

**UNIVERSITE DE PARIS VIII**  
**UFR PSYCHOLOGIE, PRATIQUES CLINIQUES ET SOCIALES**

MEMOIRE DE RECHERCHE  
EN VUE DE L'OBTENTION DU  
DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES

**PROJET DE CREATION DE CENTRES DE CONSULTATIONS  
DANS UN CONTEXTE DE PSYCHOLOGIE INTERCULTURELLE**  
ESSAI D'INGENIERIE CLINIQUE

Présenté par Nicolas BOSC

Sous la direction du Professeur Alain BLANCHET

Soutenu le 13 septembre 2004, Mention Bien.

Jury: Alain Blanchet  
Raphaëlle Miljkovitch  
Serban Ionescu

## SOMMAIRE

---

### INTRODUCTION

#### I. METHODE D'INGENIERIE ET CONDUITE DE PROJET .....3

A. L'analyse systématique de l'environnement du projet et définition de la problématique .....8

B. La conception d'un plan d'action : l'ingénierie de définition.....11

C. La planification et la réalisation du projet : l'ingénierie de faisabilité .....21

D. La mise en exploitation et l'évaluation.....26

Conclusion sur la méthodologie d'ingénierie .....30

#### II. ESSAI D'UNE INGENIERIE CLINIQUE DANS UN CONTEXTE DE PSYCHOLOGIE INTERCULTURELLE ..... 31

A. L'analyse systématique de l'environnement du projet et définition de la problématique .....31

B. La conception d'un plan d'action : l'ingénierie de définition.....38

C. La planification et la réalisation du projet : l'ingénierie de faisabilité .....49

D. La mise en exploitation .....67

### CONCLUSION

### BIBLIOGRAPHIES

### TABLE DES MATIERES

### ANNEXES

---

- Qualités de l'ingénieur « humain »
- Listes des centres visités

## INTRODUCTION

---

Au cours du vingtième siècle, la psychologie s'est considérablement développée dans les pays occidentaux. Elle s'est penchée sur le bébé, l'enfant, l'adulte, le vieillard, le normal, le pathologique... Elle a mené des expériences, développée des théories, conçu des modèles, soulevé des polémiques... bref, elle est aujourd'hui omniprésente et tient une place importante dans notre culture.

En Occident, il existe de nombreuses approches différentes permettant d'aborder l'être humain, chacune possédant sa propre conception de l'appareil psychique, de la pathologie et des moyens thérapeutiques à proposer. Ces théories sont très différentes les une des autres, voire même dans certains cas, totalement opposées. Aussi, malgré cette diversité et en nous appuyant sur une approche intégrative de la psychopathologie, nous pensons qu'une connaissance des différents modèles peut amener le clinicien à enrichir et améliorer sa pratique thérapeutique.

Pourtant, les connaissances en psychologie sont très inégalement réparties sur à travers le monde. Dans beaucoup de cultures, les praticiens en santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers...) ne disposent souvent que d'un unique modèle de référence ce qui, selon nous, limite l'approche qu'ils peuvent avoir du fonctionnement psychique humain.

L'objet de ce mémoire est donc de proposer une méthodologie permettant d'encadrer des projets de développement de centres de consultations psychologiques dans des pays n'ayant pas encore accès à ce type de structures de soins. Le projet ici, n'est pas d'exporter simplement les théories occidentales, mais plutôt de rapprocher différentes approches aux représentations culturelles pour développer avec les praticiens étrangers un modèle de prise en charge adapté.

Pour développer ce projet et cadrer sa réalisation, nous avons fait appel à la méthodologie propre à l'ingénierie. Comme nous allons le voir, elle s'organise en une succession d'étapes qui permettent d'analyser et d'anticiper chaque aspects du programme. En associant cette méthodologie avec la partie clinique, nous espérons pouvoir proposer un plan d'action qui pourrait guider le psychologue qui se prépare à partir exercer à l'étranger.

# **I. METHODE D'INGENIERIE ET CONDUITE DE PROJET**

## **1. DEFINITION**

Le mot ingénierie vient de la racine latine « genius » qui signifie talent. Dans l'ancien français, l'ingénieur était celui qui avait les connaissances pour concevoir les ouvrages de fortification et développer les « engins », c'est à dire les machines de guerre. La fonction d'ingénierie regroupait donc un ensemble de savoirs qui étaient tournés vers l'application militaire, mais qui s'ouvrait aussi vers les biens d'équipements ou d'infrastructure.

Dans le dictionnaire Larousse, on trouve pour « ingénierie » : Etude d'un projet industriel sous tous ses aspects (techniques, économiques, financiers, monétaires et sociaux) et qui nécessite un travail de synthèse coordonnant les travaux de plusieurs équipes de spécialistes.

A cela, différents auteurs apportent des éléments complémentaires. Ainsi, l'ingénierie est une « démarche raisonnée permettant de parvenir à un but exprimé (...) dans une logique d'efficacité »<sup>1</sup>. Elle regroupe « l'ensemble des prestations intellectuelles spécifiques qui permettent d'optimiser un investissement lors de sa programmation, de sa réalisation, de sa mise en service et enfin de son exploitation »<sup>2</sup>. L'ingénierie apparaît donc d'une façon générale comme une méthodologie qui amène à traiter un projet d'une façon particulière et prédéfinie.

Dans la langue courante, le terme d'ingénierie renvoie généralement aux domaines techniques et industriels. Ainsi, l'ingénieur est présent dans presque tous les domaines. Il peut être électricien, électronicien, hydraulicien, informaticien, agronome, chimiste, métallurgiste, biologiste... Mais aujourd'hui l'ingénierie s'associe à de nouvelles disciplines et leur fait profiter de son approche rigoureuse et efficace. Ainsi, se sont développées ces dernières années des ingénieries sociale, financière, culturelle, hôtelière et touristique, pédagogique et éducative... L'ingénierie « humaine » est un champ de réflexion nouveau,

---

<sup>1</sup> Carré, Moisan et Poisson, 1997, p 112.

<sup>2</sup> Moulart, 2002, p 8.

extrêmement vaste car en rapport avec la grande variété de disciplines qui touche à l'être humain.

Pour certains, il peut paraître surprenant d'associer des disciplines si différentes. En effet, si l'ingénierie renvoie habituellement aux sciences exactes, la rapprocher d'un terrain « mou », comme l'être humain, peut sembler un « paradoxe (...) ou [un] mariage de raison »<sup>1</sup>.

De nombreuses critiques se sont élevées face à ce qui a été qualifié de « mode ». Certains se demandaient si des professionnels n'utilisaient pas l'ingénierie uniquement pour « ennoblir »<sup>2</sup> leur tâche, et se rapprocher du prestige du titre d'ingénieur. D'autres y voyaient l'illusion d'une comparaison entre la production d'objets et la création humaine. Pour eux, il est vain d'essayer de réduire l'homme à un ensemble de processus qui seraient optimisables selon des procédures « technicistes », voire « scientistes »<sup>3</sup>.

Pourtant, on peut aussi voir l'utilisation de l'ingénierie comme une volonté d'introduire de la rigueur dans des domaines qui peuvent parfois manquer d'efficacité. L'apport d'une démarche rationnelle peut permettre de « rendre compte de la complexité du système (...), de la subtilité de ses mécanismes, afin de réduire la part des réactions instinctives et de contribuer à les rendre plus intelligibles »<sup>4</sup>. Au croisement de deux champs différents, entre l'univers technique et l'approche plus pragmatique des acteurs de l'entreprise habitués à utiliser des connaissances multi-disciplinaires, la méthodologie propre à l'ingénierie permet ainsi « d'articuler l'analyse et l'action »<sup>5</sup>.

## **2. METHODOLOGIE**

L'ingénierie est une méthode qui propose une démarche spécifique malgré les nombreux domaines dans lesquelles elle intervient. Sa méthodologie trouve ses origines dans celle des grands projets industriels, le bâtiment et les travaux publics. Elle est toujours en rapport avec une idée de projet, de mise en place d'un « ouvrage ». Son but est de trouver les réponses les plus adaptées possible à une situation donnée. Ainsi, l'ingénierie doit savoir s'adapter aux circonstances particulières et remettre en cause les modèles habituels. Même si l'intérêt pour l'expérience acquise est essentiel, elle ne peut adapter simplement un ancien projet à une

---

<sup>1</sup> Pain, 2003, p 13.

<sup>2</sup> R. Charpentier, (1993), *La formation continue des enseignants*. Paris : Hachette. Cité in Pain, 2003, p 25.

<sup>3</sup> Ph. Maubant, (1999), *Questions de recherche en éducation*, n°1. Cité in Pain, 2003, p 26.

<sup>4</sup> Mollard, 1994, p 69.

<sup>5</sup> Gaulejac et al, 1989, p 21.

nouvelle situation. Il faut à la fois inventer des outils mais aussi penser à leur agencement dans le système global. Pour cela, elle se doit d'adopter une méthode d'analyse et d'action claire et bien établie qui permettra de révéler une ingéniosité et d'exprimer un ensemble de valeurs qui lui sont rattachées : création, imagination, innovation...

L'ingénierie s'intéresse à tous les projets conçus comme « un processus dynamique susceptible d'évoluer à l'épreuve de la réalité »<sup>1</sup>, dans lequel vont être mis en place, durant un temps déterminé, des moyens et des méthodes prédéfinies qui viseront à atteindre des résultats précis.

On distingue trois types de projets<sup>2</sup> :

- les projets d'innovation qui consistent à créer de nouvelles entités,
- les projets d'adaptation qui visent à organiser ou à réorganiser le fonctionnement d'organisations déjà existantes,
- et enfin, les projets de nature « études-recherche ».

Le premier cas de projets permet souvent une grande marge de manœuvre car il s'agit d'aborder d'une façon nouvelle un certain contexte. Dans le second cas, il s'agit surtout de reconversion des moyens disponibles en vue d'améliorer leur efficacité. Enfin, dans le troisième cas, le projet se présente surtout comme l'étude d'un cas particulier. Il implique des analyses, des projections, des simulations...

Toutefois, le changement peut parfois être considéré par les forces en présence comme une perturbation ou une menace qui vient déséquilibrer l'ordre établi. L'ingénierie, qui s'intéresse de très près aux différents acteurs participant au projet, fait alors appel au principe d'interactivité. L'objectif, est en effet de prendre en compte le maximum de variables existantes et de compiler les éléments théoriques qui sont en rapport avec le programme. Grâce à un ensemble d'instruments opérationnels, l'enjeu de l'ingénierie sera alors de « gérer son patrimoine de connaissances »<sup>3</sup> de façon optimale ou, d'un point de vue mécanique, de créer ou régler efficacement le « moteur de l'organisation »<sup>4</sup>.

L'une des approches de base sur laquelle repose l'ingénierie est la procédure de prévision, de concertation et enfin de traduction des objectifs. Ce mécanisme s'applique à chaque niveau

---

<sup>1</sup> Gaulejac et al, 1989, p 99.

<sup>2</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 32.

<sup>3</sup> Varet-Pietri, 2000, p 33.

<sup>4</sup> Daigne, 1995, p 18.

du projet, de l'étude à la conception jusqu'à la réalisation finale. Donc, « le métier d'ingénierie veut la communication à fond. Dès que l'on sait quelque chose, il faut le dire à celui qui est à côté »<sup>1</sup>. La coordination permet de découvrir « les points de convergence et de divergence des acteurs autour du problème à résoudre, sur les moyens à mettre en œuvre et sur leur degré d'engagement dans l'action prévue »<sup>2</sup>. L'« interpartenariat » permet de « coordonner les procédures, éviter le gaspillage des aides trop dispersées, créer les conditions d'une concertation entre les différentes administrations, les élus, les usagers et les organismes qui interviennent dans le champ social »<sup>3</sup>.

Les partenaires impliqués dans la construction d'un projet sont donc associés depuis l'analyse jusqu'à l'élaboration finale du programme. Etant donné que chaque acteur a ses propres logiques, ses objectifs et ses contraintes, la collaboration s'organise sous forme de rencontres et de négociations. Il s'agit donc de trouver le compromis qui favorise au maximum chacun des intervenants. Très souvent, le programme retenu impose de nouvelles formes de communication entre les acteurs car il modifie la situation pré-existante. Il est donc nécessaire d'être vigilant et sensible aux éventuels désaccords ou inquiétudes qui peuvent s'associer à ce changement.

### **3. MODE D'ACTION**

Toujours à travers une approche pluridisciplinaire, la méthode d'ingénierie s'organise selon plusieurs étapes qui lui permettent de construire son mode d'action de manière optimale. Cette méthodologie s'intéresse à la construction du projet en lui-même mais prend également en compte tout ce qui est en amont et en aval de ce dernier. En amont, « ont lieu des réflexions préalables qui font mûrir le projet, tentent d'en définir les objectifs, d'en rechercher les logiques et d'en valider les options ». En aval, « prennent place un certains nombres d'actions visant l'appropriation par les utilisateurs du nouvel outil de production »<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Clot, 1994, p 262.

<sup>2</sup> Pain, 2003, p 24.

<sup>3</sup> Gaulejac et al, 1989, p 16.

<sup>4</sup> Poulain, Larrose, 2003, p 14.

Les objectifs de chaque projet sont systématiquement soumis à trois variables fondamentales qui forment un triangle où chacune d'elles sont interdépendantes. Ainsi, on retrouve dans tous les types de projets les objectifs :

- de qualité
- de coût
- de délai

Tout l'art de la conduite de projet est d'articuler ces trois dimensions entre elles, et de rendre l'ensemble le plus harmonieux possible. Il s'agit de « s'assurer que les résultats recherchés sont obtenus et que l'on est sur la trajectoire vers le résultat final ou livrable en vérifiant constamment que ce livrable reste pertinent sur les trois critères »<sup>1</sup>. La performance d'un projet est lié au respect de ces objectifs qui auront été préalablement définis. « Si au cours d'un projet, l'un des paramètres du triangle est modifié, au moins l'un des deux autres le sera également. Ainsi, si un produit doit être livré plus tôt que prévu, il faudra transiger soit sur la qualité du produit, soit sur en augmenter le coût »<sup>2</sup>, aussi, on peut considérer que « rater » un projet c'est perdre la maîtrise d'au moins une de ces trois dimensions »<sup>3</sup>.

Pour éviter cela, l'ingénierie procède, comme nous allons le voir, de façon graduelle et pragmatique, ne perdant jamais de vue l'aspect anticipatoire du projet. On rencontre dans la construction de projets, presque systématiquement deux types d'ingénierie complémentaires :

- L'ingénierie culturelle sépare *l'étude de définition* du projet, de *l'étude de faisabilité*<sup>4</sup>.
- Bellier (2002) distingue *l'ingénierie de formation*, de l'ingénierie pédagogique ou *didactique*. La première, comparée au « plan de masse des architectes »<sup>5</sup>, concerne « les différents moments d'une formation, la structure de cette formation, son déroulement, son agencement... », la seconde s'attache à « la manière dont on construit un module particulier »<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Corbel, 2003, p 13.

<sup>2</sup> Marchat, 2003, p 21.

<sup>3</sup> Provost, 1994, p 10.

<sup>4</sup> Voir Mollard, 1994.

<sup>5</sup> Pain, 2003, pp 28-29.

<sup>6</sup> Bellier, 2002, p 17.



- Les ingénieurs financiers possèdent eux-aussi des instruments qui peuvent être regroupés en deux catégories. « Les uns servent à s'informer (...) ce sont des outils *informationnels*. Les seconds constituent les composants et les modes d'agencement des architectures à élaborer : ce sont des outils *opérationnels* »<sup>1</sup>.

Il existe donc une ingénierie visant la conception du projet, avec la définition des objectifs et leur portée, et une autre visant sa réalisation, où sera développée la construction du projet.

Il n'y a pas de méthode unique pour mener à bien un projet car justement, chaque projet est unique. Pourtant, la méthode d'ingénierie propose un schéma méthodologique qui permet d'élaborer une solution optimale en fonction d'un contexte donné et indépendamment des objectifs poursuivis ou du domaine concerné. D'une façon générale, on peut donc présenter l'approche d'ingénierie comme s'organisant en quatre phases principales :

- l'analyse de la situation
- la conception d'un plan de changement
- l'application du plan de solution
- la mise en exploitation et l'évaluation

## **A. L'ANALYSE SYSTEMATIQUE DE L'ENVIRONNEMENT DU PROJET ET DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE**

### **1. L'ETUDE DU CONTEXTE**

Pour contribuer au bon fonctionnement du système, il est nécessaire de connaître l'ensemble des données préalables car cela permet d'identifier les besoins réels, qui permettront ensuite d'étudier les actions spécifiques à mettre en place. Le but ici est de recueillir des informations pour décrire le plus fidèlement possible la situation existante (état initial), tout en imaginant l'apport que le futur projet va pouvoir apporter (état final). La qualité de la mission exploratoire est déterminante pour la réussite de la mission qui en découle. C'est à partir de son expertise que vont être déterminés les objectifs, la stratégie et l'ensemble des moyens qui permettront de répondre le mieux possible aux exigences de la situation.

---

<sup>1</sup> Gense, Topsacalian, 1999, p 12.

Aujourd'hui, « il ne paraît plus possible (...) d'engager une action, c'est à dire des hommes, du matériel et de l'argent, sans ce préalable indispensable »<sup>1</sup>.

Tout d'abord, chaque environnement est spécifique. Il possède ses propres caractéristiques qui influenceront la future activité du projet. On peut citer par exemple, l'importance de la dimension géologique lorsque le projet porte sur la construction d'un pont ou d'un tunnel, de la dimension économique de la région s'il s'agit d'un aéroport, du climat politique lorsqu'on étudie des possibilité d'investissement à l'étranger... Cette prospection s'appuie en partie, sur une recherche documentaire qui doit répertorier les ouvrages, les différentes études faites sur le sujet, les rapports, les enquêtes... qui sont susceptibles de fournir des informations sur le futur terrain à exploiter. Elle passe aussi par la rencontre de personnalités ou d'institutions qui peuvent apporter des renseignements sur tel ou tel élément du dossier. Ces différents intervenants possèdent des informations qu'il est important d'exploiter car ils vont chacun apporter un éclairage particulier sur la situation.

Toutes ces informations constituent la base du projet sur lequel il pourra ensuite se construire. Plus elles sont riches et variées, plus le projet sera adapté à son environnement, et aura de chance d'être performant. Parmi elles, doivent ressortir les différents besoins qui se sont faits sentir et qui seront ensuite ciblés. Tout en s'intéressant pleinement à l'ensemble du contexte, il faut donc s'attacher à explorer les zones sensibles pour isoler les éventuelles contraintes que risque de rencontrer le projet.

## **2. ISOLER LA PROBLEMATIQUE**

L'importance de cette première phase d'investigation est décisive pour identifier les différents difficultés qu'il faudra par la suite résoudre. C'est de l'analyse de l'environnement du projet que va découler l'élaboration de la réponse et la nature du traitement qui sera proposé. Comme en médecine, la thérapeutique est souvent contenue dans le diagnostic<sup>2</sup>, il est donc primordial d'effectuer une enquête la plus exhaustive possible, ce qui implique immanquablement une démarche faisant appel à l'interpartenariat.

Dans certains cas, les problèmes à résoudre peuvent être connus et désignés par les acteurs présents sur le terrain, ou par les commanditaires du projet, mais ils peuvent aussi dans

---

<sup>1</sup> Lebas, Veber, Brücker, 1994, p 200.

<sup>2</sup> Métaphore de Gaulejac et al., 1989, p 101.

d'autres cas, être plus difficilement identifiables ce qui nécessitera tout un travail d'enquête. Les dysfonctionnements sont souvent repérables par leurs manifestations, mais pas toujours. Il peut arriver que la conséquence soit déplacée, et semble sans rapport avec son origine. Il peut être dommageable pour la suite du projet de juger un élément comme central, alors que bien qu'en rapport avec la problématique, son importance n'est que mineure. Il s'agit d'apprécier le problème dans une idée de « réseau », en considérant l'ensemble de ses ramifications et ses effets.

On peut donc dégager de cette première recherche, une idée générale du cadre dans lequel va s'inscrire le projet. Les forces en présence ont pu être définies, les besoins, les freins et les agents facilitants également, il est donc possible, à partir de là, d'avoir une ligne directrice pour imaginer le changement et commencer à développer un plan d'action.

Les points suivants résument cette première partie et constituent une trame permettant de structurer la réflexion sur la définition du projet<sup>1</sup> :

- nature du projet (organisation ou réorganisation, production, études-recherche) ?
- finalité, pourquoi changer (situation initiale, situation souhaitée, sources, problématique à laquelle il répond, buts et effets recherchés) ?
- quelle est la raison d'être du projet ? Sur quoi s'appuie la décision de lancer le projet ?
- quelle est la portée du projet pour les secteurs qui seront concernés ?
- qui sont les commanditaires, quels sont pour les commanditaires les intérêts du programme et ses enjeux ?
- que veulent-ils et pourquoi ?
- sur quelles politiques, quelles options stratégiques : stratégie de modernisation, de gestion, d'amélioration de la qualité, de diversification ... ?
- quels sont les documents de base qui soutiennent ce choix ?
- de quels soutiens bénéficie le projet ?

---

<sup>1</sup> Voir Chambon, Pérouze, 1996, p 76.

## **B. LA CONCEPTION D'UN PLAN D'ACTION :** **L'INGENIERIE DE DEFINITION**

Une fois que la situation a été analysée, il est maintenant possible d'imaginer le changement et de concevoir une réponse la plus adaptée possible. Pour élaborer la problématique, nous avons vu qu'il fallait se baser sur la nature des difficultés rencontrées et donc, sur les facteurs qui en sont à l'origine. C'est en agissant sur certains de ces facteurs que l'on peut espérer modifier la situation problématique.

Pour cela, la méthode d'ingénierie propose de définir les principales caractéristiques composant le projet :

- aspects techniques (choix du procédé, performances attendues, moyens logistiques, programme de réalisation...),
- aspects économiques (estimation de l'investissement, budget prévisionnel, frais d'exploitation, plan de financement...),
- aspects administratifs (répartition hiérarchique des intervenants, définition des responsabilités, marges de manœuvre...),
- aspects juridiques (législation en vigueur, respect des procédures...),
- aspects politiques, sociaux...

Cette étape a pour objectif de « faire mûrir »<sup>1</sup> le projet en structurant, par la réflexion, sa définition et à optimiser son installation. D'une façon schématique, on cherche à établir sa « carte d'identité »<sup>2</sup>, ce qui peut aller jusqu'à lui attribuer un nom ou une désignation (projet « ville-propre », opération « xxx »...). Contrairement à la phase suivante visant la réalisation, chaque hypothèse peut ici être remise en cause, voire abandonnée au profit de nouveaux choix.

### **1. LA DEFINITION DES OBJECTIFS**

La formulation des objectifs doit être une réponse à la problématique définie dans la phase précédente. Ils doivent à la fois être adaptés aux besoins et s'efforcer de s'intégrer le mieux possible dans l'environnement. C'est ce compromis qui motive la démarche d'ingénierie car

---

<sup>1</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 69.

<sup>2</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 72.

il faut souvent innover et appliquer une méthode qui n'a pas forcément été prévue pour ce type de cas.

Les objectifs peuvent être fixés par chacune des différentes catégories d'acteurs. La plupart du temps, ils sont définis par le commanditaire du projet, par l'initiateur ou par le client. L'objet du projet définit le but à atteindre et sa finalité. Il énonce les fonctionnalités que devra satisfaire le produit lors de sa mise en service.

Les objectifs doivent répondre aux questions<sup>1</sup> :

- quels résultats attendons-nous ?
- quels sont les effets recherchés ?
- quels résultats tangibles veut-on atteindre ?
- les objectifs sont-ils correctement formulés ?
- remplissent-ils les exigences suivantes : précision, échéance, faisabilité, pertinence par rapport aux effets recherchés, mesurabilité ?.

Pour une définition optimale de la demande, clarifier les objectifs est donc une étape indispensable entre le chef de projet et le pôle décisionnel. Nous avons vu précédemment que les objectifs étaient rattachés à trois domaines : la qualité, les coûts et les délais. En fonction de ces derniers, les objectifs fixés peuvent être prioritaires, intermédiaires (ou d'étape) ou complémentaires, selon leur rapport direct ou non avec l'objet du projet.

« Un objectif est dit complémentaire si sa non-réalisation ne met pas le projet en péril. Il convient d'identifier les objectifs complémentaires qui sont en fait des projets à part entière et doivent par conséquent être gérés comme tels, c'est à dire avec une mécanique propre (équipe, objet, objectifs...)»<sup>2</sup>.

Enfin, tous les objectifs se doivent d'être mesurables pour évaluer ensuite leur réussite. Certains objectifs sont plus difficiles à fixer, car certains critères, comme les critères humains par exemple, sont subjectifs. C'est donc en quantifiant les objectifs que l'on pourra mesurer l'avancement du projet et valider objectivement sa réussite. Il est donc courant de développer, en parallèle des objectifs, des indicateurs de performance qui permettront d'apprécier progressivement l'efficacité du travail mis en œuvre.

---

<sup>1</sup> Voir Chambon, Pérouze, 1996, p 72.

<sup>2</sup> Marchat, 2003, p 22.

La façon dont sont formulés les objectifs est donc très importante car ils indiquent la direction que va prendre l'ensemble du projet. Ils doivent être formulés d'une façon claire et compréhensible pour sensibiliser le plus grand nombre d'intervenants. Comme le souligne Hugues Marchat, « tout ce qui peut être mal compris, le sera »<sup>1</sup>. Pour éviter cela, une formulation écrite est souvent nécessaire. Le cahier des charges ou schéma directeur, permet alors de fixer les modalités stratégiques décidées par la direction. On y retrouve le contexte du projet, ses buts et ses effets recherchés. Il isole les contraintes, et pose le cadre qui réglera la réalisation en précisant le programme de construction, et les objectifs de coûts et de délais.

### **a) Les partenaires**

La collaboration entre les différents acteurs d'un projet est un élément clé pour sa réussite. Après avoir les avoir identifier dans sa première phase, la méthode d'ingénierie se préoccupe désormais de définir leurs rôles dans l'organisation du projet et va concevoir la « carte stratégique des forces en présence »<sup>2</sup>. Le projet doit toujours se concevoir sous ses différents niveaux. Son organisation doit donc s'imaginer à la fois du point de vue interne (micro-organisationnel), mais aussi en rapport avec les acteurs extérieurs (macro-organisationnel).

Le projet doit prendre en compte les différents niveaux de sa future action. Dans une dimension inter-disciplinaire, il doit articuler les différentes forces en présence et associer les compétences entre elles d'une façon optimale.

Dans le cas d'un projet de formation, par exemple, il doit se considérer à la fois comme<sup>3</sup> :

- a) une microstructure (une classe...)
- b) une mésostructure (...faisant partie d'un établissement scolaire...)
- c) une macrostructure (...intégré dans un système éducatif.)

Ces différentes structures sont chacune susceptibles d'être en contact avec certains partenaires qui leur seront propres. Pierre Cauvin<sup>4</sup> propose un modèle, celui des « quatre

---

<sup>1</sup> Marchat, 2003, p 57.

<sup>2</sup> Poulain, Larrose, 2003, p 14.

<sup>3</sup> voir Figari, (1988), *Se former à l'ingénierie de la formation par l'action et la recherche*, in Education Permanente, n° 96. cité in Pain, 2003, p 39.

<sup>4</sup> Pierre Cauvin, *Un modèle pour gérer les organismes de service non-lucratif : la théorie des quatre corps*, Cahier de l'ISMEA, revue des sciences de gestion, 1981. cité in Gaulejac, 1989, pp 36-43.

corps », qui décrit les rapports de pouvoir que peut avoir une institution intervenant dans le champs du développement social.

Ces organismes, qui pour la plupart sont sans but lucratif, proposent des prestations qui visent à répondre à certains besoins d'une population donnée.

Ils mobilisent quatre groupes d'acteurs principaux :

- « Les fournisseurs de ressources regroupent les personnes physiques et morales qui procurent des financements, des moyens, des informations, (...) mais aussi de la considération et de la légitimité : ce sont des élus, des représentants de l'Etat, de groupements professionnels, des notables.
- La direction transforme les ressources en services ; c'est un travail d'aménagement et d'organisation qui consiste d'une part à trouver des ressources en assurant l'interface entre l'environnement et le système interne ; d'autre part à organiser le fonctionnement interne, à gérer les interactions entre les différents sous-systèmes, à assurer la cohérence interne de l'organisation.
- Les producteurs de service (« les professionnels ») sont chargés de « fabriquer » des prestations et de les fournir à la clientèle. (...) le produit fourni est souvent indissociable de la personne qui l'accomplit, d'où l'importance de la relation personnelle dans la production du service. De la qualité de la relation entre producteur et utilisateur dépend, en grande partie, la qualité du service rendu.
- Les utilisateurs de services regroupent les destinataires du service : clients, usagers, bénéficiaires, les individus et les groupes. Il peut s'agir de clients qui apportent une rémunération, de bénéficiaires non payants, de cotisants, d'ayants droit, etc. le plus souvent les utilisateurs ne sont pas considérés comme membre de l'organisme, et ils ont rarement la possibilité d'intervenir sur son mode de fonctionnement dans la mesure où ils sont dispersés, individualisés et rarement organisés »<sup>1</sup>.

Les fournisseurs et les transformateurs forment le système collecteur de ressources. Les producteurs et les utilisateurs forment le système producteur de services. Les

---

<sup>1</sup> Gaulejac et al, 1989, pp 36-39.

transformateurs de ressources et les producteurs de service, eux, représentent le système interne. Les fournisseurs et les utilisateurs font partie du système externe car ils ne sont pas, en principe, intégrés au système de gestion de l'organisme.

	Système externe	Système interne
Système collecteur de ressources	Fournisseurs de ressources	Transformateurs de ressources
Système producteur de services	Utilisateurs de services	Producteurs de services

Chacun de ces acteurs a une relation particulière avec l'autre. La qualité de fonctionnement de la structure dépend, dans une large mesure, de la nature de ces relations. « La qualité du service dépend avant tout de la capacité du prestataire de prendre en compte les « besoins » des utilisateurs, de se mettre à l'écoute de la demande, d'adapter le service aux situations spécifiques des différents usagers »<sup>1</sup>. On comprend alors aisément le rôle d'une politique de communication que nous aborderons dans la dernière partie.

- Les fournisseurs et les transformateurs de ressources ont normalement des relations privilégiées car ce sont eux qui définissent les orientations et les objectifs de l'organisme.
- Les transformateurs de ressources et les producteurs de services, qui forment le système interne de l'organisme, sont liés par des rapports fonctionnels et hiérarchiques. Ils assurent le fonctionnement pratique de l'organisation.
- Les producteurs de services et les utilisateurs sont en contact permanent puisque le service produit se résume souvent à l'existence même de cette relation.
- Enfin, les fournisseurs de ressources et les utilisateurs sont rarement en rapport direct. Cela peut être à l'origine d'un décalage entre les orientations proposées et les problèmes réels qui se posent aux utilisateurs.

---

<sup>1</sup> Gaulejac et al, 1989, p 41.



En plus d'une analyse et du diagnostic de l'environnement du projet, la définition des objectifs d'un programme dépend donc aussi grandement de la concertation entre les différents acteurs impliqués dans l'action. Cette collaboration permettra de s'assurer du caractère réalisable des objectifs, et des moyens disponibles pour les atteindre. Les objectifs du projet devront satisfaire chacun des acteurs qui engageront ensuite leur savoir-faire et leur motivation.

## **b) Les ressources**

Cette étape de la conception d'un plan d'action est dans la continuité directe de l'identification des différents éléments de terrain qui ont été réalisées dans la première phase, mais il s'agit désormais de les analyser et de les intégrer dans la construction du programme. Les ressources disponibles font partie des matières premières qui permettront au projet de prendre forme.

Parmi celles-ci, certaines ont un impact positif sur le déroulement du projet (les facilitateurs) alors que d'autres, au contraire, ont tendance à gêner son évolution (les contraintes). Ces dimensions, à la fois positives et négatives, doivent être prise en compte et gérées efficacement pour profiter au projet.

« Il faut déterminer les moyens humains, logistiques et matériels avec une grande précision afin de réaliser les activités avec une productivité optimale »<sup>1</sup>. Le plan d'action doit évaluer les ressources qu'il nécessite, et les comparer avec celles qui sont disponibles. Il doit donc procéder à des inventaires pour estimer les éventuels besoins qu'il pourrait rencontrer. Ainsi, il peut être indispensable de fournir certains éléments sur un site qui en est dépourvu, ce qui demandera de prévoir un travail logistique supplémentaire.

Analyser et gérer les facilitateurs permet de profiter de facteurs qui pourront favoriser la résolution de phases délicates (modifications, conflits...) et d'optimiser l'accomplissement des tâches de projet<sup>2</sup>. Les contraintes devront également être mesurées pour estimer s'il s'agit de contraintes bloquées, où la marge de manœuvre est nulle, ou de contraintes libres, où la marge de manœuvre est négociable. Enfin, le chef de projet doit se préoccuper des principaux obstacles qu'il pourra rencontrer et devra procéder systématiquement à leur

---

<sup>1</sup> Lebas, Veber, Brückner, 1994, p 78.

<sup>2</sup> Marchat, 2003, P78

évaluation. En parallèle, il devra veiller à appliquer un programme préventif visant à limiter la survenue de ces situations, et prévoir en dernier recours, l'utilisation de mesures curatives.

## **2. LA CONCEPTION D'UN PLAN D'ACTION**

Cette étape est un point capital de la conduite de projet et de l'ingénierie de définition car elle fait le lien entre la partie de la conception du plan et celle de son application. Il s'agit ici de choisir une méthode et de structurer sa réalisation en veillant à sa bonne mise en place par l'intermédiaire du budget, des modalités de financement et du calendrier de réalisation.

### **a) Les stratégies d'action**

Pour atteindre les objectifs fixés, il s'agit de choisir le chemin que l'on veut emprunter, et élaborer un scénario de faisabilité. L'ingénieur développe ici sa compétence propre, applique la technique qui est susceptible d'amener le changement et dont il est spécialiste. Il aborde l'environnement selon son raisonnement et les méthodes issues de sa formation, y prélève les composantes qui lui sont utiles, les organise et construit son programme. Le thème principal du projet étant ici au premier plan, il redevient avant tout ici un physicien, un biologiste, un agronome, un géographe, un sociologue... Selon sa discipline, il prélève, calcule, compare, rencontre, questionne... interprète et analyse ses données pour développer ses hypothèses et mettre au point son modèle de changement.

Les objectifs visés doivent être clairement expliqués pour qu'ils puissent ensuite être, comme nous le verrons, contrôlés et évalués. Ainsi, bien que cette phase soit en rapport avec une pratique précise, elle n'en reste pas moins intégrée dans une démarche d'ingénierie car elle doit se penser intégrée dans un processus plus global, en rapport avec différents intervenants. En effet, la question de l'objectif à atteindre ne suffit pas. Il faut également mettre au point une stratégie d'intervention qui tienne compte des contraintes de la situation. Il s'agit donc de faire un choix presque diplomatique tant il est important de composer avec les diverses variables du terrain.

Il existe trois critères<sup>1</sup> caractérisant le projet qui permettent de fixer des priorités et de choisir le type de stratégie à adopter :

---

<sup>1</sup> Voir Chambon, Pérouze, 1996, p 71.

- La difficulté technique : le niveau de réalisation technique est-il modéré ou au contraire élevé ?
  - o Faible difficulté - la réponse technique au problème posé est simple ou accessible.
  - o Difficulté élevée - il n'y a pas de solution à priori et aucune réponse n'est connue ou accessible. Les compétences sont à priori difficiles à réunir ou à mobiliser.
  
- La complexité relationnelle : le contexte relationnel du projet est-il favorable ou plutôt hostile et difficilement maîtrisable ?
  - o Faible complexité - peu d'intervenants au projet, acteurs identifiés et connus, faible opposition, objectifs partagés ou intérêts communs.
  - o Forte complexité - multiplicité d'acteurs, oppositions fortes, enjeux et logiques contradictoires, conflits d'intérêts.
  
- La finalité : l'enjeu du projet est-il fort ou faible ? Quelles sont les conséquences en cas d'échec ?
  - o Enjeu fort - investissements lourds, importances stratégiques du résultat, impact et portée du projet.
  - o Enjeu faible - portée et impact limités, faibles investissements et faibles prise de risque.

## **b) Le budget**

Evaluer financièrement les différents stades de la construction d'un projet est une étape très importante pour sa réussite future. Le fait de négliger les coûts lors de la conception amène souvent des problèmes lors de la réalisation. Tout d'abord, le budget est en rapport avec les objectifs car c'est en fonction des moyens dont disposent les transformateurs de ressources, qu'ils pourront définir le plan d'action. Dans tous les projets, l'ingénierie se voit donc à un moment ou à un autre, mêlée à une dimension financière, avec ses contraintes et ses exigences.

Dans le cas d'un projet social, les règles économiques sont souvent différentes de celles qui existent dans un contexte marchand classique. Tout d'abord, comme nous le rappelle Gaulejac, le rapport entre l'offre et la demande est souvent inversé : c'est l'offre qui structure

la demande. Les règles de gestion habituelles ne sont donc pas toujours applicables, et on voit même de nouvelles logiques apparaître, comme par exemple :

- l'absence de demande ne signifie pas qu'il n'y ait pas de « besoin »,
- la présence d'une offre ne signifie pas qu'elle corresponde à une nécessité,
- l'inadéquation entre l'offre et la demande n'est pas sanctionnée par le marché<sup>1</sup>.

Sans rentrer dans les détails de la maîtrise des coûts qui renvoie à l'économie et à la gestion, nous pouvons présenter ici quelques éléments de base :

- Les financements : Chaque projet apporte un service qui doit être financé. Il peut l'être par les bénéficiaires, les acteurs ou par une instance extérieure qui aura commandé la mise en place de la structure. Les fonds peuvent donc provenir de nombreuses sources. Ils peuvent être publics ou privés, simples ou multiples, immédiats ou différés...
- Les frais : On distingue les coûts fixes (salaires, dépenses d'entretien du bâtiment), des coûts variables qui sont liés à l'activité. Il faut donc prévoir la future production de la structure pour mesurer et chiffrer les coûts qui seront à assumer. Cette évaluation permet alors d'évaluer le rapport coût/efficacité qui amènera ensuite à prendre des décisions entre différentes pistes possibles de projets.
- La rentabilité : Cette notion dépend beaucoup du type d'ouvrage prévu. Certains peuvent avoir des objectifs lucratifs à plus ou moins long terme (exploitation d'un pont, musée, garderie...), alors que d'autres n'auront pas cette vocation (hôpitaux, écoles...). Plusieurs possibilités existent, mais quoi qu'il en soit, il est nécessaire de les définir préalablement.

On retrouve ainsi<sup>2</sup> :

- o le « grand équilibre » : les recettes d'exploitation permettent de financer à la fois le coût d'exploitation et le remboursement des emprunts liés à l'investissement.

---

<sup>1</sup> Voir Gaulejac, 1989, pp 74-75.

<sup>2</sup> Mollard, 1994, p 72.

- le « petit équilibre » : les recettes d'exploitation ne financent que les dépenses d'exploitation, les dépenses d'investissement pouvant être à la charge par exemple de la collectivité publique.
- il n'y a pas d'équilibre, c'est le cas pour des structures offrant des services gratuits. On fait alors appel à des « subventions d'équilibre ».

Enfin, grâce à la comptabilité analytique, il peut être possible de connaître le coût d'une action ou d'une journée d'intervention par rapport au nombre de bénéficiaires. Cela permet d'évaluer l'efficacité et la rentabilité de la production, et offre ainsi une possibilité de l'améliorer.

### **c) Le programme de réalisation**

En parallèle, et compte tenu des différents éléments présents, il est classique que soit proposé « un calendrier général de réalisation », qui sera un « instrument efficace de pilotage de projet »<sup>1</sup>. Il a pour but d'ordonner la construction des différents éléments constituant le projet, de prévoir le temps nécessaire à leur mise en place, et de dater le moment où ils seront opérationnels.

La calendrier s'établit généralement en deux temps. Une première étape consiste à développer un calendrier à « grandes mailles »<sup>2</sup>, qui vise à définir la liste des principales étapes du projet, leur date de début et leur date de fin, ainsi que leur enchaînement. Il ne s'agit pas à ce niveau d'établir une planification définitive, encore moins de s'engager sur la base de cette première estimation ; c'est là simplement une première approche qui permet de situer le projet dans le temps et de vérifier si les contraintes énoncées par les commanditaires en matière de planification sont acceptables.

Dans un deuxième temps, le calendrier général de réalisation devient plus précis, et planifie les opérations d'une façon claire et rigoureuse. On voit alors apparaître des dates butoir clôturant des périodes d'activité, qui imposent le respect des objectifs et une obligation de résultat. Ce calendrier prend alors une dimension contractuelle puisqu'il garantit une évolution réglementée du projet en fixant dans le temps les moments où les avancées se feront.

---

<sup>1</sup> Mollard, 1994, p 74.

<sup>2</sup> Marchat, 2003, p 60.

Toujours dans un souci d'interpartenariat, il est impératif de prendre en compte les attentes des différents acteurs entourant le projet, et de veiller à ce qu'ils puissent reconnaître assez tôt des actions concrètes et symboliques qui les conforteraient pour la suite des événements. Gaulejac, dans le secteur social, incite ainsi à « d'obtenir des résultats tangibles, aisément reconnaissables par tous, dans des délais relativement brefs (entre six mois et un an) afin que les bénéficiaires [et les commanditaires] se rendent compte que leur situation peut effectivement évoluer »<sup>1</sup>. Ainsi, il peut-être utile, en même temps que le commencement des travaux, de proposer une campagne de communication informant les acteurs sur l'ensemble du projet.

## **C. LA PLANIFICATION ET LA REALISATION DU PROJET : L'INGENIERIE DE FAISABILITE**

### ***1. L'ORGANISATION DE L'ACTION***

Cette troisième phase de la méthode d'ingénierie et de la conduite des projet a pour objectif de transformer l'analyse en action, et de parvenir à la situation la plus proche possible de celle qui a été définie au préalable lors de la période d'étude. Cela exige un savoir-faire pour la mise en œuvre des acquis et demande ainsi la formulation d'hypothèses opérationnelles sur lesquelles repose la construction pratique de l'ensemble du programme. Elles sont la traduction opératoire des hypothèses théoriques, mais cette fois « [visent] à modifier les situations et non seulement à les comprendre »<sup>2</sup>. L'enjeu de cette phase est de « baliser le « chemin » de dispositifs »<sup>3</sup> qui permettront de matérialiser les choix effectués au cours des deux phases précédentes.

La réalisation d'un projet peut concerner à la fois la construction de la structure, son aménagement, son organisation interne et toute la mise en place de la politique prévue dans les étapes précédentes. Cette phase est donc extrêmement dépendante du travail d'étude accompli en amont, et se résume principalement en une adaptation technique des plans. Toutefois, la méthode d'ingénierie se doit de veiller à la bonne atteinte des résultats prévus et doit, pour cela, contrôler le travail réalisé.

---

<sup>1</sup> Gaulejac, 1989, pp 152-153.

<sup>2</sup> Gaulejac, 1989, p 133.

<sup>3</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 89.

Elle doit « préparer l'action, réunir les moyens, mobiliser les ressources, construire les outils, envisager la répartition des rôles, planifier, construire une équipe... se préparer pour agir, réagir et prévenir ». Il faut ici être convaincu que le scénario « même le plus pertinent, ne constitue qu'une construction intellectuelle qu'il faudra ajuster de façon permanente. Une seule certitude est autorisée : la réalité sera nécessairement différente du scénario imaginé »<sup>1</sup>.

Pour relever ce « défi » efficacement, un certain profil a pu être esquissée par Chambon et Pérouze (1996)<sup>2</sup>. Ils proposent cinq facteurs principaux :

- Bon sens : l'organisation doit convenir à la portée du projet. Il s'agit de trouver un juste milieu entre l' « usine à gaz » et l'improvisation, entre le laxisme et le dirigisme. Il faut pouvoir adopter une vision globale tout en évitant un enlèvement dans les détails.
- Pertinence : il s'agit de savoir repérer les périodes opportunes et les périodes critiques pour le projet.
- Réalisme : le chef de projet doit savoir mesurer les efforts à produire et être conscient du potentiel dont il dispose.
- Anticipation : faire l'inventaire des contraintes possibles qui pourraient entraver la construction du projet, appliquer des plans préventifs et prévoir des solutions curatives.
- Flexibilité : trouver un juste équilibre entre le souci de rigueur et l'exigence de souplesse et de réactivité. Il s'agit en effet d'optimiser les moyens tout en maintenant les conditions de la motivation et de l'autonomie.

Chaque réalisation de projets ne manquera donc pas de prendre en compte ces dimensions pour chercher leur réalisation optimale. Pour cela, l'ingénierie fait appel à la planification qui va « concevoir et mettre en place les dispositifs d'ordonnement des actions et les outils qui vont permettre de contrôler l'avancement du projet »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 87.

<sup>2</sup> Chambon, Pérouze, 1996, pp 101-102.

<sup>3</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 89.

Préparer l'action demande de répartir et de planifier les activités. Ainsi, le projet va être découpé en différentes phases, comportant chacune les actions à prévoir, le temps et les ressources imparties. Le programme de chaque phase prendra en compte également les modalités de transition avec la phase suivante ainsi que le contrôle des indicateurs témoignant de l'avancement des travaux.

Ainsi, la réalisation physique du projet se construit « pas à pas ». Pour cela, il est nécessaire de discerner l'essentiel, d'identifier les facteurs déterminants et d'établir des priorités. Il faut se méfier des attitudes extrêmes qui nuiraient à l'évolution naturelle du processus. Trop d'anticipation paralyserait l'action car cela imposerait des règles parfois inadaptées à la réalité rencontrée, à l'inverse, un défaut d'anticipation, voire une improvisation totale, conduirait à une mise en œuvre anarchique des actions. L'utilisation d'outils « de pilotage », instruments fédérateurs permettant de mobiliser et optimiser les ressources disponibles, vont permettre de planifier la concrétisation du projet.

## **2. LES OUTILS DE PLANIFICATION**

### **a) Gérer l'équipe**

La mise en place de l'organisation interne de la structure demande une attention toute particulière. Il est très important que l'équipe réunie autour du projet remplisse certains critères.

L'un des points les plus essentiels est la notion de complémentarité<sup>1</sup> :

- complémentarité des compétences car l'équipe doit couvrir l'ensemble des compétences fondamentales nécessaires à la réalisation du projet
- complémentarité de personnalité pour permettre la créativité, optimiser la réactivité, améliorer l'ouverture,
- complémentarité de point de vue et d'expérience pour diversifier les choix et homogénéiser l'action.

L'esprit d'équipe doit être un atout pour mener à bien la mission. La volonté d'atteindre les objectifs doit être la même pour tous, ce qui demande une adhésion commune aux buts, une volonté d'implication, de l'énergie et de l'enthousiasme pour se lancer dans l'aventure.

---

<sup>1</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 93.



L'organisation doit être novatrice pour correspondre au mieux aux objectifs visés. Il faut donc créer de nouveaux types d'interactions, et pour cela, privilégier l'autonomie des membres de l'équipe, leur polyvalence, leur responsabilisation. Toujours pour favoriser une certaine plasticité dans le système, il est également recommandé d'encourager l'autocritique et de promouvoir l'autorégulation<sup>1</sup>. Une coopération optimale dans une équipe renforcera sa confiance, améliorera sa remise en question et facilitera donc grandement sa productivité.

Pour veiller à cela, et consolider le projet, la planification propose différents outils pour formaliser les rapports entre les membres de l'équipe et servir de cadre pour clarifier l'organisation interne :

- La charte de l'équipe, qui est un document interne, est élaboré collectivement. Elle énonce les responsabilités et les engagements de chacun. On y trouve par exemple les domaines de compétences, les objectifs individuels, les ressources affectées, les possibilités de coopération, les règles de fonctionnement de l'équipe (horaires, réunions...).
- Le diagramme de répartition des rôles, présenté sous forme d'un tableau à double entrée, rapproche chaque acteur de son activité. Cela permet d'apprécier efficacement chaque étape du fonctionnement général.
- Les organigrammes, fonctionnels ou hiérarchiques, qui permettent de visualiser l'ensemble de la dynamique de l'équipe. L'identification du périmètre permet de visualiser l'étendue du projet et sa répercussion sur l'entreprise et son environnement.

## **b) Gérer la qualité**

Les objectifs de qualité sont sans cesse sous surveillance grâce à une multitude d'indicateurs et de critères, qui ont souvent été créés au cours de la conception du projet. Pour contrôler s'il évolue favorablement et si une réorientation est nécessaire, le chef de projet peut aussi compter sur différents documents :

---

<sup>1</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 95.

- Le guide du projet, qui est en quelque sorte un outil de référence car il rassemble les principales pièces qui en sont à la base. Il reprend les points clés du projet, les détaille en fournissant les documents d'étude et apparaît donc comme un excellent outil de référence.
- L'organigramme technique du projet, découpe l'action selon ses grandes catégories ce qui permet de visualiser sous forme d'arborescence les activités d'une façon précise et dans leurs moindres tâches.
- Le tableau de bord général de suivi de projet, permet de suivre l'avancement du projet auprès des différents acteurs impliqués. Comme un récit vivant, il exprime le « vécu du projet dans ses obstacles, ses échecs, ses réussites »<sup>1</sup>. Il met ainsi aisément en lumière les écarts qui peuvent survenir, et les actions correctives mises en place.

### c) Gérer les coûts

Nous savons que les objectifs de coûts demandent de « rechercher sans cesse les meilleures prestations aux coûts les plus réduits »<sup>2</sup>. Pour arriver à respecter les estimations de coûts effectuées dans la phase précédente, il peut être utile d'utiliser le tableau suivant<sup>3</sup> :

Projet :				
	Unité	Taux	Quantité	Estimation
Personnel	ex : heure	Ex : taux horaire		
Prestataires, fournisseurs externes				
Locaux				
Matériel, machines				
Fournitures				
Services et produits internes				

<sup>1</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 99.

<sup>2</sup> Corbel, 2003, p 13.

<sup>3</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 110.

### **d) Gérer les délais**

Enfin, pour respecter les délais préalablement fixés, le chef de projet se doit de veiller continuellement à la gestion du temps. Il possède pour cela des outils qui le renseigneront sur l'avancée du programme :

- Le calendrier général de réalisation, élaboré durant la phase précédente, planifie le projet en estimant les durées des principales étapes. Il fixe donc des dates butoirs qui représentent pour l'équipe des repères non-négociables.
- Les plannings, qui peuvent être de différents types, permettent de mener à bien une action définie, ou dans une plus large mesure, une étape du projet. En général, les plannings sont utilisés sous forme de rétro-plannings, c'est à dire que le chef de projet cherche, dans le reste de temps imparti, à remplir toutes les tâches restant à réaliser. On peut ainsi citer<sup>1</sup> rapidement les plannings par *étape*, les plannings par *période* (planning mensuel, trimestriel, annuel...), les plannings par *activité* (planning de construction, de communication...), les plannings par *service* (en fonction des secteurs concernés par le projet), les plannings par *thème*...
- Le tableau d'enchaînement des opérations. Il est construit sous la forme d'un planning en réseau, et rapproche différentes actions entre elles pour déterminer celles qui peuvent être menées en parallèle. Il joue en quelque sorte le rôle d'un agenda qui distribue presque dans l'immédiat les tâches à réaliser.

## **D. LA MISE EN EXPLOITATION ET L'EVALUATION**

### **1. LA COMMUNICATION**

La période d'ouverture de la structure demande une attention toute particulière. C'est un moment où se révèlent à tous les différents niveaux de l'organisation, les efficacités ainsi que les dysfonctionnements. On peut ainsi noter de nouveaux besoins ou des difficultés dans le rapport entre les professionnels et les utilisateurs, ou même entre les professionnels entre

---

<sup>1</sup> Voir Chambon, Pérouze, 1996, p 107.

eux. Les premiers temps de l'exploitation représentent un moment essentiel dans la réussite du projet, et peuvent être comparés à « son heure de vérité »<sup>1</sup>, où il peut être nécessaire d'assister l'équipe et de procéder à quelques réajustements de fonctionnement.

Définir une stratégie de communication permet justement d'accompagner la mise en place du projet. L'objectif est d'instaurer un dialogue entre tous les intervenants tant intérieurs qu'extérieurs. Il faut réussir à la fois à écouter les réactions des acteurs et diffuser des informations ciblées et pertinentes. A la base de cet échange, il s'agit donc de ré-analyser les enjeux et de comprendre les positions de chacun. « A priori, chacun à raison »<sup>2</sup>. Comme toujours, chaque logique pour devenir cohérente doit être rapprochée de son cadre de référence, il est donc nécessaire d'aborder chaque échange avec une attitude disponible.

Le plan de communication doit également se préparer en fonction de l'anticipation des réactions de chacun. Encore une fois, le travail de recherche effectué précédemment est essentiel pour identifier les différentes forces en présence. Pour se faire connaître, il faut sensibiliser les différents acteurs à ce qui peut les intéresser et veiller à leur proposer une démarche crédible.

Il faut donc systématiquement se demander quels dispositifs communicationnels ont été prévus pour :

- informer les acteurs sur le fonctionnement du dispositif ?
- anticiper et prendre en compte leurs réactions ?

Pour cela, il s'agit de prendre en compte les trois fonctions de la communication : stratégique, promotionnelle et opérationnelle.

- la communication *stratégique* informe sur les politiques d'action mises en place au sein du projet en présentant les comptes-rendus de résultats, les validations, les prévisions...
- la communication *promotionnelle* informe sur le fonctionnement et les réalisations effectuées. Elle présente et explique les actions menées à la fois au niveau interne et externe.

---

<sup>1</sup> Poulain, Larrose, 2003, p 14.

<sup>2</sup> Chambon, Pérouze, 1996, p 117.

- la communication *opérationnelle*, qui vise à recueillir des informations à travers des consultations ou des évaluations.

Enfin, pour être efficace, la communication doit satisfaire à plusieurs critères<sup>1</sup>. Elle doit être :

- valorisante, en encourageant les contributions, les critiques et les suggestions. Adopter la « position basse » : ils savent, j'ai tout à apprendre en les écoutant
- contextualisée, et être adaptée à la situation et au public visé
- ciblée, et apporter des informations utiles et pertinentes
- transparente et aisément compréhensible
- organisée et méthodique
- pédagogique c'est à dire à la fois explicative et mobilisatrice
- régulière en proposant un dialogue continu sur le terrain
- interactive

## **2. L'ÉVALUATION**

Durant toute la phase d'exploitation du projet, il est nécessaire de contrôler différents aspects qualitatifs de la production en appliquant un programme d'évaluation. « Il s'agit d'un instrument essentiel du suivi du bon déroulement de la mission. Mais il n'y a pas de bonne évaluation si le programme n'est pas parfaitement défini au départ. Un projet de mission qui n'intègre pas d'évaluation est aujourd'hui un projet inacceptable. Celle-ci est exigée tant par les bailleurs de fonds que par les divers partenaires locaux ou internationaux »<sup>2</sup>.

Il faut alors mesurer les résultats et les rapprocher de ceux exigés lors de la phase de définition. Des indicateurs-clés auront alors été définis et aideront à l'évaluation. Prenons par exemple le tableau de bord qualitatif accompagnant la mise en place d'un projet de formation<sup>3</sup> :

---

<sup>1</sup> Voir Chambon, Pérouze, 1996, p 123.

<sup>2</sup> Lebas, Veber, Brücker, 1994, pp 200-201.

<sup>3</sup> Figurant in Chambon, Pérouze, 1996, p 109.

Facteurs de succès	Indicateur	Source	Valeur standard (norme)	Valeur actuelle	Analyse de l'écart	Analyse et action corrective
Adhésion et participation	Taux de participation	Planning de réalisation	60%	20%	Disponibilité non-organisée	Action de sensibilisation auprès de la hiérarchie
Satisfaction des participants	Taux moyen de satisfaction	Synthèse des évaluations écrites	80%	60%	Inadaptation des modes pédagogiques	Réunion d'ajustement avec les formateurs

Pendant l'exploitation du projet, on cherchera à évaluer et maîtriser les effets qui, en retour, l'enrichiront ou la corrigeront. Ainsi, on retrouve la révision, « c'est à dire d'une part, la vérification que la solution obtenue correspond bien à la solution recherchée et, d'autre part, l'examen de la solution obtenue aux fins de réutilisation dans la solution d'autres problèmes »<sup>1</sup>.

Le rôle de l'évaluation et de l'analyse des pratiques devient donc un processus pleinement intégré au fonctionnement de l'ensemble de la structure, ce qui se traduit souvent par l'application de plus en plus fréquente de programmes de « démarche qualité ». Etant donné que les ouvrages en projet sont souvent multidimensionnels, car ils impliquent différents acteurs et différents corps de métier, une difficulté perturbe très souvent l'équilibre global du système, ce qui demande alors une connaissance complète du dossier. Il peut ainsi arriver qu'une difficulté remette en cause la poursuite de la réalisation et demande de revenir à une étape précédente de la méthodologie.

---

<sup>1</sup> Paquette, 2002, p 109.

## **E. CONCLUSION SUR LA METHODOLOGIE D'INGENIERIE**

L'une des qualités les plus caractéristiques de cette méthode est le fait qu'elle aborde toujours d'une façon franche et directe chaque difficultés qui sont susceptibles d'interférer avec le développement du projet. On peut d'ailleurs résumer l'ingénierie à cette capacité à systématiquement anticiper les éventuels freins et à mettre au point des mesures s'appliquant le mieux possible à la situation donnée.

L'approche de l'ingénierie se veut donc par « nature réductrice »<sup>1</sup> puisque elle cherche à simplifier, modéliser des situations parfois complexes en concepts abordables. Elle procède selon des principes communs à toute conduite de projet<sup>2</sup> : une organisation souple, pour mobiliser et réunir rapidement les disciplines requises pour réaliser les différentes étapes, une volonté d'innovation et un travail d'équipe. Pour cela, l'ingénieur doit posséder de nombreuses qualités développées par différents auteurs d'ouvrage sur l'ingénierie « humaine »<sup>3</sup>.

Au terme de cette première partie présentant l'approche d'ingénierie, il est frappant de remarquer la polyvalence de cette méthode et de la voir s'appliquer à autant de domaines différents d'une façon aussi constante. On peut ainsi aisément penser que chaque discipline est en mesure de profiter de cette démarche, car elle apporte un cadre qui permet de révéler au maximum le potentiel d'une situation et d'optimiser un projet qui y est associé. Les projets en sciences humaines s'inscrivent souvent dans des univers dans lesquels les acteurs sont souvent nombreux et isolés et, après le domaine social, culturel ou pédagogique, il serait utile de l'utiliser en psychologie clinique, dans le cadre précis du développement dans différentes cultures de centres de psychologie.

---

<sup>1</sup> Varet-Pietri, 2000, p 30.

<sup>2</sup> Provost, 1994, p 9.

<sup>3</sup> Voir Annexe

## **II. ESSAI D'UNE INGENIERIE CLINIQUE DANS UN CONTEXTE DE PSYCHOLOGIE INTERCULTURELLE**

Comme nous l'avons vu précédemment, toute ingénierie est en rapport avec un programme, un projet qui comporte des objectifs et des contraintes, et qui vise à apporter un changement dans un univers donné. Les sciences humaines sont présentes dans de nombreux projets qui nous entourent : la création d'une structure sociale, la mise en place d'un programme de prévention, le développement de nouveaux centres de santé... La sociologie, la psychologie, l'ethnologie, la pédagogie, la philosophie, l'histoire... sont de précieux atouts pour les mener à bien.

La méthode d'ingénierie permet de cadrer la réalisation du projet en proposant une approche rigoureuse, qui implique les différents partenaires et optimise l'utilisation des ressources. Il s'agira pour nous d'exposer ici dans quelle mesure l'ingénierie peut aider à développer un projet visant à créer un centre de consultations psychologiques dans des cultures qui n'en possèdent pas actuellement. La méthode d'ingénierie à laquelle nous allons faire appel va donc devenir clinique et prendre une dimension ethnopsychologique.

### **A. L'ANALYSE SYSTEMATIQUE DE L'ENVIRONNEMENT DU PROJET ET DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE**

Dans le cas de préparation de missions humanitaires à l'étranger<sup>1</sup>, l'étape préparatoire menée en France consiste en une intense recherche documentaire dans différents fonds : presse, Instituts de Sciences Politiques, Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération, ambassades, centres de documentation des organismes internationaux, grandes associations, bibliothèques... La prospection englobe de nombreux domaines car la psychologie est en relation avec beaucoup de disciplines : la sociologie, la théologie, l'histoire... Cette première étape est, comme nous l'avons vu, décisive pour la future évolution du projet. Elle doit

---

<sup>1</sup> Voir Lebas, Veber, Brückner, 1994.



permettre de recueillir des informations en lien avec la population-cible et rencontrer les différents acteurs concernés par la réalisation du projet.

## **1. ETUDE DU CONTEXTE CULTUREL**

Depuis la Conférence mondiale sur les politiques culturelles à Mexico en 1982, il est reconnu que la culture est constituée par « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances »<sup>1</sup>.

La culture est donc composée de multiple aspects qui sont intégrés les un aux autres et forment un ensemble cohérent. Ils ont évolué au cours du temps, chacun à leur rythme, et se transmettent de génération en génération. La culture est en perpétuelle mutation car certains de ses éléments évoluent rapidement (gestion politique et économique, aspirations sociales, échanges commerciaux, connaissances scientifiques, migrations, moyens de communication, modes artistiques...) tandis que d'autres gardent une certaine continuité à travers le temps (croyances spirituelles, coutumes et traditions, langues, organisation sociale et familiale, approches juridique ou médicale...).

Il existe une hiérarchie entre les éléments constitutifs d'une culture. Chacun a une influence plus ou moins marquée sur le résultat final. « La plupart du temps, ces traits demeurent plus ou moins implicites, voire de l'ordre du non-dit. Ils ne sont manifestés de manière explicite, et même ostentatoire, que dans les situations de type conflictuel ou les occasions solennelles »<sup>2</sup>. Certains pèsent un poids très important (religions, systèmes politiques...) alors que d'autres ont une portée plus modeste. La modification de certains d'entre eux au cours de bouleversements économiques, politiques ou sociaux, pourront avoir des effets radicaux sur l'ensemble de la communauté. D'autres au contraire, malgré de profondes mutations, ne feront varier que très localement la société.

Ainsi, on peut concevoir la culture comme s'organisant autour de deux catégories de facteurs. Les premiers forment le patrimoine et l'héritage historique de la culture. Ils comportent les éléments les plus anciens, ceux qui ont un poids important sur l'organisation

---

<sup>1</sup> Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles, article 16, Mondiacult : Conférence mondiale sur les politiques culturelles, 26 juillet – 6 Août 1982, Rapport Final, UNESCO, Paris.

<sup>2</sup> Fabrizio, Desjeux, Dupuis, 1994, p 102.

actuelle de la vie. Les autres facteurs forment une partie plus éphémère et créative, souvent source de changement et de remise en question.

Etudier et comprendre une culture demande donc d'identifier les éléments qui y sont actifs et influents. Il s'agit de repérer ceux qui sont en mouvement et qui pourront servir d'indicateurs pour analyser le passé ou anticiper l'avenir. Dans une optique de projet, il s'agit d'identifier les éléments qui seront en rapport avec le programme et prévoir l'impact que le changement aura sur chacun des différents facteurs.

D'une façon générale, on peut analyser une culture à travers les grands systèmes qui la composent. Les différentes institutions, qui représentent le socle de toutes les organisations sociales, modèlent les comportements humains à travers la planète. « Ce qui définit une communauté donnée c'est la logique que nous retrouvons au sein des institutions qu'elle s'est dotée. (...) Les structures élémentaires de la société comme la famille, les structures plus complexes comme l'école, la religion, le soin... »<sup>1</sup>. Ces caractéristiques culturelles doivent donc être prise en compte pour tout projet à caractère social. Dans le cas de la psychologie, il sera d'autant plus important de recueillir un maximum d'informations qui permettront de concevoir par la suite l'univers social des sujets.

### **a) Les croyances religieuses**

La spiritualité d'une culture explique de nombreux comportements sociaux ou individuels de ses membres. Les croyances doivent être comprises comme englobant l'ensemble de la réflexion spirituelle de la communauté. Elles intègrent donc les religions, les cultes populaires, les rites et les pratiques ayant une origine sacrée ou symbolique, les légendes, les mythes... « Les croyances constituent le tréfonds du vécu culturel des peuples »<sup>2</sup>, elles se modifient très peu au cours des années, et ont un fort impact sur l'organisation générale de la société.

Dans la plupart des sociétés, chaque croyance apporte ses propres réponses aux interrogations existentielles que se pose l'être humain : l'origine du monde, le sens de la vie et celui de la mort, la place de l'effort et de la souffrance, le rapport avec autrui, la perception du passé et de l'avenir... Elles fixent aussi les systèmes de valeurs, participent à la loi, distinguent la normalité de l'étrangeté, l'admis de l'interdit. Leur influence s'exerce aussi aux

---

<sup>1</sup> Aiguesvives, 2003, p 188.

<sup>2</sup> Fabrizio, Desjeux, Dupuis, 1994, p 103.

moments-clé de la vie, elles rassemblent les personnes, mais peuvent également être à l'origine de conflits. Enfin, d'un point de vue spirituel, les croyances sont souvent source d'espoir, ou de craintes, pour les croyants, elles définissent le salut, les péchés, le pardon... La religion est donc l'un des bases de la culture, et il est tout à fait indispensable d'en connaître ses fondements pour tenter d'en saisir ses prolongements au niveau social.

## **b) Etiologie de la maladie**

Le rapport qu'a une société au soin est très souvent lié à ses représentations culturelles. Ainsi, dans beaucoup de cultures, appelées primitives par certains, prélogiques ou archaïques par d'autres, l'homme est placé au centre d'un univers qui est peuplé par différentes entités comme des démons, des esprits animaux, les âmes de défunts... Ces êtres surnaturels auront des effets plus ou moins directs sur son quotidien, et pourront être interprétés comme à l'origine de ses troubles de santé. Dans ces cas-là, le remède se situe lui aussi au niveau spirituel, et sans aucun rapport avec le monde médical ou scientifique.

Face aux maladies mentales, peuvent donc exister ou coexister dans de nombreuses cultures, plusieurs approches et ainsi différents praticiens : guérisseurs, religieux, médecins... Il se trouve que cette cohabitation est souvent complémentaire et non concurrentielle, car chacun propose sa théorie et ne s'engage pas sur le territoire d'un autre. On nomme alors *itinéraire thérapeutique*<sup>1</sup>, le parcours que peut prendre un patient pour rechercher différents types de savoir sur sa maladie et obtenir la guérison. Il est donc utile de connaître les différentes approches de la maladie qui peuvent coexister dans une société, pour concevoir le rapport que ses membres peuvent avoir avec la pathologie en général.

## **c) La structure familiale**

Comme les deux points précédents, la question de l'organisation familiale est d'une importance capitale car elle renseigne sur le fonctionnement de ce type de système qui est souvent à la base de la société.

Différents éléments sont successibles d'intéresser le chercheur :

- les places respectives, culturellement admises, du père, de la mère, des grands-parents, de la belle famille, des enfants, des ancêtres...

---

<sup>1</sup> Baubet, Moro, 2003, p 78.

- la distribution des tâches et des responsabilités, les règles matrimoniales, l'autorité, le pouvoir...
- l'organisation et les règles présentes dans la fratrie
- les symboliques utilisées lors des moments de vie (naissance, mariage, anniversaire, deuil...)
- l'aménagement de l'espace qui permet d'apprécier les relations existantes entre les membres de la famille

#### **d) L'organisation sociale**

A un niveau plus social, le chercheur doit s'intéresser à l'organisation de la communauté, à ses systèmes de valeurs, à ses influences, à ses règles...

Pour cela, il peut utiliser de nombreuses pistes de recherche :

- le système juridique, les droits humains respectés, les délits, les peines encourues...
- le système éducatif, l'égalité des chances, la liberté d'opinion...
- la place accordée aux plus faibles (handicapés, vieillards, malades, marginaux...), aux minorités, aux femmes...
- l'image du corps, la sexualité...
- le patrimoine et la création artistique

Enfin, analyser les interactions qu'une communauté a avec son milieu naturel peut également apporter au chercheur de précieuses informations sur l'organisation culturelle. Le rapport qu'elle entretient avec la nature est d'ailleurs souvent influencé par les mythes et les croyances traditionnelles et on y retrouve souvent la relation qui existe entre l'homme et l'univers.

Il peut ainsi étudier entre autres :

- les rapports des membres humains avec l'eau, la terre, l'air, la végétation, les espèces animales
- les pratiques agricoles, de chasse, d'élevage, de pêche
- la gestion des ressources naturelles, les préoccupations écologiques

#### **e) L'environnement politique et économique**

La politique appliquée dans un pays ou dans une région influence directement l'histoire individuelle de ses membres. Dans le cadre de la maladie mentale et de la psychiatrie, la

nature du régime politique est particulièrement en rapport avec l'offre de soins qui est proposée. Il est maintenant connu que certains régimes totalitaires préféraient enfermer, voire éliminer, les malades mentaux plutôt que les soigner. Enfin, dans certains pays, des événements historiques violents comme des guerres, des génocides ou de fortes répressions ont pu traumatiser les populations et être à l'origine de pathologies.

La gestion économique est aussi un élément fondamental d'une culture. Beaucoup d'éléments rentrent en jeu :

- types de production, connaissances scientifiques et savoir-faire technique, artisanat...
- habitudes de consommation, systèmes d'exploitation, outils...
- statut du travail et de l'effort, rétribution, salaire...
- places d'échange, importations et exportation, marchés, foires...
- système bancaire, crédit, monnaie, épargne...

«La notion de dépense est elle même éminemment culturelle. Elle ne représente pas seulement l'investissement rationnel d'une somme ou d'un effort dans l'acquisition d'un bien ou d'un service dont la valeur a été soigneusement appréciée. Elle consiste aussi dans l'excès, le dépassement des règles et de contraintes de la vie quotidienne. (...) C'est ainsi que l'on peut considérer, selon les sociétés, des pratiques aussi diverses que les sacrifices religieux, les jeux de hasard ou la recherche d'une plongée dans l'imaginaire par des moyens artificiels (boissons, hallucinogènes, etc.)»<sup>1</sup>. Chaque société a donc ses spécificités qui apportent chacune, des renseignements sur les modes de vie de ses habitants, sur leurs habitudes et donc sur un aspect de leur fonctionnement psychique.

## **f) Les indicateurs démographiques**

Même si certaines régions du monde restent loin des statistiques et des enquêtes sociales, il est aujourd'hui possible de se procurer de nombreuses données démographiques ou sanitaires pour une société donnée comme par exemple :

- l'effectif total d'une population
- sa répartition (en fonction du sexe, de l'âge, du lieu d'habitation, de l'activité...)
- l'évolution démographique (âge moyen, taux de natalité, de mortalité, de mortalité infantile...)

---

<sup>1</sup> Fabrizio, Desjeux, Dupuis, 1994, p 104.

- la nature de la population (sédentaire, nomade, réfugiées, déplacée...)
- les types d'habitat, l'hygiène du milieu, le taux d'alphabétisation, les principales maladies

## **2. LES PARTENAIRES DU PROJET**

Nous avons vu que généralement, le domaine dans lequel s'inscrit un projet tend très souvent à s'élargir vers de nouveaux champs d'activité. Dans le cadre de l'ouverture d'une mission de santé mentale par exemple, les intervenants sont nombreux et d'origines très diverses. Ils proviennent du secteur médical et universitaire, mais aussi du monde de l'éducation, de structures associatives, juridiques, administratives... parfois même religieuses.

Au cours de cette période de prospection, les informations collectées sur le terrain seront donc de nature très diverses (politiques, ethnologiques, socio-économiques, démographiques, sanitaires...) ce qui demandera d'être en contact avec des acteurs de différentes origines.

La recherche peut s'effectuer de deux façons :

- avec des contacts officiels impliquant les autorités gouvernementales locales ou les représentations diplomatiques, mais aussi les organismes et associations travaillant déjà dans le pays (ONG étrangères, agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, HCR...)).
- avec des contacts individuels, c'est à dire directement auprès de la population ainsi qu'auprès des représentants de groupes politiques dissidents, des personnes immigrées, réfugiées...

Dans le cadre d'un projet de développement d'un programme de psychologie, il est évidemment indispensable de rencontrer les acteurs évoluant au sein du système de santé. Organiser l'accès à des soins de proximité demande d'être en lien avec le système de soins primaire, la médecine générale, mais aussi avec des entités spécialisées, comme des hôpitaux psychiatriques. Il s'agit donc de connaître les modalités de fonctionnement propres à ces systèmes (système de référence, inventaire des structures existantes, programmes nationaux, applications locales, accessibilité aux soins de la population, type de la formation suivie par les professionnels, personnel et matériel disponible...).

Il est également important pour la conduite de projet, de veiller à articuler les autres intervenants provenant d'autres domaines. Ainsi, quand il s'agit d'enfants, les écoles sont des lieux où se repèrent souvent les troubles d'ordre psychologiques, il est alors logique d'avoir une relation privilégiée avec les enseignants, d'entendre leurs besoins, et de les sensibiliser aux actions et aux objectifs de notre projet. Une collaboration de ce type, basée sur l'échange d'informations et l'entraide, doit également se mettre en place avec d'autres structures sociales des centres d'aide (toxicomanie, prostitution, délinquance), des services juridiques, des associations, des ONG présentes sur le terrain...

Nous verrons plus tard quelles actions proposer pour aménager une collaboration efficace inter-disciplinaire. Pour le moment, il s'agit juste d'établir un contact avec ces professionnels pour identifier leurs difficultés et leurs éventuelles demandes, et recueillir le maximum d'informations pour concevoir un plan d'action.

## **B. LA CONCEPTION D'UN PLAN D'ACTION :** **L'INGENIERIE DE DEFINITION**

### ***1. L'APPROCHE INTERCULTURELLE***

Pour débiter cette partie, Jahoda (1988) nous met en garde : « beaucoup de psychologues sociaux expérimentaux sont comme des gens qui vivent sur un haut plateau, et qui auraient découvert que l'eau bout à 90°C ; ils ne sont pas d'accord pour écouter les objections qui viennent de la vallée, car pour eux le point d'ébullition est axiomatiquement une caractéristique de l'eau et non du contexte écologique dans lequel on le chauffe »<sup>1</sup>.

Le psychologue évoluant dans un contexte interculturel doit maîtriser deux domaines différents et complémentaires pour sa pratique. Il doit d'une part, connaître le mieux possible la culture dans laquelle il va exercer : identifier les influences sociales qui la soutiennent, comprendre ses mécanismes internes et ses représentations, saisir la logique qui articule tous les éléments entre eux... D'un autre côté, il doit aussi être en mesure de reconnaître chez chaque individu une certaine universalité dans son identité, un fonctionnement commun présent chez tous les hommes quelque soit leur origine, pour

---

<sup>1</sup> Cité In Dasen, 1993, p 164.

pouvoir ensuite adapter des modèles de psychologie à une culture donnée. Ainsi, on peut penser que le psychologue clinicien travaillant dans un milieu interculturel doit arriver à concevoir l'autre comme un individu intégré et influencé par sa culture, mais en même temps, unique, avec sa propre histoire et ses propres représentations.

### **a) La diversité culturelle**

Comme nous l'avons vu dans la partie s'intéressant au contexte culturel du projet, il existe certaines caractéristiques culturelles qui doivent être prise en compte dans la conception du plan d'action. Nous n'avons cité ici que les principales, mais il en existe un nombre beaucoup plus important, presque infini étant donné qu'on peut penser que presque chaque spécificité culturelle influence à sa façon la société qui les pratique. Grâce à l'anthropologie, nous pouvons déceler « ce qui fonctionne comme dénominateur commun chez les acteurs de cette culture. (...) [Un] ensemble de conduites, de règles, d'interdits, d'habitudes ancestrales, de croyances qui justifient, ordonnent »<sup>1</sup>.

La culture « permet aux membres de cette société d'appréhender le monde et d'attribuer un sens aux événements d'une manière homogène, en leur fournissant une grille de lecture transmise de façon implicite à travers des représentations culturelles communes »<sup>2</sup>. Les représentations culturelles varient d'une culture à l'autre. Elles permettent à chaque fois de fixer les limites : définir la normalité et l'anormalité, la santé et la pathologie, le public et le privé, le laïque et le sacré...

Les modèles culturels ont une forte influence sur la santé mentale. En effet, « la manière dont les symptômes de souffrance s'extériorisent et sont perçus par l'individu, sa famille, le groupe, conduit à un comportement de recherche de soins congruent à ces modèles »<sup>3</sup>, ce qui implique un certain « conditionnement » quant à la « manière dont les symptômes sont vécus, le degré de gravité qui leur est conféré, l'attente par rapport aux soins, les possibilités d'alliance thérapeutiques avec le praticien qu'ils vont solliciter »<sup>4</sup>. Pour le psychologue clinicien, il est donc important de prendre conscience des différentes conceptions présentes dans les cultures rencontrées. Toutefois, il doit savoir éviter les stéréotypes réducteurs et garder toujours un esprit critique face à des « sociétés [qui] ne sont jamais homogènes et

---

<sup>1</sup> Reveyrand-Coulon, 1993, p 200.

<sup>2</sup> Baubet, Moro, 2003, p 77.

<sup>3</sup> Baubet, Moro, 2003, pp 83-84.

<sup>4</sup> Baubet, Moro, 2003, pp 83-84.



évoluent sans cesse »<sup>1</sup>. Il doit ainsi s'efforcer de saisir le comportement individuel et d'isoler le vécu singulier, implicite, parfois dissimulé derrière un comportement jugé comme typiquement culturel.

## **b) Une idée d'universalité psychique**

Nous avons vu que l'environnement de l'être humain modelait une partie de son comportement pourtant, on peut retrouver dans toutes les cultures des bases communes qui laissent penser qu'il existe chez chacun un fondement universel qui régit l'appareil psychique. Tout d'abord, on sait que les bases biologiques sont communes chez tous les individus et que leurs besoins sont identiques quelle que soit leur culture. Dans un deuxième temps, « des travaux épidémiologiques et comparatifs ont mis en évidence l'existence d'un fondement universel, au niveau des mécanismes sous-jacents, de certaines pathologies comme la dépression ou la schizophrénie »<sup>2</sup>. La souffrance est universelle, et pour certains, « il n'est pas abusif de dire qu'aucune société humaine, aucune culture n'offre le modèle satisfaisant qui épanouisse l'homme (...) »<sup>3</sup>.

Il existe bien-sûr des différences dans l'expression de la souffrance, dans la façon qu'à l'entourage de réagir face à la pathologie mais, parallèlement à ces expressions de « surface », le niveau « profond » du fonctionnement est souvent le même. Le sujet « s'approprie ces représentations d'une manière qui lui est propre, qui dépend de son histoire, du contexte social, politique, etc. On appelle affiliation ce processus actif et dynamique d'inscription dans un monde culturel, souvent plusieurs »<sup>4</sup>. Ainsi, même si on ne peut pas toujours parler de symptômes communs, on peut penser que c'est un même *processus*<sup>5</sup> qui agira sur le fonctionnement humain et ses différents aspects : émotionnel, cognitif, relationnel, fantasmatique, développemental...

La difficulté pour le psychologue sera donc à la fois d'isoler la nosographie pour effectuer un diagnostic, et de proposer ensuite une orientation thérapeutique. Pour cela il doit savoir apprécier aussi bien l'universel que la diversité, pour distinguer les « « dire » singuliers (...) [et] dépasser le convenu, l'officiel. Alors, seulement peuvent surgir dénégations, conflits,

---

<sup>1</sup> Dasen, 1993, p 161.

<sup>2</sup> Dasen, 1993, p 160.

<sup>3</sup> Mukuna, 1993, p 55.

<sup>4</sup> Baubet, Moro, 2003, p 77.

<sup>5</sup> Baubet, Moro, 2003, p 85.

émotions, angoisses, malaises, car tout ce qui constitue le versant sensible de l'expérience individuelle est soumis au consensus adaptatif et collectif attendu »<sup>1</sup>.

### **c) La validité des techniques**

« La psychologie interculturelle questionne sans cesse la psychologie générale : les théories prétendues universelles le sont-elles vraiment ? L'a-t-on vérifié empiriquement dans des sociétés très différentes ? A-t-on suffisamment tenu compte des variables culturelles ? Ces théories peuvent-elles expliquer à la fois ce qui est général et ce qui est particulier ? Toute psychologie vraiment scientifique devrait se poser ces questions (...) »<sup>2</sup>. En effet, le psychologue praticien qui exerce auprès de personnes d'origines culturelles différentes de la sienne, s'interroge nécessairement sur l'applicabilité de ses méthodes et de ses techniques. Peut-il utiliser dans la consultation inter-culturelle, ce qui s'est montré efficace dans la consultation monoculturelle ?

La psychologie clinique, la psychiatrie et la psychanalyse se sont construites selon des conceptions occidentales de la personnalité et de la famille. Bien que nous ayons vu qu'il existait un fonctionnement psychique commun à toutes les cultures, nous avons également vu que les conceptions de la souffrance, des désordres psychologiques et des méthodes de soins variaient beaucoup d'une culture à l'autre. Ainsi, il semble indispensable « [d'] adapter, modifier voire abandonner dans certains cas nos méthodes « occidentales », mais cela ne constitue pas a priori une impossibilité d'agir »<sup>3</sup>.

L'approche interculturelle est d'intégrer la dimension culturelle aux soins, et ne pas exporter des modèles thérapeutiques occidentaux de force, ce que Hirt appelle la « machine à occidentaliser »<sup>4</sup>. « Les « blessures psychiques » doivent être appréhendées au sein du contexte culturel de la victime »<sup>5</sup>. L'objectif est de « co-construire des façons de faire acceptables pour la population et les professionnels locaux (...). Pour cela, il faut prendre le temps d'explorer les itinéraires thérapeutiques, les conceptions du patient sur ce qui lui arrive, ses théories, les mots de la peur et de la frayeur »<sup>6</sup>. La base de l'approche est donc de « partir des représentations culturelles des patients, prendre en compte le contexte socio-

---

<sup>1</sup> Reveyrand-Coulon, 1993, p 201.

<sup>2</sup> Dasen, 1993, pp 159-160.

<sup>3</sup> Lachal, 2003, p 30.

<sup>4</sup> Hirt, 1998, p 76.

<sup>5</sup> Aiguesvives, 2003, p 190.

<sup>6</sup> Baubet, Moro, 2003, p 88.

politique particulier dans lequel ils vivent »<sup>1</sup>. Nous voyons donc encore une fois l'utilité de connaître les théories complètes de la personnalité, de la psychopathologie et de la thérapie des autres cultures, pour profiter à la fois de l'approche clinique et de l'approche sociale, et associer l'universalité du psychisme à la spécificité culturelle.

## **2. L'ENTRETIEN CLINIQUE INTERCULTUREL**

### **a) Un « lieu de passage entre deux mondes »<sup>2</sup>**

L'entretien clinique est fondamental dans la pratique de la psychologie. Il est « le principal instrument dont dispose le psychologue, qu'il s'agisse de situations d'évaluation ou de thérapie »<sup>3</sup>. En effet, il permet « la compréhension la plus large et la plus approfondie du mode de fonctionnement psychique d'un sujet »<sup>4</sup>.

L'entretien thérapeutique en situation interculturelle remet en cause beaucoup de schémas existants habituellement admis car il repose principalement sur « l'écoute de la parole du patient »<sup>5</sup>. Le clinicien doit repenser la plupart de ses théories et « se poser en permanence la question de ce qui fait souffrir, ce qui soigne et en quoi il peut y être inclus »<sup>6</sup>. Pour cela, il doit veiller à la relation qui s'établit avec le patient lors de l'entretien thérapeutique et s'interroger sur sa position face à ce dernier car dans un sens comme dans l'autre, « il existe une dimension culturelle dans la façon d'élaborer les connaissances »<sup>7</sup>.

Tout d'abord, le patient présente au sein du cadre, un récit subjectif, influencé culturellement et affectivement. « En tant qu'ethno-psychologue, c'est en fait, moins aux événements que s'intéresse notre écoute qu'à la manière dont le sujet se situe par rapport à eux (...) et dont il se décrit dans son histoire de vie (...). Chacun introduit son histoire à sa manière, telle qu'il l'a vécue, mais aussi, telle qu'il l'imagine ou souhaite que nous l'entendions »<sup>8</sup>.

Par rapport au thérapeute, le patient « doit pouvoir lui faire une place en lui-même, lui faire confiance (...). Il doit pouvoir « transférer » (...) suffisamment de représentations mentales

---

<sup>1</sup> Baubet, Moro, p 89.

<sup>2</sup> Hirt, 1998, p 77.

<sup>3</sup> Pédinielli, 1994, p 39.

<sup>4</sup> Fridman-Wenger, 1993, p 340.

<sup>5</sup> Moro, 2003, p 14.

<sup>6</sup> Rouby, 2003, p 197.

<sup>7</sup> Mukuna, 1993, p 48.

<sup>8</sup> Bertrand, 1993, pp 31-31.

et d'affects positifs liés à celle-ci, pour que toutes ces « bonnes choses » constituent la trame sur laquelle va pouvoir se tisser la rencontre »<sup>1</sup>. La neutralité bienveillante n'est pas forcément adaptée au début de la relation car elle peut être interprétée selon les cultures, comme une mise à distance ou un désintérêt, voire comme une attitude méprisante. Parfois, il est mentionné que le patient a besoin de créer « matériellement » une certaine intimité avec le thérapeute qui se verra alors entraîner dans des situations originales (visites de la maison, discussion sur le foot, lecture des lignes de la main...) ou se verra offrir des cadeaux (plats cuisinés, artisanat, bouteille de vin fait maison...). Une fois le transfert établi et de bonne qualité, le thérapeute cherchera à ce que le patient puisse exprimer le mieux possible son vécu intérieur. Ses interventions sont, à ce moment là déterminantes, et les techniques d'entretien prennent toute leur importance.

### **b) Une approche semi-directive**

Dans ce type d'entretien, « plus le niveau de liberté sera grand, plus les réponses seront riches et complexes »<sup>2</sup>. Le thérapeute doit donc aménager un cadre offrant un maximum de liberté au patient. Avec le souci d'être le moins directif possible, le thérapeute va dans ce cadre, utiliser des relances non-suggestives qui éviteront tout effet intrusif pour le patient et éviteront ainsi un éventuel blocage<sup>3</sup>. Comme l'interviewer dans l'entretien de recherche, le thérapeute doit savoir que « les interventions qui lui viennent à l'esprit ne sont pas toutes bonnes à dire et qu'il doit sélectionner, parmi elles, les plus pertinentes par rapport au contrat »<sup>4</sup>. On sait que le discours du patient est constitué par deux caractéristiques apparentes de linéarité et de structuration : « linéaire parce qu'il tend à être continu dans son enchaînement et à consister en un tout cohérent apparemment non interrompu dans sa construction thématique (...) [et structuré] dans la mesure où il tend à répondre à ses propres questions »<sup>5</sup>. Des interventions mal utilisées peuvent nuire à la qualité de l'entretien, en risquant de « rompre la linéarité du discours ».

Au contraire, le thérapeute, grâce à des relances le plus neutre possible, respecte le fonctionnement du sujet, et évite d'imposer ses représentations culturelles. Il « paraît ne rien dire qui n'ait déjà été dit : il souligne, synthétise, reformule, demande une précision (...) »<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Mantese-Curapli, Rizzo, 1993, p 333.

<sup>2</sup> Castarède, 1983, p 125.

<sup>3</sup> Voir Blanchet, 2000, pp 98-115.

<sup>4</sup> Blanchet, 1992, p 47.

<sup>5</sup> Blanchet, 1991, p 14.

<sup>6</sup> Blanchet, 1992, p 48.

Ce cadre doit permettre de « laisser s'exprimer les différences, voire les oppositions, à accompagner chacun dans sa quête de sens, dans ses allers et retours, sans préjuger de ce qui lui conviendrait »<sup>1</sup>. Loin des polémiques, « il exclut donc que soient mis en discours, les rapports de force, de pouvoir, de rejet, etc.. susceptibles de s'établir entre les interlocuteurs »<sup>2</sup>. Le rapport entre thérapeute et patient doit être bienveillant. « Leurs modalités d'élaboration sont respectées autant que possible, les régressions et les reconstructions de leur personnalité sont accompagnées »<sup>3</sup>.

Dans cette optique, on peut faire appel aux modèles développés par Rogers. On y retrouve les impératifs suivants<sup>4</sup> :

- accueil et non pas initiative
- être centré sur ce qui est vécu par le sujet et non sur les faits qu'il évoque
- s'intéresser à la personne du sujet, non au problème lui-même
- respecter le sujet et lui manifester une considération réelle (...)
- faciliter la communication (...)

Les reformulations amènent à « relever les ambiguïtés du discours et les zones d'incompréhension, elles montrent aussi que nous écoutons et que nous comprenons »<sup>5</sup>. Le questionnement, ouvert et progressif, a pour but d'éclaircir le discours, le renvoi des sentiments, ou « réponses en miroir », enrichi l'introspection. L'objectif est d'encourager les patients à « prendre la parole pour eux-même en ayant finalement l'impression d'en apprendre, dans ce qu'ils nous livrent »<sup>6</sup>.

Toujours dans la même démarche, proche de celle de l'écoute active, Moro recommande lors de prise en charge en milieu humanitaire de « faciliter l'élaboration d'expériences traumatiques à la première personne ; un récit subjectif et inscrit dans son contexte (familial, social, culturel, politique...) avec une temporalité qui dépend de chacun. Il n'y a en la matière aucune règle stricte : dès que possible mais au moment opportun pour chacun (ce peut-être tout de suite ou après une période longue de silence) »<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Ortigues, 1993, p 268.

<sup>2</sup> Blanchet, 2000, p 93.

<sup>3</sup> Rouby, 2003, p 197.

<sup>4</sup> Citées in Castarède, 1983, p 125.

<sup>5</sup> Bertrand, 1993, p 21.

<sup>6</sup> Bertrand, 1993, p 23.

<sup>7</sup> Moro, 2003, p 15.

### **c) La conduite d'entretien en situation interculturelle**

La conduite des entretiens interculturels a été étudiée par de nombreux chercheurs au cours des dernières années. Dans un de ses articles<sup>1</sup>, Gérard Marandon a répertorié les principaux travaux analysant les différents facteurs favorisant l'efficacité interculturelle.

Dans une étude menée par Kelley et Ruben (1983), six critères spécifiques se dégagent :

- l'empathie
- le respect pour l'autre
- l'intérêt pour la culture locale
- la flexibilité dans la prise de rôle
- la tolérance de l'ambiguïté
- la compétence technique

A cela, on peut ajouter la relativisation des compétences et certains comportements de communication comme l'habileté interactive. Hammer et al (1978) et Wiseman et Abe (1984) complètent cette liste en proposant l'aptitude à gérer le stress psychologique en situation interculturelle.

Martin (1987), dans une autre étude multifactorielle sur la compétence interculturelle, distingue quatre dimensions principales présentes lors de ce type d'entretien :

- la conscience de soi et de sa propre culture
- la conscience des implications des différences culturelles
- la flexibilité interpersonnelle
- l'aptitude à faciliter la communication interculturelle

Enfin, dans une étude plus récente Cui et Van Den Berg (1991) proposent un « modèle tridimensionnel en correspondance avec la classique tripartition psychologique : cognitif, affectif et comportemental. Les dimensions correspondantes sont respectivement

- la compétence de communication (langage, capacité d'engager la conversation, d'établir et de poursuivre des relations),

---

<sup>1</sup> Empathie et compétence interculturelle In *l'empathie et la rencontre interculturelle*, Editions l'Harmattan, Paris, 2001.

- l'empathie culturelle (tolérance de l'incertitude et de l'ambiguïté, empathie pour les normes culturelles, pour les styles de travail différents et conscience des différences culturelles),
- et le comportement communicatif (comportement social approprié et manifestation de respect).

Ces différentes études avancent donc globalement les mêmes critères pour mener à bien un entretien interculturel. On y retrouve des dimensions concernant la position du thérapeute et d'autres en rapport avec la situation duelle.

En réalité, ces attitudes ne sont pas spécifiques à la situation interculturelle, et on les retrouve dans d'autres types de psychothérapies, comme par exemple celles d'orientation rogeriennes, ou humanistes en général. La situation interculturelle ne fait finalement qu'un peu plus remettre en question l'efficacité des outils utilisés ainsi que les modalités d'interaction entre le patient et le thérapeute. Ici comme ailleurs, le thérapeute doit s'interroger sur sa place dans la relation thérapeutique, et s'efforcer de construire un cadre stable dans lequel sa méthode pourra s'appliquer. Dans cette idée, Pierre R. Dasen n'hésite pas alors à affirmer que « toute psychologie vraiment scientifique devrait (...) à plus ou moins long terme (...) être interculturelle »<sup>1</sup>.

#### **d) La place du clinicien**

Le clinicien est au centre du dispositif de soin. La situation interculturelle l'oblige à partager son attention entre une sensibilité culturelle et un sens clinique, ainsi pour allier ces deux dimensions, il doit se positionner d'une façon précise dans la relation thérapeutique. Le contre-transfert qui est présent dans tous les types de psychothérapies, tient donc une place particulièrement importante dans la situation interculturelle.

Tout d'abord, dans les entretiens thérapeutiques, « l'instrument de compréhension du thérapeute, c'est lui-même et son monde interne, ses conflits, ses limites, son angoisse, tout ce qui constitue sa manière particulière de voir le monde et de se situer ». C'est par une sorte de « dissociation dans laquelle une partie de nous-même opère une identification projective avec le patient, tandis que l'autre partie reste en dehors, pour observer et réfléchir à ce qui se

---

<sup>1</sup> Dasen, 1993, p 160.

« passe »<sup>1</sup> que le travail de l'entretien peut s'opérer. Le contre-transfert, qui participe donc pleinement au potentiel soignant « dépend à la fois de son savoir, de son équation personnelle, c'est à dire de sa structure et de son imaginaire, de sa formation pratique et théorique et de ses origines »<sup>2</sup>. Les origines du thérapeute, son empathie, sa sensibilité, la compréhension qu'il aura de l'autre sera en rapport direct avec son histoire personnelle, et seront déterminantes dans la relation qu'il aura avec le patient.

Mais, il est indispensable pour le thérapeute d'être attentif à ses contre-attitudes et de les prendre en compte dans sa pratique. Pour aménager une bonne situation transférentielle, équilibrée entre « une distanciation abusive contre une implication et l'angoisse qu'elle suscite, et une proximité trop intime »<sup>3</sup>, le clinicien doit savoir « échapper aux impasses d'une pensée projective (...) différer ses attentes, (...) respecter les silences, (...) s'incliner devant les résistances »<sup>4</sup>. Pour cela, et spécialement dans un contexte d'interculturalité, le thérapeute doit parvenir à « dépasser les interdits, les jugements de valeur, les catégories de pensées, etc., de sa culture d'origine et à élargir son cadre culturel »<sup>5</sup>.

Donc, le clinicien doit adopter dans cette situation, une démarche de chercheur dans le sens où « la recherche passe tout d'abord par du renoncement, par le deuil nécessaire d'un savoir que nous aurions sur l'objet. (...). L'ignorance est la condition même du chercheur qui veut trouver quelque chose ; elle contredit son statut, son rôle dominant et permet l'émergence de la parole »<sup>6</sup>. Ainsi, ce n'est pas avec des certitudes que commence un entretien, mais avec une position d'ouverture à l'inattendu, donc à la surprise.

### **e) Les obstacles contre-transférentiels**

La différence de culture au sein de la relation entre le thérapeute et le patient peut impliquer des réactions originales de la part du thérapeute qu'il nous faut ici aborder. Tobie Nathan, en s'appuyant sur les travaux de Georges Devereux, a parlé du *contre-transfert culturel*. Les représentations sociales peuvent en effet parasiter l'attitude adoptée par le clinicien face au conflit d'un sujet d'une autre culture. Nous savons que chaque thérapeute est, de par son histoire personnelle, influencé par un ensemble d'implicites qui seront susceptibles d'être

---

<sup>1</sup> Fridman-Wenger, 1993, p 342.

<sup>2</sup> Raimbault, Zygouris, 1991, p 163.

<sup>3</sup> Bertrand in Rey-Von-Allmen, 1993, pp 25-26.

<sup>4</sup> Reveyrand-Coulon, 1993, p 206.

<sup>5</sup> Reveyrand-Coulon, 1993, p 207.

<sup>6</sup> Bertrand, 1993, p 22.



activés lors de la rencontre thérapeutique. Ils pourront alors engendrer des contre-attitudes négatives allant à l'encontre de la cure, en conduisant par exemple, à « confondre l'altérité culturelle et l'étrangeté psychiatrique »<sup>1</sup>.

Ainsi, existent différents obstacles qu'il est important de connaître pour mieux les éviter. Samovar et Porter (1991)<sup>2</sup>, ont dressé un inventaire des attitudes qui pourraient nuire à l'empathie :

- l'autocentration
- la tendance à ne remarquer que certains traits chez autrui
- les notions stéréotypées sur les races et les cultures
- les comportements qui empêchent les autres de donner des informations sur eux-mêmes (communication défensive), tels que comportements évaluatifs, dominateurs, réprobateurs, dédaigneux ou dogmatiques.

Ces quatre écueils peuvent donc nuire à l'empathie et présenter de réels freins lors d'une consultation en milieu interculturel. Concrètement, le thérapeute risque d'adopter différentes attitudes négatives. Tout d'abord, il pourrait se réfugier dans une distance démesurée, derrière une « véritable forteresse psychique (...) qu'il justifierait au gré de ses défenses culturelles, mais qui correspondrait en réalité au déplacement de son attitude défensive et à des mécanismes de rationalisation, de contrôle et de projection dont un exemple fréquent est les placages des caractéristiques culturelles stéréotypées, bien souvent idéalisées, du type : « les Asiatiques sont persévérants », « les enfants Noirs sont turbulents », etc. Ce type de regard permet de diluer l'impact de la problématique individuelle dans un système de type idéologique »<sup>3</sup>.

Cette notion de projection de schémas stéréotypés sur le patient représente certainement l'un des biais qui menace le plus le thérapeute étranger. Par le « commandement » suivant, « *Ne pas enfermer les gens dans leurs traditions* » Ortigues a développé ce point qu'elle annonce comme une « exigence ».

« Quelle que soit la société envisagée, un individu, une personne, ne se réduit pas à être le produit « typique » de cette société. La société, comme la famille, fournit à chacun les matériaux et les repères pour se construire dans sa singularité. Contrairement aux

---

<sup>1</sup> Nathan, 1986, p 82.

<sup>2</sup> Cité in Marandon, 2001, p 91.

<sup>3</sup> Fridman-Wenger, 1993, p 344.

sociologues, les cliniciens ont à faire à des personnes, chacune unique par son histoire et parce qu'elle fait dans sa vie. La tradition dont elle est issue ne peut que fournir un cadre permettant de situer ses comportements et expressions, mais non de les décoder. En outre, nous ne savons pas à quelle distance des traditions se situent ou tentent de se situer ceux qui nous parlent. Certains s'accrochent à leurs traditions (...) d'autres se veulent dégagés (...); la plupart tâtonnent, oscillent et sont déchirés »<sup>1</sup>.

Une autre attitude, opposée à cette dernière, serait de « réagir en donnant une réponse immédiate, destinée en premier lieu à exprimer sa propre anxiété. Il s'agirait en réalité d'une réponse compulsive impliquant l'abandon du rôle et de l'attitude technique du thérapeute, une sérieuse mise à l'épreuve et, fréquemment, la rupture du cadre de l'investigation »<sup>2</sup>. Ces contre-attitudes seront l'objet de mesure développées dans la partie consacrée aux supervisions.

## **C. LA PLANIFICATION ET LA REALISATION DU PROJET : L'INGENIERIE DE FAISABILITE**

Pour être efficace, un centre de psychologie doit comporter différentes activités et intervenir dans plusieurs domaines. Au Sierra Leone, Rouby décrit sa pratique clinique comme s'organisant autour de deux pôles<sup>3</sup> :

- la clinique directe, sous forme d'entretiens individuels ou familiaux, et de groupes thérapeutiques
- un travail indirect, avec le soutien et l'aide à la réflexion pour les acteurs de proximité, et des groupes de formation pour des intervenants confrontés aux effets du psycho-traumatisme.

Nous reprendrons ici le même schéma car il nous paraît à la fois complet et réalisable. Ainsi, nous traiterons successivement les activités cliniques diagnostiques et thérapeutiques, puis celle de formation et de supervision.

---

<sup>1</sup> Ortigues, 1993, p 268.

<sup>2</sup> Fridman-Wenger, 1993, p 344.

<sup>3</sup> Rouby, 2003, p 196.

## **1. L'ÉVALUATION INTERCULTURELLE**

La situation interculturelle interroge forcément le psychologue clinicien sur la validité des techniques d'évaluation qu'il utilise habituellement. La psychométrie se base principalement sur une répartition des sujets en fonction de leur performance par rapport à une population de référence. Or, il se trouve que la plupart des tests utilisés aujourd'hui sont étalonnés pour des populations occidentales, beaucoup d'entre eux ne peuvent donc pas être utilisés dans d'autre pays. Pourtant, le diagnostic est fondamental dans le cadre d'une prise en charge psychologique car il constitue une première étape vers le projet thérapeutique, et permet ensuite une évaluation de son efficacité. Pour ces raisons, nous devons donc nous interroger sur les modalités à appliquer pour mener à bien une évaluation interculturelle.

Dans un premier temps, nous verrons en quoi l'entretien clinique dans un contexte interculturel peut renseigner efficacement le praticien, puis d'un point de vue psychométrique, nous étudierons les trois possibilités qui s'ouvrent au psychologue clinicien : ré-étalonner des tests déjà existants, utiliser des tests dits « culture-free » et enfin, concevoir un nouveau type d'évaluation.

### **a) L'entretien diagnostic**

L'évaluation nécessite l'exploration du fonctionnement interne du sujet. Pour qu'elle soit la plus fidèle possible, le thérapeute doit surtout veiller au « respect de la dynamique psychique [du patient] »<sup>1</sup>. Pour cela, le thérapeute pratiquera des entretiens semi-structurés qui laisseront un maximum de liberté au patient et permettront que sa plainte, ou ses symptômes, apparaissent naturellement. Le clinicien, pour recueillir des informations sur la souffrance ou les difficultés du sujet, doit être attentif à la qualité de son discours, à son contenu et à son comportement. Grâce à ses connaissances théoriques, à son sens clinique et à différentes techniques d'entretiens, il sera en mesure d'identifier des signes pathologiques qui pourront l'amener à établir son diagnostic, et à proposer par la suite une orientation thérapeutique.

Mais l'entretien est dépendant du contexte dans lequel il est réalisé. La relation qui existe entre le thérapeute et le patient est influencée à la fois par des facteurs en rapport avec l'environnement matériel (lieu, position des interlocuteurs...) ainsi que par les

---

<sup>1</sup> Sipos, 1998, p 112.

caractéristiques propres des personnes. De nombreux biais culturels, à travers les notions de transfert et de contre-transfert peuvent donc survenir et perturber la relation d'évaluation. Aussi, dans un souci de prudence et quelle que soit la situation rencontrée, on peut d'ores et déjà énoncer avec Christian Lachal, une règle de base qui recommande que « lorsqu'une évaluation conduit à diagnostiquer un trouble, un dysfonctionnement, il est bon d'en recevoir confirmation de la part des membres de la communauté avec laquelle on travaille »<sup>1</sup>.

## **b) La psychométrie interculturelle**

### *(1) Le ré-étalonnage de tests*

La possibilité de ré-étalonner une épreuve s'ouvre au psychologue dans la mesure où il a accès directement à une population nombreuse. Les conditions d'une nouvelle standardisation sont rigoureuses car elles demandent à la fois un certain effectif et l'utilisation d'une méthode statistique efficace pour conserver les facteurs de fidélité, validité et sensibilité du test. Dans la plupart des cas, l'échantillon testé devra, pour être représentatif de la population, se distribuer selon la courbe de Gauss pour satisfaire à une probabilité qui sera dite normale. Le nouveau ré-étalonnage apportera, si il est effectué dans de bonnes conditions, un nouvelle allure à la courbe, qui tout en conservant sa forme « en cloche » adoptera une nouvelle moyenne ainsi qu'un nouvel indice de dispersion.

Enfin, Ionescu (1991) répertorie cinq dimensions majeures, indispensables pour une utilisation d'un instrument d'évaluation diagnostique dans un nouveau contexte culturel<sup>2</sup> :

- l'équivalence des contenus
- l'équivalence sémantique
- l'équivalence technique
- l'équivalence de critère
- l'équivalence conceptuelle

Il faut souligner le fait que dans de nombreux pays du Tiers-Monde, ou « en voie de développement », la population est rarement homogène au niveau du développement et de l'éducation. Les différences de niveau de vie existant entre la campagne et les villes, et entre certains quartiers d'une même ville, font que pour une population du même âge, il est extrêmement difficile d'établir une moyenne pour répartir ensuite les niveaux de

---

<sup>1</sup> Lachal, 2003, pp 26-27.

<sup>2</sup> Voir Ionescu, 1991, pp 108-112.

performance. Ainsi, « comment utiliser une standardisation commune pour un enfant scolarisé dans la meilleure école privée de Beyrouth et un enfant venu d'une banlieue déshéritée de la ville ? »<sup>1</sup>.

### ***(2) Les tests « culture-free »***

Bien que certains affirment que ce genre de tests n'existent tout simplement pas car un sous-entendu culturel persiste toujours dans la performance ou dans la passation (Dasen, 1993), il existe néanmoins des épreuves qui limitent l'influence culturelle. On pense alors aux tests de « raisonnement pur », mesurant l'aptitude générale fluide, saturés en facteur G qui ne font pas appel aux connaissances ou savoir-faire culturels. Parmi ceux-ci, on peut citer entre autres, les Culture Fair Intelligence Tests de Cattell (CFIT, appelés CAT en France), les Matrices Progressives de Raven ou encore certains items du K-ABC ou des épreuves de Wechsler. Ces tests devront bien entendu être manipulés avec beaucoup d'attention et leur utilisation fera l'objet de la plus grande prudence. C'est seulement dans ces conditions qu'ils pourront apporter au praticien désirant établir un diagnostic de précieuses informations.

Le cas des épreuves projectives est assez semblable à celui concernant l'évaluation de l'intelligence. La plupart des tests utilisés en Occident renvoient tôt ou tard à des références culturelles. L'arbre, le bonhomme ou la famille ne seront pas, on l'imagine aisément, les mêmes en France, au Vietnam ou au Niger. Les résultats seront donc biaisés si le dépouillement et la cotation ne sont pas spécifiquement adaptés à la culture. Le TAT et le Rorschach s'inscrivent dans cette même idée. Pourtant, ces tests peuvent malgré tout, avec la même prudence dont il était question dans le paragraphe précédent, renseigner le clinicien sur l'imaginaire du sujet. Ces épreuves d'évaluation ne sont donc pas à exclure de la consultation interculturelle, bien au contraire. Elles représentent des outils qu'il faut savoir manier avec soin car elles ont le potentiel d'améliorer le diagnostic.

### ***(3) La construction d'outils spécifiques***

Que ce soit pour évaluer l'impact des situations de guerre ou de catastrophe, ou estimer des états de stress post-traumatique, la construction d'outils d'évaluation des troubles psychologiques est de plus en plus fréquente dans les missions humanitaires<sup>2</sup>. Elle consiste souvent à imaginer et développer l'outil, mais également à repenser totalement les conditions de passation. En effet, il est courant que dans certaines cultures « c'est la situation de test qui biaise les résultats dès le départ et rend donc relativement caduque la réflexion sur la

---

<sup>1</sup> Mansour, 1993, p 277.

<sup>2</sup> Voir Mouchenik, Bélanger, Baubet, Godain, Moro, 2003.

construction d'un nouvel outil. Pour ces enfants, avant même de trouver ou non étrange le matériel du test, ce qu'ils trouvent étrange est cette relation duelle à l'adulte qui n'entre dans aucune des catégories connues par exemple : l'adulte est celui avec lequel on développe une relation affective (les parents) et/ou d'autorité (les enseignants) mais certainement pas celui qui l'aide à construire une tour avec des cubes, qui l'encourage à exprimer sa parole, son désir, à se poser comme sujet »<sup>1</sup>.

La création d'un nouvel outil d'évaluation demande de déterminer de multiples critères. Ainsi, « le concepteur d'un test a deux décisions importantes à prendre : établir le contenu du test et en déterminer la forme. Il doit d'abord pouvoir dire quels sont les buts du test, comment il projette de l'utiliser et à quelle clientèle il est destiné »<sup>2</sup>. Devront donc être définis : le type de test (de niveau, de personnalité, de performance...), son support (papier/crayon, oral...), son mode d'administration (individuel ou collectif...)... Peuvent également se mettre en place au sein de programmes d'aide psychologique, des activités ludiques ou différents types de travaux qui auront la fonction d'investiguer tel ou tel aspect de la personnalité. Ainsi, comme Winnicott le faisait avec le squiggle, le clinicien peut jouer avec les enfants pour affiner son diagnostic. Mukuna, utilise un jeu de stratégie « le Tshisolu (...) une forme de jeu Mancala<sup>3</sup> qui se joue au Moyen-Orient (Palestine, Turquie, Inde, Iran, Irak...), en Extrême-Orient (Indonésie, Philippines, Chine) et en Afrique, bien sûr »<sup>4</sup> pour évaluer cliniquement la fonction déductive de ses patients.

## **2. LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

La mise en place d'un programme thérapeutique est souvent l'un des objectifs principaux d'un projet de santé mentale. L'aspect des soins psychologiques, qui est au centre du dispositif, est l'étape qui concrétise le changement et qui permet de remplir concrètement les objectifs de soins. Aussi, établir ses modalités de fonctionnement est sans aucun doute l'une des tâches les plus importantes et les plus difficiles pour le ou les responsables du projet.

---

<sup>1</sup> Mansour, 1993, p 278.

<sup>2</sup> Bernier, Pietrulewicz, 1997, p 231.

<sup>3</sup> Ce jeu (également appelé Wari, Awale ou Kalaha) se joue avec des graines ou des cailloux que les joueurs doivent faire avancer sur deux plateaux à six trous chacun. Son principe est très simple, mais il demande beaucoup de finesse et de réflexion.

<sup>4</sup> Mukuna, 1993, p 50.

### a) L'action thérapeutique

La prise en charge thérapeutique dans un contexte interculturel, tout comme la situation de diagnostic précédemment abordée, renvoie le clinicien à s'interroger sur l'efficacité de ses méthodes et de ses outils thérapeutiques occidentaux. En effet, la différence culturelle peut modifier l'applicabilité de certains principes habituellement admis dans nos pays. On peut par exemple se demander si la recherche de catharsis est adaptée à certaines cultures, ou encore si la position de « neutralité bienveillante » du thérapeute d'orientation analytique est recommandée universellement. D'un point de vue personnel, nous avons remarqué, lors d'un stage effectué au Vietnam en 2002, la difficulté de certains praticiens vietnamiens à mettre en application dans leur pratique, des théories gestaltistes centrées sur les émotions. On peut alors s'interroger sur la plus ou moins bonne compatibilité de telles ou telles approches dans certains pays compte tenu de leurs références culturelles.

Toutefois, parallèlement aux types d'outils utilisés, on retrouve dans la plupart des centres d'aide psychologiques développés au sein de missions humanitaires ainsi que dans plusieurs CMP ou CMPP de Paris et sa région, un modèle commun de prise en charge inspiré par les théories analytiques. En effet, cet espace est souvent utilisé de la même façon, et veut offrir « un temps vital pour l'élaboration psychique. Un temps où l'individu peut cesser d'être dans l'action, dans la survie ; un temps où il devient possible de prendre de la distance avec la réalité extérieure, et de se centrer sur sa propre réalité psychique. C'est dans cet espace contenant, que la personne pourra intégrer les ruptures subies »<sup>1</sup>. La consultation psychologique est donc comme un lieu où tout est prévu pour pouvoir « déposer et transformer peu à peu [le] vécu psycho-traumatique<sup>2</sup> », « remettre du lien et du sens quand tout est désorganisé »<sup>3</sup>, permettre au sujet se « repérer à travers la singularité de son histoire »<sup>4</sup> pour qu'il puisse se réconcilier avec « lui-même, son passé et son présent sans quoi son avenir restera inabordable »<sup>5</sup>.

Cette approche, fortement influencée par la psychanalyse, semble être la plus utilisée dans les structures humanitaires, donc dans des milieux possédant des repères différents de ceux existants en Occident. Montagut (2003), explique par exemple sa pratique à Gaza en concluant son article par une métaphore qu'on pourrait qualifier de « freudienne » : « les

---

<sup>1</sup> Montagut, 2003, p 81.

<sup>2</sup> Rouby, 2003, p 197.

<sup>3</sup> Drogoul, 2003, p 144.

<sup>4</sup> Raimbault, Zygouris, 1991, p 166.

<sup>5</sup> Le Roch, Godain, 2003, p 134.

effets du traumatisme peuvent se représenter comme une crypte ou un gouffre, aspirant, empêchant toute possibilité de reconstruction psychique, et qui empêche de penser le présent et l'avenir. C'est un événement ingérable qui est à la fois dedans et dehors, qui n'appartient pas à l'histoire de l'individu, mais vient se déposer dans le psychisme comme quelque chose d'incompréhensible, d'étranger et donc d'extérieur. Il s'agit d'accueillir et d'accompagner, d'être suffisamment contenant pour pouvoir revenir avec le patient sur l'événement traumatique, de « fissurer » en quelque sorte cette crypte. Ne pas la laisser comme un bloc étranger à l'intérieur de soi, mais replacer l'événement dans l'histoire du sujet, en restituant ce dernier dans sa filiation, pour lui donner les possibilités de se le réapproprier. Et cela, c'est déjà du soin »<sup>1</sup>.

Mouchenik (2003) résume son action en Macédoine par ces mots : « si on me demande ce que nous avons fait ensemble, je répondrai, nous avons parlé et pleuré. Si les premières larmes ont entraîné des excuses de leurs auteurs, j'ai rapidement mis des mouchoirs en papier à disposition avec les précisions suivantes ; les paroles et les larmes sont un bon facteur d'aide et de soutien. La douleur et les larmes exprimées avec les paroles [représentait] une liaison des mots et de l'émotion, des affects et des représentations »<sup>2</sup>.

A travers ces témoignages, on peut alors penser que quelle que soit la culture, ce type de cadre peut avoir des effets bénéfiques sur les patients. Il faut toutefois souligner le fait que dans ce type de cas, le cadre interculturel doit suivre certaines règles particulières.

## **b) Le cadre en thérapie interculturelle**

Dans tous les types d'approches, le cadre (ou setting) est un élément essentiel de la thérapie. Il est défini par le thérapeute et concerne le lieu, la durée et l'attitude technique qu'adoptera le praticien face au patient. Le cadre aménage « le terrain de rencontre avec l'autre »<sup>3</sup>, et doit habituellement rester le plus constant possible. Sa permanence assurera au patient une stabilité grâce à laquelle il pourra exprimer son histoire et sa personnalité en toute confiance et en toute sécurité.

Le cadre thérapeutique, celui de la consultation, est d'abord un espace d'écoute et de parole. Il doit contenir le sujet dans la reconstruction souvent douloureuse de son expérience

---

<sup>1</sup> Montagut, 2003, p 85.

<sup>2</sup> Mouchenik, Bélanger, Baubet, Godain, Moro, 2003, p 43.

<sup>3</sup> Fridman-Wenger, 1993, p 341.



personnelle, ou dans des certaines situations, l'histoire de sa famille ou de sa communauté. Pour cela, « qu'il s'agisse de groupes de parole, de séances de relaxation, d'activités ludiques et culturelles ou médiatisées par le dessin, d'approches plus individuelles : ce qui compte c'est l'accueil, une certaine qualité d'ambiance, qui permette la rencontre et « l'appropriation » de la personne en souffrance »<sup>1</sup>.

Ainsi, « soigner, c'est être proche des gens »<sup>2</sup>, mais cette relation doit être contrôlée. Nous avons vu l'importance de l'empathie dans la relation interculturelle. Elle joue ici un rôle primordial car, associée à l'utilisation de techniques thérapeutiques, elle aidera le patient, nous le verrons, à approfondir son introspection. Mais « l'empathie ne suffit pas : il faut trouver la bonne distance (pas celle de l'évitement anxieux ou du collage dépressif), être disponible et vigilant »<sup>3</sup>. La relation duelle qui se mettra en place sera influencée par l'image que chacun aura des caractéristiques sociales de l'autre (âge, sexe, niveau économique, situation professionnelle, etc...) <sup>4</sup>. Pour établir une bonne dynamique de fonctionnement, il faut donc penser les modalités d'accueil, proposer un plan de prise en charge, expliquer son fonctionnement, aménager l'espace... et tous ces éléments sont très dépendants de l'environnement et des origines culturelles du thérapeute et du patient.

Une stricte application d'un cadre occidental est donc impossible du fait des différences de représentations qu'ont le thérapeute et le patient. Comme le pense Nathan, « pour ce qui concerne le setting proprement dit, il n'existe pas de règles propres aux psychothérapies métaculturelles, seulement des tendances »<sup>5</sup>. Il faut adapter le cadre à la culture rencontrée, comme une « négociation » entre thérapeute et patient pour établir « un cadre métissé dans lequel chaque élément du matériel peut être interprété selon l'une ou l'autre logique »<sup>6</sup>. L'objectif est donc, en fonction des différentes variables culturelles, de permettre au thérapeute d'« instaurer un cadre cohérent à sa propre personne et au mode d'approche qu'il maîtrise, tout en permettant au patient l'expression d'une souffrance »<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Drogoul, 2003, p 144.

<sup>2</sup> Le Roch, Godain, 2003, p 137.

<sup>3</sup> Drogoul, 2003, p 145.

<sup>4</sup> Voir Blanchet, 2000, pp 91-95.

<sup>5</sup> Nathan, 1986, p 210.

<sup>6</sup> Nathan, 1986, p 126.

<sup>7</sup> Nathan, 1986, p 119.

### **c) Une méthode de thérapie interculturelle**

Les questions pratiques sont ici les suivantes : « Comment inviter nos consultants étrangers à parler ? Avec quels mots ? Comment leur permettre de parler ? Comment relancer la parole ? Comment éviter de faire obstacle à leurs paroles ? »<sup>1</sup>.

Pour tenter de répondre à ces nombreuses questions et dégager un modèle qui s'appliquerait à notre projet, nous nous sommes appuyés sur des expériences de la psychiatrie humanitaire et de la clinique ethnopsychopathologique. Que la situation soit aiguë ou plus constante, les missions humanitaires appliquent des programmes de prise en charge qui se découpent en plusieurs étapes. Le modèle de ces programmes, et les techniques qui y sont pratiquées, s'inspirent de différentes théories psychologiques classiques (psychanalytiques, cognitivo-comportementales, familiales...), et ont été adaptées pour être utilisés avec des personnes souffrant psychologiquement dans différents contextes (guerres, catastrophes naturelles, crise économique, épidémies, famines, pauvreté...). Il s'agit donc de modèles adaptables qui proposent une approche clinique et une méthodologie pratique.

#### ***(1) Les différentes phases***

Selon Daubègre (2003), le travail thérapeutique peut se résumer en trois temps différents :

- la première phase s'attache au récit des événements traumatiques et à l'expression des affects,
- la deuxième phase consiste à reconstituer l'enveloppe psychique pour ramener une sécurité de base,
- la dernière phase tend à amener le patient à réinvestir son environnement.

Pour Lachal (2003), l'intervention psychologique en milieu doit intégrer les cinq buts « classiques » d'un programme de santé mentale. « Ces objectifs sont les suivants : *consoler*, par un travail de groupe, dans la communauté, impliquant présence, échanges, empathie, prévention parfois ; *soigner* selon des techniques adaptées à chaque contexte ; *former* par compagnonnage et par d'autres types de formation, plus « académiques » ; *témoigner* (...) et enfin *évaluer* »<sup>2</sup>. Nous voyons à travers ces objectifs que la relation thérapeutique entre le praticien et le patient s'articule autour de deux points principaux : consoler et soigner.

---

<sup>1</sup> Voir Chabanne, 1989, cité in Ortigues, 1993, p 267.

<sup>2</sup> Lachal, 2003, p 40.

Nous pouvons considérer que le fait de « consoler » rejoint la première phase de ce découpage. Le terme « consoler », qui est assez inhabituel en psychologie, renvoie surtout le patient à prendre conscience de son traumatisme et à le revivre afin de prendre de la distance avec lui. Le place du thérapeute est ici centrale car son rôle est d'identifier et nommer le conflit. « Nommer, c'est reconnaître le mal, l'extérioriser d'une relation souvent banale dans laquelle se trouve pris l'homme. C'est créer avec la victime une alliance qui la restitue au sein du patrimoine humain. (...) Il est possible à l'homme blessé de se reconstruire une identité si nous l'aidons à reconnaître la part blessée de sa personnalité »<sup>1</sup>.

Dans la deuxième phase, le clinicien s'attache à ce que le patient retrouve la part de son identité qui lui est propre. Souvent dans les situations pathologiques, certains aspects de la personnalité des sujets se modifient et brouillent leurs repères. Ils voient ainsi leur fonctionnement parasité par des conflits intra-psychiques qui les empêchent d'évoluer librement. Le travail du clinicien est donc ici de permettre au sujet de s'introspecter, de prendre conscience de la situation dans laquelle il est, et d'identifier avec lui des solutions acceptables.

La troisième étape est l'application concrète de la deuxième. Il s'agit de rendre possible « le réinvestissement de la vie : l'imaginaire, le symbolique, la transmission »<sup>2</sup>. Pour réaliser ces différentes étapes, le clinicien dispose d'outils qui permettront d'enrichir l'échange et favoriseront le travail thérapeutique.

## *(2) L'approche intégrative*

Les nombreuses approches de la psychopathologie et les modèles thérapeutiques qui y sont associés, font que l'une des difficultés, et non la moindre, est déjà de choisir celle qui fera référence au sein de l'équipe. On sait que, « les psychologues et les psychiatres sont tellement divers dans leur conception des troubles psychiques et des traitements qu'il n'est pas possible de construire des guide-lines, des méthodes standardisées (...) »<sup>3</sup>. Ionescu (1991) a répertorié quatorze approches différentes de la psychopathologie, dont la majorité se répartissent dans les trois conceptions principales de la maladie mentale : les modèles biologique, psychologique et sociologique. Les thérapies associées à ces modèles ont des caractéristiques très différentes les unes des autres. Elles instaurent chacune des règles

---

<sup>1</sup> Aiguesvives, 2003, p 189.

<sup>2</sup> Daubègre, 2003, p 98.

<sup>3</sup> Lachal, p 35.

spécifiques, sont de durée plus ou moins longue, agissent sur tel ou tel aspect de la personnalité, mettent ou non en jeu le corps du sujet, sa famille, son histoire...

L'étude du développement de centres de psychologie dans des cultures qui ne sont pas forcément inspirées de nos conceptions et nos théories occidentales, soulève la difficulté d'application des différents modèles existants. Les différentes approches de la psychopathologie entraînent automatiquement l'existence d'un grand nombre de principes thérapeutiques. On accepte généralement l'idée qu'il existe actuellement dans le monde près de quatre cents formes de psychothérapies<sup>1</sup>. Alors quel(s) modèle(s) choisir et quels sont ceux à éliminer ? Il nous paraît impossible de répondre à cette question, comme il nous semble que les querelles d'écoles qui peuvent exister dans nos pays, n'ont d'intérêt que pour les « partisans des débats acrimonieux, les passionnés des oppositions binaires et des guerres idéologiques stériles »<sup>2</sup>.

Ainsi, compte tenu du respect pour toutes les écoles de psychothérapies, il nous semble souhaitable de privilégier une approche intégrative. Tout d'abord, cela offre une certaine souplesse dans la pratique clinique qui nous paraît indispensable dans le contexte étudié. Enfin, cela permet de « garder en mouvement continu une réflexion qui ne doit pas se figer et s'isoler »<sup>3</sup> en permettant au clinicien d'« utiliser de manière créative le plus grand nombre des possibilités »<sup>4</sup>. Lachal, psychiatre « humanitaire », dit lui-même vouloir « proposer un large éventail de techniques et d'approches qui seront susceptibles d'intéresser la culture donnée »<sup>5</sup>.

Cette approche intégrative invite donc à profiter des techniques issues des différentes écoles. Bien sur, cette démarche n'est pas indépendante d'une réflexion sur l'éclectisme et l'intégration des approches. L'objet n'est pas ici de développer en détails les modalités pratiques de ce type de thérapie, mais il nous semble en revanche important d'aborder brièvement quelques techniques d'entretien.

### ***(3) La prise en charge des enfants***

Face aux enfants, il semble que la différence culturelle ait beaucoup moins d'impact qu'avec les adultes, en tout cas au niveau du transfert que peuvent avoir les enfants face au

---

<sup>1</sup> Moro, Lachal, 1996, p 7.

<sup>2</sup> Ionescu 1991, p 207.

<sup>3</sup> Chambon, Marie-Cardine, 1999, pp 2-3.

<sup>4</sup> Chambon, Marie-Cardine 1999, p 3.

<sup>5</sup> Lachal, 2003, p 35.

thérapeute. Le clinicien étranger, lui, devra toujours remettre en question ses représentations culturelles et se méfier des comportements ethno-centrés qu'il peut avoir.

Grâce au jeu, ou à d'autres médias comme le dessin, l'enfant peut facilement et librement mettre en scène son monde psychique. Jouer pour l'enfant est « un espace récréatif et créatif. L'enfant a la capacité de jouer avec rien ou pas grand chose. (...) l'enfant joue avec deux mondes, l'un fantasmatique et l'autre réel : le jeu organise un espace équilibré où l'imaginaire se trouve, selon les situations, séparé ou confondu avec la réalité extérieure. La survenue d'un traumatisme peut laisser une trace dans la psyché de l'enfant, souvenir séquentiel de son histoire qui va se rejouer dans la répétition dans des scènes ludiques. Le dessin occupe la même place que le jeu dans ce qu'il peut révéler de traumatique sur la feuille »<sup>1</sup>.

Ainsi, avec l'enfant, on peut facilement utiliser le jeu ou le dessin pour construire un espace clinique, à vocation diagnostique ou thérapeutique. Dans les centres de soins humanitaires, est alors utilisé un matériel assez simple et universel comme des jouets représentant des personnes, des animaux, ou des objets familiers. « Le grand avantage de cet échange ludique est de mettre à distance les différences linguistiques entre les deux protagonistes, au profit d'une expression libre de l'imaginaire »<sup>2</sup>. La plupart du temps, la prise en charge s'effectue sous forme de groupes composés d'une dizaine d'enfants d'âge scolaire équivalent et présentant des troubles post-traumatiques variés. « Le fonctionnement de ces ateliers empruntait à diverses techniques psychothérapeutiques de type groupe de parole, débriefing psychodynamique et art-thérapie »<sup>3</sup>.

Enfin, face aux adolescents, il semble qu'il existe trois règles fondamentales à respecter, qui peuvent avoir une portée universelle<sup>4</sup> :

1- L'adolescent doit être reçu et examiné en tête à tête

Cela ne veut pas dire que les parents doivent être exclus. Il suffit s'ils accompagnent l'adolescent, de leur demander de patienter dans la salle d'attente. Il doit exposer lui-même le motif de la consultation. Ils seront vus ensuite, avec son accord et sauf demande de sa part, en sa présence. Cette façon de procéder a le double avantage de montrer à l'adolescent que l'on s'intéresse d'abord à lui-même et de le réintroduire discrètement dans le cercle familial dont il a trop tendance à s'affranchir.

---

<sup>1</sup> Grappe, 2003, p 69.

<sup>2</sup> Grappe, 2003, p 72.

<sup>3</sup> Labaume, 2003, p 114.

<sup>4</sup> Valleteau de Moulliac, Gallet, Chevalier, 2002, pp 14-15.

2- l'informer de son droit au secret médical

Le terme de confidentialité doit être utilisé : l'adolescent en comprend le sens et la portée. Il apprécie que le médecin lui propose ce contrat sans qu'il ait besoin de le revendiquer. Dès lors, il sait qu'il peut se livrer aux confidences, qu'il ne sera pas trahi.

3- Aucune décision ne peut être prise sans son accord

Les décisions doivent être négociées en tête à tête. Lorsque les parents seront vus, en présence de l'adolescent généralement, les décisions leur seront annoncées de telle façon qu'elles ne puissent être récusées. Sans doute faut-il un certain tact car les parents ne sont pas habitués à abandonner une parcelle de leur autorité. Il faut leur présenter les choses comme réfléchies, mesurées... La formule « Nous sommes convenus » est habituellement très bien acceptée.

### **3. LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE**

Un programme de santé mentale à l'étranger implique systématiquement sur place différents corps de métier. Cela peut-être des soignants (médecins, personnel infirmier, kinésithérapeutes, orthophonistes...) ou des professions sociales (enseignants, éducateurs, professions juridiques...). Transmettre un savoir aux professionnels locaux pour améliorer leur pratique est l'un des objectifs principaux pour une coopération efficace.

#### **a) Former à la thérapie**

L'objectif, quand les compétences et les ressources sont disponibles localement, est d'arriver à l'autonomisation des populations locales. « Le rôle d'un référent expatrié, c'est de favoriser la constitution d'un « collectif de soin », c'est à dire aider une équipe à se doter d'outils de fonctionnement élaborés collectivement à partir de leurs pratiques »<sup>1</sup>. Pour éviter que la présence expatriée devienne indispensable et permanente, il s'agit, en parallèle des actions précédemment développées, de mettre en place des programmes de formation et de sensibilisation.

Le domaine de la thérapie s'est longtemps interrogé sur la façon de former les thérapeutes. A l'époque de Freud, Ferenczi privilégiait la voie du divan car pour lui, « former un analyste ne

---

<sup>1</sup> Drogoul, p 143.

consiste pas à lui mettre des choses dans la tête, à lui donner des contenus, mais à fabriquer un type de pensée, une pensée analytique ». Ernst Jones lui, tenait également à « éviter que des fous ne pratiquent la psychanalyse », « il fallait les soigner, leur rendre l'inconscient propre »<sup>1</sup> mais pas uniquement, il fallait aussi les former par l'intermédiaire de séminaires.

Freud reconnaît la nécessité d'une formation et le besoin d'un « apprentissage rigoureux » pour une pratique qui a « acquis une précision et une finesse qui rivalisent avec la technique chirurgicale »<sup>2</sup>. Mais, il reste vague quant à sa réalisation. Tout en estimant qu'« on n'apprend pas la technique psychanalytique dans les livres »<sup>3</sup>, il affirme pourtant que l'analyste peut trouver « dans la littérature les indications théoriques dont il a besoin »<sup>4</sup>. Il ajoute en plus qu'il serait extrêmement profitable pour le futur analyste d'étudier certaines matières universitaires, comme « la psychologie des profondeurs, l'introduction à la biologie, la science de la vie sexuelle, l'initiation aux tableaux de maladie de la psychiatrie, mais aussi, l'histoire de la culture, la mythologie, la psychologie de la religion et les sciences littéraires »<sup>5</sup>. Il complète ses souhaits en ajoutant la sociologie, l'histoire de l'évolution, l'anatomie et les sciences de l'esprit. Aujourd'hui, même si aucune législation n'existe clairement, il est courant qu'un futur thérapeute se forme à la fois théoriquement, via des instituts de psychothérapies, et didactiquement en suivant lui-même une thérapie personnelle.

Enseigner la psychothérapie à un étudiant n'est donc pas suffisant pour qu'il devienne thérapeute. En plus de ses connaissances théoriques et de ses expériences pratiques dans des structures professionnelles, il doit expérimenter personnellement la thérapie. Ce critère peut-être particulièrement difficile à remplir, si l'on veut former des praticiens dans des pays où il n'existe pas de thérapeutes de formation « scientifique ». On pourra certes enseigner des modalités théoriques de fonctionnement à l'étudiant, mais il ne pourra pas effectuer en parallèle de travail sur soi. De plus, il paraît difficile que le clinicien expatrié se charge lui-même d'assurer cette fonction avec des personnes qui seront par la suite ses futurs collègues.

Face à ce dilemme, il est indispensable de trouver une solution, et de proposer une alternative qui puisse permettre de former sur place des personnes pouvant assurer des psychothérapies, comme Lachal qui, dans les camps de réfugiés, « vise à mobiliser et à

---

<sup>1</sup> cité in Mesmin et al., 1997, p 212.

<sup>2</sup> Freud, 1923, p 199.

<sup>3</sup> cité in Delrieu, 2001, p 1068.

<sup>4</sup> Freud, 1919, p 111.

<sup>5</sup> Freud, 1926, pp 73-74.

former sur des bases simples des agents de santé mentale qui pourront traiter ou aider un plus grand nombre de personnes »<sup>1</sup>.

Pour cela, nous savons tout d'abord que Freud s'est formé seul, grâce à ce qu'il a appelé son auto-analyse. Il a ainsi analysé ses propres rêves, remis en question ses mécanismes de pensée, étudié son histoire personnelle... Sans aller jusqu'à penser que l'auto-analyse serait une solution miracle pour obtenir les compétences indispensables au thérapeute, il nous semble néanmoins qu'une personne ayant des qualités d'introspection possède déjà certaines des bases utiles pour assurer cette fonction. Enfin, nous savons que la supervision, que nous aborderons dans la prochaine partie, permet au clinicien d'analyser ses pratiques et peut lui apporter une prise de conscience et une remise en question personnelle qui profiteront à son activité thérapeutique.

« Il faut parier sur leur capacité soignante à partir de leur formation qui est certes plus aptes à décrire les symptômes et à les classer qu'à les prendre en charge, mais qui leur permet incontestablement de trouver la « bonne distance ». Il faut organiser et soutenir leur capacité à analyser les problématiques individuelles (la situation familiale, le sens des symptômes, etc.) et collectives, et à inventer des réponses soignantes (qui s'appuient sur une bonne part d'intuition et d'inventivité, régulées lors des réunions) »<sup>2</sup>. Donc, en proposant l'enseignement de différentes matières principales (psychologie de l'enfant, psychologie clinique, psychométrie, psychopathologie, techniques thérapeutiques...) et en mettant en place des groupes de travail et de supervision, il nous paraît possible, en s'appuyant sur l'expérience de terrain déjà acquise des praticiens soignants, de rendre opérationnel des cliniciens à la pratique de la psychothérapie.

## **b) Sensibiliser les différents acteurs**

Dans le cas du développement d'un centre de consultation, nous avons vu que le travail à réaliser portait sur l'organisation interne du centre et sur son activité clinique avec les patients. Il s'intéresse également aux différents partenaires qui ont un rapport avec la santé mentale. Le travail en réseau est courant dans le cas où une nouvelle structure se met en place. En effet, elle modifie souvent le paysage et entraîne donc de nouvelles attentes chez les différents acteurs. L'arrivée de la psychologie, et de ses nombreux domaines d'application

---

<sup>1</sup> Lachal, 2003, p 32.

<sup>2</sup> Drogoul, 2003, p 145.



dans une culture est susceptible d'intéresser de nombreuses entités, même s'il est évident que certaines appréhensions ou craintes peuvent apparaître simultanément.

Deux acteurs principaux peuvent particulièrement profiter de la nouvelle activité du centre : l'école et l'hôpital, général ou psychiatrique. Pour ces deux structures, « Le psychanalyste « idéal » pour le médecin [ou l'instituteur] serait celui qui connaît l'Inconscient, et peut transmettre cette connaissance, sans que l'enseigné ait à passer par les chemins de cette connaissance. Le médecin attend de cette connaissance la possibilité d'en inférer certains faits, certaines conséquences immédiatement applicables dans sa pratique »<sup>1</sup>.

En sensibilisant l'instituteur à l'approche psychologique des troubles psychiques chez l'enfant, on agit en faveur de la prévention. En effet, il sera plus à même de reconnaître un comportement pathologique, et pourra ainsi le signaler plus rapidement aux structures compétentes. Il pourra également se renseigner sur l'attitude à adopter face à une situation éducative délicate. On peut appliquer ce schéma à d'autres entités comme des orphelinats, ou des structures en contact avec la délinquance, la maltraitance, la toxicomanie... Le centre psychologique, surtout quand il a un statut public, peut dans ces cas-là servir d'espace d'échange et de dialogue.

Par rapport à l'hôpital et au système de soin classique, l'arrivée de la psychologie peut avoir une action pédagogique et thérapeutique. Dans certaines cultures, l'aspect mental des sujets, comme par exemple leurs réactions émotionnelles face à une pathologie n'est pas pris en compte, car seul l'aspect somatique est traité. En sensibilisant le milieu médical à la psychopathologie, on peut favoriser le soin et ainsi, améliorer le processus de guérison. On parle alors de psychologie médicale, quand par une « activité de collaboration régulière avec certains services, (...) [on peut] aider les patients et les soignants à mieux faire face à des situations psychologiquement éprouvantes »<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Raimbault, Zygouris, 1991, p 167.

<sup>2</sup> Zumbrunnen, 1991, p 18.

#### **4. LA SUPERVISION COMME OUTIL D'ÉVALUATION ET DE FORMATION**

Nous avons vu lors de l'exposé sur la méthodologie ingénierique, l'intérêt de mettre en place une politique d'évaluation et d'analyse des pratiques. En Occident, il est courant qu'au sein de centres de santé mentale s'effectuent des supervisions d'équipes qui ont justement pour but de proposer une réflexion sur les actions menées et les difficultés qui peuvent y être associées. Ce type de pratique est indispensable pour un projet de développement d'un centre de consultations à l'étranger, car les supervisions ont un rôle régulateur et formateur.

« Les psychologues et les psychiatres ont un mode de travail auprès des autres qui les investit beaucoup sur le plan personnel : pour pallier cela, il faut qu'ils puissent prendre du recul par rapport à leur travail, le « secondariser » : c'est pourquoi nous essayons de mettre en place des supervisions »<sup>1</sup>. En effet, des études ont montré que l'activité professionnelle dans le milieu de la santé mentale pouvaient mettre à l'épreuve le propre équilibre psychique du praticien, qui peut même être amené à développer un tableau pathologique classique dans sa profession. On parle alors d'épuisement professionnel, de « syndrome psy » ou de « burn-out »<sup>2</sup>.

La supervision intéresse, dans le cas qui nous concerne, à la fois les futurs thérapeutes locaux, mais également les cliniciens expatriés, qui peuvent eux aussi être confrontés à des situations pathogènes étant donné la perte de leurs repères. Ainsi, il doit d'une part « assimiler un certain nombre de questions propres à la « culture » (...) que ce soit une culture « historique », (...) politique, (...), sociologique, (...) professionnelle, (...) religieuse, etc. D'autre part, l'expatrié doit faire face à une véritable expérience de « perte de soi » ; sur le plan identitaire (qu'est ce qui m'a amené là, qui suis-je ?), professionnel (les repères cliniques, le cadre de travail ne sont plus les mêmes), social (dans quel tissu, à quelle place va vivre cet expatrié ? Comme un riche néocolonialiste ne fréquentant que les expatriés, comme un curieux de la découverte du tissu social local, comme l'amant ou la maîtresse d'un « local » ?), culturel (...), institutionnel, (...) temporel, (...) humain (...) »<sup>3</sup>. Toutes ces questions peuvent alors entraîner des réactions négatives<sup>4</sup> pouvant aller à l'encontre du projet (distance

---

<sup>1</sup> Lachal, p 40.

<sup>2</sup> Voir entre autres les travaux de Pierre Canoui.

<sup>3</sup> Ouss-Ryngaert, Dixméras, 2003, p 55.

<sup>4</sup> Voir Ouss-Ryngaert, Dixméras, pp 57-58.

excessive, refuge derrière le « savoir », mécanismes de défense tels que l'inhibition, l'obsessionnalisation, la défense cynique, l'utilisation de dogmes...).

La supervision vise donc à réguler les doutes et les difficultés qui peuvent apparaître au cours de l'activité. Pour cela, elle se propose d'établir un cadre, et selon des bases semblables à celles utilisées en psychothérapies, d'instaurer un espace d'écoute. Dans ce type de travail dont il est à l'origine, Balint, cherchait ainsi à « renvoyer les médecins qui venaient le consulter à leur propre demande, de les faire écouter et de leur faire entendre leurs propres questions, sans jamais répondre par un enseignement théorique ou un savoir-faire »<sup>1</sup>.

La supervision renvoie donc chacun à sa propre pratique, à ses réactions, ses motivations, mais aussi à ses craintes et ses difficultés. « Le rôle du superviseur est en effet de « désintoxiquer » en quelque sorte l'entretien de sa charge imaginaire et de clarifier les enjeux qui sont déposés dans la relation intersubjective »<sup>2</sup>. Le but est ici de permettre à l'équipe de prendre de la distance avec ses pratiques, de remettre en cause son fonctionnement pour en dégager des solutions ou penser des évolutions profitables au système. Elle est aussi l'occasion de confronter les points de vue et les orientations différentes.

En groupe, elle a l'avantage de « démystifier l'image du psychologue tout puissant, ce psychologue que nous cachons au fond de nous-mêmes, qui nous rend euphorique quand les circonstances nous permettent de nous identifier à lui, et qui nous déprime quand nous sommes confrontés à notre impuissance. Le travail en groupe permet de constater que ces deux psychologues-là sont des leurres, et que le succès ou l'échec dépendent plus de la difficulté du cas que de l'habilité du psychologue »<sup>3</sup>.

Ce dispositif permet donc « à chacun de faire un travail spécifique qui s'articule avec celui des autres membres de l'équipe »<sup>4</sup>. La supervision permet donc de proposer une prise en charge profitant à la fois au collectif soignant et à l'individu. Ainsi, « la supervision est aussi une formation en ce qu'elle permet au psychologue de travailler sur des éléments qui lui sont personnels et vont au-delà de l'entretien qu'il utilise pour faire ce travail. C'est en supervision que l'on peut engager un travail sur les contre-attitudes que l'on met en jeu le plus souvent. (...) le but n'étant pas forcément de s'en débarrasser, mais de les repérer »<sup>5</sup>. On voit alors ici,

---

<sup>1</sup> Raimbault, Zygouris, 1991, p 9.

<sup>2</sup> Poussin, 1992, p 143.

<sup>3</sup> Poussin, 1992, p 146.

<sup>4</sup> Rouby, p 197.

<sup>5</sup> Poussin, 1992, p 145.

en plus de son utilité au niveau professionnel, la fonction formatrice que peut avoir la supervision pour des cliniciens exerçant dans des cultures où la psychologie n'est pas encore développée. Sans remplacer l'expérience d'une thérapie personnelle, elle apporte tout de même au supervisé un cadre qui peut lui fournir de nombreuses informations sur son fonctionnement intérieur.

## **D. LA MISE EN EXPLOITATION**

L'organisation concrète d'un centre de consultations psychologiques demande de réfléchir sur de nombreux points techniques car comme une usine ou une entreprise, il s'agit d'être en mesure d'optimiser le temps et les résultats. On retrouve ici indirectement la notion de coût car même si dans la plupart des cas, ces structures n'ont pas un but lucratif, elles mobilisent néanmoins du personnel rétribué qui doit être employé utilement. Il est donc important que le centre exploite au mieux ces différents éléments pour proposer des activités les plus adaptées et efficaces possibles.

Pour obtenir des informations pratiques sur le fonctionnement d'un centre de consultations, nous avons rencontré six CMP<sup>1</sup>, CMPP<sup>2</sup> ou CATTP<sup>3</sup> de la ville de Paris. Ces rencontres avaient pour but de recueillir des renseignements techniques, mais aussi, et surtout, des impressions personnelles, voire des conseils expérimentés pour mener à bien l'ouverture d'un centre de consultations à l'étranger. Il est important de préciser ici qu'il ne s'agit pas d'entretiens de recherche basés sur des règles précises et suivant un guide d'entretien, mais plutôt de discussions libres à propos des pratiques de chacun. Les informations mentionnées ici n'ont donc pas d'autre ambition que d'être des pistes de réflexion.

Globalement, les personnes qui ont été rencontrées<sup>4</sup> représentent assez fidèlement les différentes fonctions que l'on peut trouver dans ce type de structures : médecin-chef, psychiatre, psychologue, personnel infirmier, éducateur. Toutefois, nous regrettons de ne

---

<sup>1</sup> Les Centres Médico-Psychologiques sont des structures implantées en dehors de l'hôpital qui organisent l'accueil et les soins ne nécessitant pas d'hospitalisation tels que les consultations, les soins ambulatoires ainsi que les actions de prévention et de suivi au domicile des patients.

<sup>2</sup> Les Centres Médico Psychopédagogiques assurent le dépistage, le diagnostic et le traitement de troubles psychiques chez l'enfant ou l'adolescent.

<sup>3</sup> Les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (adultes ou enfants), visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien (musique, peinture, expression corporelle, théâtre, jeu... ) ou de thérapie de groupe. Ils peuvent constituer le prolongement de l'activité d'un CMP ou d'un CMPP.

<sup>4</sup> Voir Annexe

pas avoir pu nous entretenir avec un(e) psychomotricien(ne), qui a l'habitude de jouer un rôle important auprès des patients, adultes ou enfants.

Au cours de ces rencontres, nous avons été étonnés de voir à quel point ces structures fonctionnaient différemment les unes par rapport aux autres. Certaines n'utilisent que les théories psychanalytiques freudiennes, d'autres comptent dans leur équipe différentes orientations (Freud, Lacan, Klein...), d'autres encore pratiquent la thérapie familiale... En parallèle de cela, les modalités de prise en charge des patients varient comme nous allons le voir, également beaucoup.

Enfin, étant donné qu'il s'agit ici d'un recueil de données informelles, nous n'avons pas souhaité présenter les pratiques des différents établissements, et avons volontairement évité de nommer les intervenants.

## **1. L'EQUIPE SOIGNANTE**

On retrouve très souvent dans tous ces établissements, la même composition dans l'équipe soignante. Elle s'organise en deux groupes :

- un premier groupe réuni les médecins (psychiatres ou pédopsychiatres) et les psychologues
- le deuxième groupe rassemble les psychomotriciens, les orthophonistes (présentés souvent, et pas du tout péjorativement, comme des « techniciens »), le personnel infirmier, les éducateurs spécialisés et les assistantes sociales.

Les médecins, psychologues, psychomotriciens et orthophonistes travaillent souvent à temps partiel. L'activité permanente du centre est assurée la plupart du temps par les infirmiers et les éducateurs. Nous verrons dans la partie consacrée aux prises en charges thérapeutiques comment s'effectue la répartition des tâches.

## **2. LA POPULATION ACCUEILLIE**

Les populations reçues dans les différentes structures dépendent beaucoup de leur statut et de leur localisation. D'une façon générale, assez peu de patients viennent d'eux-mêmes. Ils sont souvent envoyés sur recommandation (médecin généraliste, structures sociales, justice,

police...) ou accompagnés par la famille ou un ami. Les CMP reçoivent des adultes dont un assez grand nombre de SDF, de psychotiques et de personnes addictives. Les CMPP reçoivent des enfants et des adolescents présentant un panel plus large de symptomatologies : névroses, psychoses, états-limites, hyperactivité... Ils suivent un circuit scolaire classique ou spécialisés.

Pour les enfants, en plus du médecin généraliste, l'école joue un rôle très important car elle est souvent le lieu où le trouble a été repéré par l'intermédiaire de l'instituteur, de l'infirmière ou du médecin scolaire... Il est assez rare que l'école appelle directement le centre. La plupart du temps, elle sert d'intermédiaire en dirigeant les parents vers le CMPP. Un centre nous a dit que « 80% des enfants consultent pour difficultés scolaires », le reste concernant des troubles du comportement. De mauvais résultats scolaires représentent parfois « la part émergée de l'iceberg ».

### **3. LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

#### **a) La prise de rendez-vous**

Il existe dans l'activité « technique » des centres de consultations, certaines pratiques communes mais également beaucoup de différences. Dans tous les établissements visités, les praticiens nous ont confirmé l'importance du premier appel téléphonique pour la prise de rendez-vous. Certains d'ailleurs utilisent des documents-type<sup>1</sup> pour recueillir les informations les plus importantes. Ces documents constitueront alors les premiers éléments du dossier du malade. En fonction des établissements et de l'urgence, le premier rendez-vous est fixé entre le lendemain de l'appel et les quinze jours qui suivent.

#### **b) Le premier entretien**

Selon le CMP ou le CMPP, le clinicien qui assure l'entretien pourra être psychiatre (ou pédopsychiatre), psychologue, infirmier ou assistante sociale. Certains établissements justifient ces différentes possibilités en affirmant que seule « l'oreille clinique » est nécessaire, alors que d'autres pensent que seul un médecin peut assurer cette première étape.

---

<sup>1</sup> Voir Annexe

Les CMP, en rapport avec leur public souvent marginal, insistent sur les qualités d'accueil et d'empathie nécessaires pour débiter un travail thérapeutique. Ainsi, le premier entretien est assuré par un infirmier psychiatrique et s'organise en trois étapes pré-définies :

- l'accueil : « mettre à l'aise », « créer le contact », « échanger »
- l'évaluation de la pathologie
- la définition de l'orientation thérapeutique

Enfin, d'une façon générale, et à part quelques cas très particuliers, les CMP ou CMPP ne font pas appel aux tests psychométriques ou projectifs lors de ces premiers entretiens, et plus largement lors de la prise en charge.

### **c) L'orientation thérapeutique**

L'orientation thérapeutique peut donc, selon tel ou tel établissement, être établie par le médecin, le psychologue ou d'autres corps de métier évoluant dans le centre. Un centre a précisé que dans son établissement, elle était systématiquement prise lors d'une discussion au sein de l'équipe, en ajoutant que la pluridisciplinarité permettait d'avoir « différents projecteurs à différents points de l'enfant qui est au centre de la scène (...) éclairage de la psychomotricienne, orthophoniste, psychologue... ça permet d'affiner le diagnostic et l'orientation ».

Dans quelques centres, un seul et même « consultant »<sup>1</sup>, médecin, psychologues, infirmier... est garant de la prise en charge du patient, et devient le référent principal. Il interagit avec les autres professionnels, avec la famille, est en mesure de solliciter des avis extérieurs, peut demander que des bilans supplémentaires, orthophoniques ou psychomoteurs, soit effectués...

Pour les enfants, l'orientation thérapeutique se résumer en trois principales indications :

- un type de psychothérapie
- une rééducation psychomotrice
- une rééducation orthophonique

Pour les adultes, l'orientation thérapeutique est quelque peu différente, elle peut être :

- une psychothérapie visant une guérison ou un changement

---

<sup>1</sup> Terme utilisé.

- une psychothérapie de soutien
- une rééducation psychomotrice

En parallèle de ces indications, un traitement médicamenteux peut également être prescrit. Pour les adultes, un CMP nous a précisé qu'il effectuait de nombreuses « injections retard »<sup>1</sup>.

#### **d) La prise en charge psychothérapique**

Deux types de prises en charge thérapeutiques sont le plus généralement pratiquées :

- la psychothérapie
- le groupe thérapeutique

Ces deux approches sont d'ailleurs souvent prescrites ensemble car elles proposent deux types de travail différents.

Les psychothérapies proposées peuvent être de nature très différentes. Ainsi, on peut trouver selon les établissements la plupart des principaux courants:

- des psychothérapies psychanalytiques (rarement effectuées sur le divan)
- du psychodrame
- des thérapies familiales
- des thérapies cognitivo-comportementales

Les groupes thérapeutiques consistent à prendre en charge des patients ayant des tableaux pathologiques comparables à travers des activités adaptées à leurs difficultés. Ils peuvent se présenter sous forme d'ateliers, et amènent les sujets à développer un aspect particulier de leur personnalité (intégration sociale, travail émotionnel, créativité, relaxation...).

Les groupes thérapeutiques sont très utilisés avec les enfants (jeux symboliques (poupées, voitures, dinette : « jouer en faisant semblant »), dessin, lecture de contes, pâte à modeler, peinture, bulles de savon, ballon, salle d'eau, parcours...). Ils comptent entre quatre et une dizaine d'enfants, et sont encadrés la plupart du temps, par un infirmier ou un éducateur, et des stagiaires psychologues. Ils possèdent des règles internes qui forment un cadre thérapeutique, il ne s'agit donc pas uniquement d'un divertissement.

---

<sup>1</sup> Type de traitement consistant à injecter une substance psychotrope qui aura un effet longue durée.



Ces structures ont également un rôle de guidance parentale. Elles aident les parents et la famille en général, à comprendre le trouble auquel ils sont confrontés. Elles peuvent dans certains cas rediriger des parents vers des thérapies individuelles ou proposer des thérapies familiales quand il existe des troubles familiaux (divorce conflictuel, décès...).

Les psychothérapies durent entre trente minutes et une heure et ont habituellement lieu une fois par semaine. Cela peut être plus quand il s'agit de psychotiques, ou en période aiguë. Elles sont toujours pratiquées par un psychiatre ou un psychologue. Les groupes thérapeutiques, eux, ont lieu une fois par semaine et durent à peu près deux heures, mais tout cela est très variables selon les structures.

Enfin, un psychiatre nous a indiqué qu'il veillait particulièrement à ce que le dossier du malade ne comporte que les notes personnelles du thérapeute, des informations médicales et administratives, et les compte-rendu de réunion de synthèse. En effet, le malade peut légalement avoir accès à son dossier médical, il faut donc que celui-ci soit le plus clair et le plus ordonné possible pour que « rien ne traîne au hasard ».

### **e) Les supervisions**

Les supervisions existent dans toutes les structures que nous avons visitées. Elles ont chacune leurs modalités propres, mais elles proposent toutes aux professionnels un espace de réflexion. Elles prennent souvent l'aspect de « réunion de synthèse », où, une fois par semaine par exemple, l'équipe se réunit pour échanger sur l'évolution de quelques cas précis de patients.

Parfois, il s'agit de mini-groupes de travail consacrés à un thème en particulier (l'annonce du diagnostic, le contre-transfert...). Un des responsables des supervisions nous confiait qu'il faisait très attention à « l'animation de réunions et [au] cadrage pour que chacun puisse s'exprimer ». Enfin, un CMP demande à tous ses intervenants, à travers l'hôpital auquel il est rattaché, de participer à deux types de formations : un groupe clinique étudiant chaque mois un thème différent, et un séminaire d'étude de cas rassemblant près de trente personnes chaque semaine.

#### **4. LE TRAVAIL DE LIAISON**

Le fait que les CMP et les CMPP soient au centre d'un système de sectorisation implique forcément une collaboration avec de nombreuses structures. Il peut s'agir de l'hôpital dont dépend le centre, des écoles du quartier, des crèches, des centres sanitaires et sociaux, des associations caritatives... Beaucoup de centres ont développé un vaste réseau et certains acteurs de santé s'investissent personnellement pour le renforcer et l'agrandir encore.

Ainsi, il est courant que des éducateurs ou des infirmiers se déplacent et aillent rencontrer les instituteurs pour évaluer avec eux les progrès d'un enfant. Parfois, nous disait l'un d'eux, « on a besoin d'aller à l'école pour expliquer qu'un enfant qui ne lit pas, qui n'écrit pas ou qui ne joue pas n'est pas forcément méchant, bête ou têtu mais qu'il peut avoir un problème psychologique ».

Enfin, pour conclure, nous ne citerons que le nom du docteur Heche, médecin-chef du CMPP du 17<sup>ème</sup> arrondissement, qui nous disait que le « rôle du CMPP est de réunifier tout ça et de l'intégrer dans le relationnel ». Pour cela, il a créé au sein de son centre, un groupe Balint ouvert aux assistantes sociales, psychologues et infirmières de son secteur. En parallèle, il propose des ateliers de formation pour sensibiliser les puéricultrices à la psychologie et enfin, il organise une réunion annuelle avec tous les partenaires du centre pour « souder le réseau ».

## CONCLUSION

---

Selon Dasen, « toute psychologie vraiment scientifique devrait (...) à plus ou moins long terme (...) être interculturelle »<sup>1</sup>. Il est vrai que l'interculturalité demande au clinicien d'abandonner ses certitudes et de remettre en question l'ensemble de sa pratique. Comment faire pour être le plus efficace possible quand les instruments d'évaluation, les éléments du cadre, l'alliance thérapeutique, les techniques utilisées doivent être repensées et réajustées.

Dans le cas du développement d'un centre de consultations psychologiques à l'étranger, nous avons vu les éléments qui doivent être pris en compte pour permettre de réaliser les différents objectifs. Bien plus qu'une connaissance précise de la culture rencontrée, l'attitude du clinicien semble être le critère le plus important pour agir efficacement. L'originalité du monde qui l'entoure, la perte de repère qui y est associée font qu'il peut facilement se retrouver en décalage avec son environnement.

L'expérience de la psychiatrie humanitaire nous a montré que même si les modalités de fonctionnement demandaient une réflexion particulière pour pouvoir adapter les différents éléments constitutifs du cadre, les bases de la prise en charge interculturelle ont de nombreux points communs avec celles des approches classiques. Il s'agit en effet d'offrir un espace contenant et sécuritaire au patient, mais en même temps suffisamment ouvert pour qu'il puisse exprimer sans crainte son vécu intérieur. Ainsi, il semble que l'attitude rogérienne et la non-directivité permettent d'effacer quelque peu les différences qui peuvent exister au sein de la relation thérapeute – patient en garantissant une grande liberté et une certaine neutralité dans l'échange.

Enfin, même si l'exercice de la psychologie dans des milieux étrangers est encore assez nouveau<sup>2</sup>, la formation et la supervision sont certainement les points les plus prometteurs pour ce type de programmes. En effet, l'émergence de nombreux pays asiatiques comme par exemple la Chine, le Vietnam ou la Thaïlande promet très certainement une forte demande en psychologie dans les années à venir. De la même façon, l'approche intégrative qui est également à ses débuts, pourrait s'intéresser à ces nouvelles dimensions culturelles et ouvrir ainsi un fantastique domaine de recherche.

---

<sup>1</sup> Dasen, in Rey-Von-Allmen, 1993, p 160.

<sup>2</sup> Le premier programme de santé mentale humanitaire ne date que depuis 1988 (programme mené en Arménie par Médecins Sans Frontières après le séisme de Gumry).

## BIBLIOGRAPHIE INGENIERIE

---

- Aubégnny, J. (1989). *Formation et développement – vers une ingénierie de la formation ?*. Paris : Editions l'Harmattan.
- Bellier, S. (2002). *Ingénierie en formation d'adultes*. Paris : Editions Liaison.
- Carré, P., Moisan, A et Poisson, D. (1997). *L'autoformation – psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris : Editions Presses Universitaires de France.
- Chambon, M. et Pérouze, H. (1996). *Conduire un projet*. Lyon : Chroniques Sociales.
- Clot, Y. (1994). L'activité d'ingénierie : question de sens. *Ergonomie et ingénierie*, vol 1. Paris : Editions Eyrolles.
- Corbel, J.C. (2003). *Management de projet*. Paris : Editions de l'Organisation.
- Daigne, J.F. (1995). *Ré-ingénierie et reprise d'entreprise*. Paris : Editions Economica.
- Daniellou, F. (1994). L'ergonome et les acteurs de la conception. *Ergonomie et ingénierie*, vol 1. Paris : Editions Eyrolles.
- Favry, J. (1995). *La formation au service de ses clients – Ré-ingénierie à l'usage de l'entreprise et de l'administration*. Paris : Editions Eska.
- Gaulejac, V., Bonetti, M. et Fraisse, J. (1989). *L'ingénierie sociale*. Paris : Editions Syros.
- Gense, P. et Topsacalian, P. (1999). *L'ingénierie financière*. Paris : Editions Economica.
- Le Boterf, G. (1999). *L'ingénierie des compétences*. Paris : Editions de l'Organisation.
- Lebas, J., Veber, F. et Brücker, G. (1994). Elaboration d'un projet de mission. In : *Médecine humanitaire*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Lebas, J., Veber, F. et Brücker, G. (1994). Mission exploratoire. In : *Médecine humanitaire*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Marchat, H. (2003). *Kit de conduite de projet*. Paris : Editions de l'Organisation.
- Mollard, C. (1994). *L'ingénierie culturelle*. Paris : Editions PUF.
- Moulart, B. (2002). *Ingénierie hôtelière et de restauration – guide pratique de conception et d'organisation*. Paris : Editions Casteilla.
- Pain, A. (2003). *L'ingénierie de la formation*. Paris : Editions l'Harmattan.
- Paquette, G. (2002). *L'ingénierie pédagogique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Poulain, J.P. et Larrose, G. (2003). *Abrégé d'ingénierie hôtelière et touristique*. Paris : Delagrave Editions.
- Provost, H. (1994). *La conduite de projet*. Paris : Editions Technip.
- Varet-Pietri, M.M. (2000). *L'ingénierie de la connaissance*. Paris : Editions Presses Universitaires Franc-Comtoises.

## BIBLIOGRAPHIE CLINIQUE

---

- Aiguesvives, C. (1994). Santé mentale. In : *Médecine humanitaire*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Baubet, T. et Moro, M.R. (2003). Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire. In : *Soigner malgré tout, tome 1*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.
- Bernier, J.J. et Pietrulewicz, B. (1997). *La psychométrie*. Montréal : Gaëtan Morin Editeur.
- Bertrand, D. (2001). L'empathie dans l'entretien biographique. In : *L'empathie et la rencontre interculturelle*. Kiss, A. Paris : Editions l'Harmattan.
- Blanchet A., Gotman A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Nathan.
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire. L'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Blanchet, A., Ghigione, R., Massonat, J. et Trognon, A. (2000). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Brandibas, J. (2003). *Traité de psychopathologie et thérapeutique réunionnaises*. Thèse de Psychologie, Université de la Réunion.
- Cacou, M.M. (2001). Psychologue africain en Afrique. In : *L'empathie et la rencontre interculturelle*. Kiss, A. Paris : Editions l'Harmattan.
- Castarède, M.F. (1983). L'entretien clinique à visée de recherche. In : *L'entretien clinique*. Chilland, C. Paris : PUF.
- Chambon, O. et Marie-Cardine, M. (1999). *Les bases de la psychothérapie*. Paris : Dunod.
- Cui G., Van Den Berg S. (1991) *Testing the construct validity of intercultural effectiveness*. International Journal of Intercultural Relations, 15, 2, 311-328.
- Dasen, P.R. (1993). L'ethnocentrisme de la psychologie. In : *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Rey-von-Allmen. Paris : Editions l'Harmattan.
- Daubègre, C. (2003). Psychothérapie en temps de guerre : Marwan, l'écran rouge de la psyché. In : *Soigner malgré tout, tome 2*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.
- Delrieu, A. (2001). *Sigmund Freud – index thématique*. Paris : Editions Economica.
- Drogoul, F. (2003). Soigner en situation extrême : un exemple de « pilotage à distance » en Ingouchie. In : *Soigner malgré tout, tome 1*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.
- Freud, S. (1919). *Faut-il enseigner la psychanalyse à l'université ?*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1923). « *Psychanalyse* » et « *Théorie de la libido* ». Paris : PUF.
- Freud, S. (1926). *La question de l'analyse profane*. Paris : PUF.
- Fridman-Wenger, M. (1993). L'entretien clinique avec les familles migrantes. In : *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Rey-von-Allmen. Paris : Editions l'Harmattan.
- Grappe, M. (2003). Le soutien psychologique aux enfants et adolescents dans les actions humanitaires. In : *Soigner malgré tout, tome 2*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.
- Hammer M.R., Gudykunst W.B., Wiseman R.L. (1978) *Dimensions of intercultural effectiveness : a replication and expansion*. International Journal of Intercultural Relations, 2, 4, 382-393.
- Hirt, J.M. (1998). Transculturel : l'ici et l'ailleurs. In : *L'entretien en clinique*. Cyssau, C. Paris : Press Editions.

Ionescu, S. (1991). *Quatorze approches de la psychopathologie*. Paris : Nathan.

Jahoda, G. (1988). J'accuse. In: M. H. Bond (Eds.), *The cross-cultural challenge to social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.

Kelley D.J, Ruben B.D. (1983) *Cross-cultural personnel selection: criteria, issues, and methods*. In D. Landis, R.D. Brislin, Handbook of intercultural training, vol. I: Issues in theory and design, New-York, Pergamon Press, 155-175.

Labauve, C. (2003). Suspendre et continuer : les limites d'une intervention. In : *Soigner malgré tout, tome 2*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.

Lachal, C. (2003). Mettre en place une mission de soins psychologiques. Pourquoi ? Quand ? Comment ? In : *Soigner malgré tout, tome 1*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.

Lachal, C. (2003). Soigner les bébés, qu'est ce que cela suscite ? In : *Soigner malgré tout, tome 2*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.

Le Roch, K. et Godain, G. (2003). Du politique au singulier : les racines de la reconstruction. In : *Soigner malgré tout, tome 1*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.

Lebas, J., Veber, F. et Brücker, G. (1994). Elaboration d'un projet de mission. In : *Médecine humanitaire*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Lebas, J., Veber, F. et Brücker, G. (1994). Mission exploratoire. In : *Médecine humanitaire*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Mansour, S. (1993). Le psychologue et la dimension politico-culturelle : expérience au Liban et à Paris. In : *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Rey-von-Allmen. Paris : Editions l'Harmattan.

Mantese Curapli, I. et Rizzo, N. (1993). Patients et psychothérapeutes face aux questions identitaires. In : *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Rey-von-Allmen. Paris : Editions l'Harmattan.

Marandon, G. (2001). Empathie et compétence interculturelle. In : *L'empathie et la rencontre interculturelle*. Kiss, A. Paris : Editions l'Harmattan.

Martin J.N. (1987) *The relationship between student sojourner perceptions of intercultural competencies and previous sojourn experiences*. International Journal of Intercultural Relations, 11, 3337-355.

Mesmin, C et al. (1997). *Cultures et Thérapies*. Grenoble : Editions de la pensée sauvage.

Montagut, M. (2003). Soigner à Gaza durant l'Intifada : accueillir, accompagner, contenir. In : *Soigner malgré tout, tome 2*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.

Moro, M.R. (2003). Comprendre les effets des traumatismes et les soigner. In : *Soigner malgré tout, tome 2*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.

Moro, M.R., Lachal, C. (1996). *Introduction aux psychothérapies*. Paris : Nathan.

Mouchenik, Y., Bélanger, F., Baubet, T., Godain, G. et Moro, M.R. (2003). Identification de troubles post-traumatiques chez les jeunes enfants réfugiés. In : *Soigner malgré tout, tome 2*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.

Mukuna, T. (1993). Le psychologue face aux enfants, aux jeunes et aux familles de cultures différentes. In : *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Rey-von-Allmen. Paris : Editions l'Harmattan.

Nathan, T. (1986). *La folie des autres*. Paris : Bordas.

Nougué, Y. (2002). *L'entretien clinique*. Paris : Editions Economica.

- Ortigue, M.C. (1993). Repères culturels et positions personnelles dans les entretiens avec les émigrés africains. In : *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Rey-von-Allmen. Paris : Editions l'Harmattan.
- Ouss-Ryngaert, L. et Dixméras, J.P. (2003). Que vivent les équipes dans les situations extrêmes ? In : *Soigner malgré tout, tome 1*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.
- Pachoud, R. (1998). L'entretien psychiatrique. In : *L'entretien en clinique*. Cyssau, C. Paris : Press Editions.
- Pédinielli, J.L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Nathan Université.
- Poussin, G. (1992). *La pratique de l'entretien clinique*. Toulouse : Editions Privat.
- Raimbault, G. et Zygouris, R. (1991). *L'enfant et sa maladie – psychanalyse et consultation hospitalière*. Toulouse : Editions Privat.
- Reveyrand-Coulon, O. (2001). L'empathie débusquée. Chercheur, psychologue, anthropologue dans une autre culture. In : *L'empathie et la rencontre interculturelle*. Kiss, A. Paris : Editions l'Harmattan.
- Rouby, P. (2003). Organiser un programme de soins en situation de violences chroniques : l'exemple de la Sierra Leone. In : *Soigner malgré tout, tome 1*. Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.R. Paris : Editions La pensée sauvage.
- Samovar, L. A., Porter, R. E. (1991). *Communication between cultures*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Sanzana, A. (1997). Méthodes et techniques. In : *La pratique de la psychologie clinique*. Perron, R. Paris : Dunod.
- Schuh, S. (1993). Manifestations spécifiques des troubles psychiques chez les enfants émigrés et possibilités de soutien thérapeutique. In : *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Rey-von-Allmen. Paris : Editions l'Harmattan.
- Sipos, J. (1998). L'entretien diagnostique. In : *L'entretien en clinique*. Cyssau, C. Paris : Press Editions.
- Valleteau de Moulliac, J., Gallet, J.P. et Chevallier, B. (2002). *Guide pratique de la consultation en pédiatrie*. Paris : Editions Masson.
- Wiseman R.L., Abe H., (1984) *Finding and explaining differences: a reply to Gudykunst and Hammer*. International Journal of Intercultural Relations, 13, 349-370.
- Zumbrunnen, R. (1991). *Psychiatrie de liaison*. Paris : Editions Masson.

## TABLES DES MATIERES

---

I. METHODE D'INGENIERIE ET CONDUITE DE PROJET .....	3
1. Définition.....	3
2. Méthodologie.....	4
3. Mode d'action.....	6
A. L'analyse systématique de l'environnement du projet et définition de la problématique .....	8
1. L'étude du contexte .....	8
2. Isoler la problématique .....	9
B. La conception d'un plan d'action : l'ingénierie de définition .....	11
1. La définition des objectifs .....	11
a) Les partenaires .....	13
b) Les ressources .....	16
2. La conception d'un plan d'action .....	17
a) Les stratégies d'action .....	17
b) Le budget .....	18
c) Le programme de réalisation .....	20
C. La planification et la réalisation du projet : l'ingénierie de faisabilité.....	21
1. L'organisation de l'action.....	21
2. Les outils de planification.....	23
a) Gérer l'équipe .....	23
b) Gérer la qualité .....	24
c) Gérer les coûts .....	25
d) Gérer les délais .....	26
D. La mise en exploitation et l'évaluation.....	26
1. La communication .....	26
2. L'évaluation.....	28
Conclusion sur la méthodologie d'ingénierie.....	30
II. ESSAI D'UNE INGENIERIE CLINIQUE DANS UN CONTEXTE DE PSYCHOLOGIE INTERCULTURELLE .....	31
A. L'analyse systématique de l'environnement du projet et définition de la problématique .....	31
1. Etude du contexte culturel .....	32
a) Les croyances religieuses .....	33
b) Etiologie de la maladie .....	34
c) La structure familiale.....	34



d)	L'organisation sociale.....	35
e)	L'environnement politique et économique.....	35
f)	Les indicateurs démographiques.....	36
2.	Les partenaires du projet.....	37
<b>B.</b>	<b>La conception d'un plan d'action : l'ingénierie de définition .....</b>	<b>38</b>
1.	L'approche interculturelle .....	38
a)	La diversité culturelle .....	39
b)	Une idée d'universalité psychique.....	40
c)	La validité des techniques.....	41
2.	L'entretien clinique interculturel .....	42
a)	Un « lieu de passage entre deux mondes » .....	42
b)	Une approche semi-directive .....	43
c)	La conduite d'entretien en situation interculturelle .....	45
d)	La place du clinicien.....	46
e)	Les obstacles contre-transférentiels.....	47
<b>C.</b>	<b>La planification et la réalisation du projet : l'ingénierie de faisabilité.....</b>	<b>49</b>
1.	L'évaluation interculturelle .....	50
a)	L'entretien diagnostic .....	50
b)	La psychométrie interculturelle .....	51
(1)	Le ré-étalonnage de tests .....	51
(2)	Les tests « culture-free » .....	52
(3)	La construction d'outils spécifiques.....	52
2.	La prise en charge thérapeutique .....	53
a)	L'action thérapeutique .....	54
b)	Le cadre en thérapie interculturelle .....	55
c)	Une méthode de thérapie interculturelle.....	57
(1)	Les différentes phases .....	57
(2)	L'approche intégrative.....	58
(3)	La prise en charge des enfants.....	59
3.	La collaboration interdisciplinaire.....	61
a)	Former à la thérapie .....	61
b)	Sensibiliser les différents acteurs.....	63
4.	La supervision comme outil d'évaluation et de formation .....	65
<b>D.</b>	<b>La mise en exploitation.....</b>	<b>67</b>
1.	L'équipe soignante.....	68
2.	La population accueillie.....	68
3.	La prise en charge thérapeutique .....	69
a)	La prise de rendez-vous .....	69
b)	Le premier entretien.....	69
c)	L'orientation thérapeutique .....	70
d)	La prise en charge psychothérapique.....	71
e)	Les supervisions.....	72
4.	Le travail de liaison .....	73

## LISTE DES CENTRES VISITES

---

CMPP Turbigo, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> arr.

Mr Jacques Nel - inf. psy

Mme Nelly de Rabout - inf. psy

Mme Bassora - psychologue

CMP Figuiet, 4<sup>ème</sup> arr.

Mr Naoum Dahan - psychologue

CMPP « La passerelle », 6<sup>ème</sup> arr.

Dr Alain Chiapello – psychiatre, médecin-chef

CATTP Niox, 16<sup>ème</sup> arr.

Mme Danièle Peyriat - Inf

Mme Nathalie Morvan - Inf

CMPP villa Compoint, 17<sup>ème</sup> arr.

Docteur HECHE – psychiatre, médecin-chef

CMP Ney, 18<sup>ème</sup> arr.

Dr Stéphane Boussat - psychiatre

## QUALITES DE L'INGENIEUR « HUMAIN »

<p>L'ingénierie de formation (Pain, 2003, p 136.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situer le problème à l'origine de la demande</li> <li>- Définir les rôles des différents partenaires et leurs responsabilités</li> <li>- Identifier le commanditaire, le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre</li> <li>- Rassembler autour d'une même logique des acteurs venant de positions et d'univers différents</li> <li>- Donner aux relations entre le professionnel de la formation et le demandeur une dimension contractuelle en définissant les rôles et les responsabilités de chacun</li> <li>- Faciliter l'engagement des différents acteurs en clarifiant les enjeux</li> <li>- Situer l'action de formation dans la perspective de l'organisation à moyen et long terme</li> <li>- Positionner le professionnel en tant que conseil sortant du rôle de fournisseur</li> </ul>
<p>L'ingénierie sociale (Gaulejac et al, 1989, pp. 20-21.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des diagnostics</li> <li>- Traduire des hypothèses cognitives en hypothèses opérationnelles</li> <li>- Transformer les organismes dont ils ont la charge et les impliquer dans des dispositifs d'action concertée afin de créer une synergie entre leurs moyens respectifs</li> <li>- Comprendre les demandes sociales et permettre aux différents groupes sociaux de les exprimer et d'apprendre à les faire entendre</li> <li>- Elaborer un projet, puis un programme avec différents acteurs ayant chacun leur langage, leurs habitus, des logiques qui leurs sont propres,</li> <li>- Trouver les appuis techniques pour mener des actions qui concilient les contraintes de gestion avec la poursuite d'objectifs sociaux (...)</li> <li>- Animer des équipes opérationnelles, issues de professions différentes et peu préparées à travailler ensemble,</li> <li>- Evaluer des situations critiques et les résultats des actions engagées.</li> </ul>

<p>L'ingénierie de compétences (Le Boterf, 1999, p 16.)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le travail coordonné d'équipes pluridisciplinaires</li><li>- La maîtrise d'une large gamme d'informations (techniques, sociales, culturelles, pédagogiques, professionnelles...) nécessaires aux activités de conception, d'étude et de réalisation</li><li>- La finalisation sur la conception et la réalisation d'un « ouvrage » de formation ou sur la résolution d'un problème de compétences</li><li>- L'optimisation de l'investissement en formation, par la réduction des délais de conception, les économies sur les frais de fonctionnement des ouvrages réalisés et sur l'adoption de technologies et de modalités éducatives plus performantes</li><li>- Un résultat final se traduisant en termes d'organisation et de système</li><li>- La mise en œuvre de démarches d'anticipation visant à rendre plausible un résultat souhaitable.</li></ul>
---	---