raison.* Harmattan : E.S.F.
63. Tousard, H. (1975). *Enquête psychosociologique sur les rôles conjugaux et la structure familiale.* Paris : Anatole-France.
64. Unrug, M.-C. (1974). *Analyse du contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation.* Paris : Editions universitaires.

ANNEXES

ANNEXE I : Présentation et consignes en Kirundi et en français

a) Présentation et consignes en Kirundi

Ndabaramukije,

Nitwa NDABAZANIYE Raphaël, ndi umunyeshure muri Kaminuza y'Uburundi mugisata cigisha ivyogufasha abafise ingorane cane cane izo mumutwe hamwe n'ivyimibano.

Ubu ndiko ndakora igikorwa cokwandika igitabu kimwe muvyo dukora mukurangiza igice c'amashure ya Kaminuza.Nipfuzako mwonyagira kubijanye n'Umugambi wo kwumviriza no kuremurura imitima.

Ivyo muza kumbarira vyose bimfitiye akamaro ntangere.Munkundire nkoreshe kano kuma gafata amajwi kugira mpave nza kwiyibutsa ivyo tuza kuyaga.

Ndabijejeko ivyo tuza kuyaga utawuzomenya uwabivuze kandi bizotuma nanje nshobora kumenya kwumviriza nokuremurura imitima. Ni co gituma atazina ryawe nzokwandika mu cegeranyo c'iki gikorwa.

Mbaye ndabashimira !

b) Présentation et consignes en français

Bonjour,
Je m'appelle NDABAZANIYE Raphaël, étudiant de l'Université du Burundi à la faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Département de Psychologie, option clinique et sociale.

Je suis en train de faire mon travail de fin d'études universitaires. Je voudrais m'entretenir avec vous sur le projet « Ecoute et Guérison des Mémoires. »Tout ce que vous me direz est d'une importance capitale pour moi.

Permettez-moi donc d'utiliser ce magnétophone pour me rappeler de tous les éléments de notre entretien. Je vous garantis de l'anonymat vis-à-vis de votre identité. C'est pourquoi je ne marquerai pas votre nom dans le document final.
Je vous remercie d'avance !

ANNEXE II : Guide d'entretien avec les coordinateurs du PEGM en Kirundi

➢ **Umwidondoro w'uwo tuvugana**

- Imyaka :....
- Amashure yize :.....
- Inyigisho yoba yararonse :.....
- Aho asenga:.....
- Ni :
  - Umupfakazi :...
  - Umusore(Inkumi) : ...
  - Yarahukanye :....

➢ **Ibibazo nshimikiro**

Thème 1

1. Ni izihe ntumbero zatumye mutangura umugambi wo kwumviriza no kuremurura imitima ?
2. Ni ibiki mwisunze mu gutora abajejwe kwumviriza n'ukuremurura imitima aha muri uyu mugambi?
3. Ni ikihe gikorwa mwabashinze ?
4. Mwabateguye gute mu bijanye no gukora ico gikorwa ?

Thème 3

5. Ibikorwa bamaze gukora mubibona gute ?
6. Ni ibiki mutegura muri kazoza kugira mushobore gushika kuri izo ntumbero mwihaye ?

ANNEXE III : Guide d'entretien avec les coordinateurs du PEGM en Français

- **Présentation de l'enquêté**
  - Age :……..
  - Scolarisé : Oui….. Non…… Si Oui, Niveau d'études :……
  - Formation particulière ;……
  - Confession religieuse :……
  - Etat civil :
    - Marié(e)……
    - célibataire……
    - Veuf (ve)……
    - Divorcé(e)……

- **Questions préalablement préparées pour les coordinateurs diocésains**

Thème 1

1. Quels sont les objectifs qui avaient guidés la création du PEGM ?
2. Comment avez-vous procédé pour recruter les animateurs psychosociaux du PEGM ?
3. Quelle mission les aviez-vous confiée ?
4. Comment les aviez-vous préparés à ce travail ?

Thème3

5. Comment appréciez-vous le travail qu'ils ont déjà réalisé ?
6. Qu'est-ce que vous préconisez dans le temps à venir pour mieux atteindre les objectifs du PEGM ?

ANNEXEIV: Guide d'entretien avec les animateurs psychosociaux en Kirundi

- Umwidondoro w'uwo tuvugana
  - Imyaka :....
  - Amashure yize :.....
  - Inyigisho yoba yararonse:.....
  - Aho asenga:.....
  - Ni :
    - Umupfakazi :...
    - Umusore(Inkumi) : ...
    - Yarahukanye :.....
- **Ibibazo nshimikiro**

Thème 1

1. Ni iyihe mirwi y'abafise ingorane mumaze kwumviriza muri uno mugambi ?

Thème 2

2. Mwabigenjeje gute mu kubumviriza no mu kubaremurura imitima ?
3. Ni izihe ngorane mwagize mu bijanye n'ukwumviriza hamwe n'ukuremurura imitima ?
4. Mwafashanije gute n'abayoboye Ekleziya gatolika mu bijanye n'ukwumviriza hamwe n'ukuremurura imitima ?

Thème 3

5. Mubona kwumviriza bifise ubushobozi ubuhe mu bijanye n'ukuremurura imitima ? Hari aboba barababwiye ko mwabaremuruye ?
6. Hari abo mwoba mutashoboye kuremururira imitima?

ANNEXE V : Guide d'entretien pour les animateurs psychosociaux en Français

- **Présentation de l'enquêté**
  - Age :.....
  - Scolarisé : Oui..... Non..... Si Oui, Niveau d'études :.....
  - Formation particulière ;.....
  - Confession religieuse :.....
  - Etat civil :
    - Marié(e).....
    - célibataire.....
    - Veuf (ve).....
    - Divorcé(e).....

- **Questions préalablement préparées pour les animateurs psychosociaux**

Thème 1

1. Quelles catégories de patients avez-vous déjà écoutés ?

Thème 2

2. Comment avez-vous procédé pour les écouter et les guérir ?
3. Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de l'écoute et guérison des mémoires ?
4. Comment avez-vous collaboré avec les autorités de l'Eglise catholique dans l'écoute et guérison des mémoires ?

Thème 3

5. Comment estimez-vous l'efficacité de votre service ? Y-aurait-il ceux qui se déclarent guéris ?
6. Y-aurait-il des cas que vous n'êtes pas parvenu pas à traiter ?

ANNEXE VI : Guide d'entretien avec les bénéficiaires des services du PEGM en Kirundi

- **Umwidondoro w'uwo tuvugana**
  - Imyaka :....
  - Amashure yize :.....
  - Aho asenga:
  - Ni :
    - Umupfakazi :...
    - Umusore(Inkumi) : ...
    - Yarahukanye :...

- **Ibibazo nshimikiro**

Thème 1

1. Ni nde yakumenyesheje ivyerekeye umugambi wo kwumviriza no kuremurura imitima ?
2. Wari ufise ingorane iyihe kugira uje ku bitura ?

Thème 2

3. Bakwakiriye gute ?

Thème 3

4. Ubu wiyumva gute inyuma y'aho umariye kubonana n'uwujejwe kwumviriza no kuremurura imitima ? Mbega none iyo uvuyeyo wumva hahindutse iki muri wewe?
5. Ubona hokorwa iki kugira uwo mugambi utere imbere ?

ANNEXE VII: Guide d'entretien pour les bénéficiaires des services du PEGM en français

- **Présentation de l'enquêté**
  - Age :……..
  - Scolarisé : Oui….. Non…… Si Oui, Niveau d'études :……
  - Confession religieuse :……
  - Etat civil :
    - Marié(e)……
    - célibataire……..
    - Veuf (ve)……
    - Divorcé(e)……

- **Questions préalablement préparées pour les bénéficiaires**

Thème 1

1. Qui vous a informé de l'aide offerte dans le PEGM ?
2. Qu'est-ce qui vous a poussé à aller le consulter ?

Thème 2

3. Comment aviez-vous été accueilli ?

Thème 3

4. Comment sentez-vous après votre rencontre avec l'animateur ? D'après vous, qu'est-ce qui a changé en vous ?
5. Qu'est-ce qui vous pouvez proposer pour améliorer le service du PEGM ?

ANNEXE VIII: Grille d'observation des cabinets des animateurs psychosociaux du PEGM

1. Où se trouve la chambre d'écoute par rapport aux autres chambres ou bâtiments.

   Proche ☐ Loin ☐

2. Voir si on peut entendre celui qui parle en étant à l'extérieur de la chambre.

   Oui ☐ Non ☐

3. Voir si on peut voir celui qui est dans cette chambre en étant à l'extérieur.

   Oui ☐ Non ☐

4. Voir s'il y aurait des rideaux sur les fenêtres.

   Oui ☐ Non ☐

5. Quels sont les objets qu'on trouve sur les murs ?

   Images religieuses ☐ autres images ☐ aucune image ☐