

Le traitement psychosocial du traumatisme psychologique des populations des pays en situation de post-conflit

Liscia T¹, Milleliri J²

1. Chargé de mission à la Cellule « Prévention des Crises et Sortie de Conflit », Agence Française de Développement, Paris

2. Institut d'Etudes Politiques Aix-en-Provence, France

Med Trop 2011 ; 71 : 197-200

RÉSUMÉ • Les situations de violences et de conflits armés, que connaissent un grand nombre de pays en développement, ont des conséquences à long terme sur les populations qui y sont confrontées, entraînant notamment la constitution de troubles post-traumatiques. Outre leurs incidences sur le bien-être des individus et sur leur psychisme, ces troubles ont également des effets néfastes sur le développement d'un pays dans son ensemble, que ce soit aux plans économique, humain et social. Depuis plusieurs années, les acteurs humanitaires ont pris la mesure de cette réalité et entrepris un certain nombre d'actions visant à prendre soin des personnes traumatisées et à leur permettre de retrouver un certain bien-être, essentiel à toute tentative de développement efficiente et pérenne. Pourtant, malgré l'identification de bonnes pratiques dans ce domaine et l'existence de traitements peu coûteux et efficaces, les troubles post-traumatiques des populations des pays en développement restent largement ignorés ou, tout du moins, négligés par les pouvoirs publics nationaux et l'ensemble de la « communauté internationale » intéressée aux stratégies de développement. A partir d'une étude conduite au sein de la Cellule « Prévention des Crises et Sortie de Conflit » de l'Agence Française de Développement, cet article vise à démontrer la nécessité et à indiquer les moyens d'une prise en compte des troubles post-traumatiques dans les pays en post-conflit, afin de garantir une reconstruction et un développement durable pour les populations concernées.

MOTS-CLÉS • Stress post-traumatique. Post-conflit. Traitement psychosocial.

PSYCHOSOCIAL TREATMENT OF PSYCHOLOGICAL POST TRAUMA IN POST-CONFLICT COUNTRIES

ABSTRACT • Violence and armed conflict situations besetting numerous developing countries inflict a heavy toll on populations, especially in terms of post-traumatic mental disorders. In addition to upsetting the well-being and psychic balance of people, violent political instability prevents development of the country as a whole not only economically but also individually and socially. After being confronted with this reality for years, humanitarian workers have implemented actions aimed at treating and helping traumatized people to recover their mental health as a first step to achieving effective and durable development. However, despite the availability of effective low-cost treatment for post-traumatic mental disorders, officials in developing countries as well as in international organizations continue to ignore or neglect this crucial issue. This article is based on a study carried out by « Crisis prevention and post-conflict unit » of the Agence Française de Développement. The purpose is to underline the need and describe available methods for management of post-traumatic stress disorders in populations of post-conflict countries, as prerequisite for sustainable reconstruction and development.

KEY WORDS • Post-traumatic mental disorders. Post-conflict. Psychosocial treatment.

Le flot de violences qu'a connu le XX^e siècle et les grandes tragédies des années 1990, jusqu'à l'exemple d'Haïti, ont amené à reconsidérer l'impact des violences et des situations de crises sur les populations, notamment d'un point de vue psychologique. De blessé seulement physique, la victime est ainsi devenue un blessé psychique, marquée du sceau du traumatisme. Paradoxalement, si l'on relève le plus grand nombre de blessés psychiques dans les pays en situation post-conflituelle, la santé mentale au sens large et la prise en charge du traumatisme en particulier apparaissent largement absents des politiques et pratiques sanitaires. Trop souvent considérée comme un luxe, la prise en charge des troubles psychologiques et post-traumatiques des populations dans les pays en développement reste ainsi complètement négligée. Or, il apparaît important de traiter cet aspect des conflits du fait des impacts sur le développement social, économique et humain qu'il représente. L'étude

réalisée par la Cellule « Prévention des Crises et Sortie de Conflit » de l'Agence Française de Développement a ainsi permis d'analyser les moyens de prendre en compte les troubles post-traumatiques, afin de rendre le développement plus efficient en matière de soutien à la croissance économique, de lutte contre la pauvreté et de production de capital social.

Cadre d'analyse

Définitions

Le traumatisme peut être défini comme un événement de vie laissant trace, entraînant pour celui qui en fait l'expérience une confrontation avec le « réel de la mort », selon l'expression de François Lebigot (1). Le traumatisme psychique résulte toujours d'une perception : plus que l'événement en soi, qui déclencherait systématiquement une réaction biophysique de stress, ce qui est important est la façon dont y réagit le sujet.

• Correspondance : lisciat@afd.fr

• Article reçu le 03/06/2010, définitivement accepté le 25/01/2011

Selon le *Diagnostic Statistical Manual (DSM-IV)* de l'Association des Psychiatres Américains (2), le traumatisme psychologique peut engendrer un Etat de Stress Post-Traumatique, désigné communément sous l'acronyme de PTSD en anglais, qui se manifeste par : (i) des symptômes de reviviscence (cauchemars, *flashes-back*), (ii) des symptômes d'évitement (réduction de l'intérêt, évitement des pensées et des lieux), et (iii) des troubles neurovégétatifs ou anxieux (troubles du sommeil, difficulté de concentration, hypervigilance).

Cependant, les conséquences du traumatisme dépassent la simple catégorie du PTSD. Ainsi, convient-il en la matière :

- de prendre en compte les autres troubles mentaux associés (dépression, suicide, comportements violents, abus de substances...). Sur le sujet de l'abus de substance, différentes études révèlent (3-6), en situation post-conflictuelle, une corrélation importante entre les troubles et l'addiction à des substances psycho-actives, si bien que la consommation de ces substances psycho-actives est devenue l'un des problèmes sanitaires et sociaux majeurs liés aux situations de conflit et de déplacement de populations ;

- d'intégrer les différents modes d'expression du traumatisme qui diffèrent de ceux habituellement rencontrés dans les cultures non occidentales (cf plus bas le § consacré à la prise en compte du contexte culturel) ;

- enfin, de différencier les traumatismes individuels de ceux subis dans le cadre de phénomènes d'ordre collectif de type violence sociale, dans la mesure où l'intentionnalité de la violence touche alors au fondement de l'humanité même du sujet et que les tabous fondamentaux sont brisés.

D'où, en quelque sorte, conviendrait-il mieux d'aborder le sujet selon un champ élargi de troubles post-traumatiques, à savoir état de stress post-traumatique + troubles associés.

Conséquences économiques et sociales

Il existe un lien inextricable entre pauvreté et mauvaise santé mentale, les deux facteurs s'influencent l'un l'autre. Par ailleurs, les personnes ayant vécu un événement traumatique souffrent d'un manque d'assurance, sont méfiantes envers leur environnement et ont tendance à éviter les contacts. Or, le bien-être, la capacité à générer des revenus et la satisfaction des besoins de base sont liés entre eux. Dès lors, la mise en place de systèmes de santé adaptés au traitement du traumatisme permettrait de réduire les coûts indirects engendrés sur les familles et les malades.

Ces perturbations sont vécues avec plus d'acuité dans les pays en voie de développement du fait de l'absence de structures d'accompagnement. De plus, les ressources consacrées à la santé mentale dans ces pays sont caractérisées par leur rareté, leur inégalité, et leur inefficacité, ces trois facteurs étant corrélés et s'influencent mutuellement. Ainsi, l'économie que représente l'absence de traitement risque en fait, in fine, d'augmenter les coûts indirects en prolongeant la durée des troubles et des incapacités qu'ils entraînent.

Or, ignorer ces troubles entrave les efforts réalisés pour améliorer le capital social, promouvoir le développement humain et diminuer la pauvreté. Par ailleurs, les actions destinées à traiter ces troubles permettent de participer du remaillage du tissu social et donc de la réconciliation, en favorisant une prise en compte des traumatismes des populations.

En conséquence, si l'on veut éviter la chronicité d'un traumatisme, il convient de ne pas ignorer le problème mais de l'affronter.

Les strates de population affectée par les traumatismes des conflits

La majorité des acteurs s'accordent pour reconnaître qu'en situation de post-conflit, environ, 60 % des personnes s'en remettent sans aide spécialisée et ne s'appuient que sur leurs propres ressources ou sur celles de la communauté, 10% des personnes ont besoin de soins spécialisés médico-psychiatriques (20% évoluant vers une chronicité de la maladie et 80% vers la guérison), et enfin, 30% ont besoin d'un soutien psychosocial, qui permet le référencement ou le soutien/accompagnement des malades.

Bien qu'il soit commun de croire que les traumatismes s'effacent avec le temps, les troubles psychologiques peuvent persister longtemps après un événement traumatique. Les sujets qui mettraient longtemps à se remettre d'un traumatisme, ou ne s'en remettraient pas, seraient en fait ceux abandonnés par le groupe et sans possibilité aucune de se resocialiser ; or, s'il ne peut éliminer les conséquences de la confrontation aux événements, le soutien social peut aider à en prévenir et/ou à en diminuer les effets, permettant à la personne traumatisée de reprendre confiance à la fois en autrui et en ses capacités et qualités humaines. Ainsi, il ressortirait que les personnes qui s'en sortent ne sont pas celles les moins agressées mais celles qui ont été le mieux soutenues.

Santé mentale et objectifs du millénaire pour le développement

Bien qu'absente des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), la santé mentale au sens large serait en lien direct avec cinq des huit OMD, et sa non prise en compte grèverait de fait les programmes de développement visant à l'atteinte de ces objectifs (8). En effet :

- les déséquilibres mentaux jouent un rôle significatif dans la répétition du cycle de pauvreté (OMD n°1 d'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim) ;

- l'objectif d'éducation primaire universelle (OMD n°2) nécessite de tenir compte des nombreux enfants ayant vécu une situation traumatisante dans le cadre des situations post-conflituelles, qui ont de fortes difficultés à se concentrer et d'importants troubles d'apprentissage ;

- la réduction de la mortalité infantile (OMD n°4) est fortement liée à l'environnement affectif de l'enfant, les taux de mortalité infantile dus à la malnutrition en situation post-conflituelle étant en large part associés à la dépression des mères ;

- l'amélioration de la santé maternelle (OMD n°5) en situation post-conflituelle est préoccupante puisque 10 à 30 % des mères souffriraient de dépression. Or, de tels troubles conduisent à des comportements négligents de la part des mères envers elles-mêmes, pouvant aller jusqu'à des comportements suicidaires ;

- enfin, concernant la lutte contre le VIH/Sida (OMD n°6), les personnes souffrant de troubles présentent de plus grands risques de contracter et de répandre le virus du Sida du fait de comportements à risque ; inversement, être infecté par le virus du Sida entraîne une mauvaise santé mentale (dépression, anxiété).

Prise en compte des contextes

Le contexte psychosocial

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés à une prise en charge visant à la réadaptation et à l'accompa-

gnement social, via un traitement dit social du traumatisme, désigné communément sous le terme de soutien psychosocial. De telles interventions mettent l'accent sur le soutien du processus naturel de guérison en restaurant au plus vite la stabilité de la vie communautaire. A ce titre, selon l'OMS, les programmes psychosociaux et communautaires doivent être mis en place en priorité lors de l'établissement ou de la reconstruction des systèmes de soins de santé mentale, et les interventions spécialisées, elles, doivent être limitées du fait notamment qu'elles contribuent de la stigmatisation des personnes, qu'elles s'avèrent coûteuses et non pérennes (9).

Cependant, il faut avoir conscience que mettre en place une action psychosociale, c'est être au carrefour de plusieurs transversalités et continuum, dont les choix concernant ces aspects conditionneront la structuration des interventions. Il en est ainsi : (i) du positionnement dans le temps, entre l'urgence et le développement, même si la réalité prouve que ces phases sont de plus en plus concomitantes, (ii) du bénéficiaire entre population générale et groupes cibles, (iii) de la profondeur de l'action, selon que l'on se situe au niveau individuel, communautaire et national, (iv) de la nature de l'action allant de l'écoute au soin psychologique, et (v) de l'objectif visé, à savoir du seul réapprentissage de règles à tout un programme psychosocial définissant au plus près les interactions et la co-construction entre l'action psychologique et l'action sociale.

Naturellement, chaque situation déterminera la réponse à ces choix.

Il n'existe pas une définition commune du psychosocial, chaque acteur en ayant souvent la sienne propre. Pour notre part, nous le définissons comme : « Un mode non médicalisé de réhabilitation mentale et/ou psychologique. Le traitement psychosocial est constitué d'actions qui s'intéressent à l'interaction des conditions sociales et du bien-être psychologique ».

Ce choix pose néanmoins un double dilemme : (i) résolution collective versus profondeur individuelle, et (ii) médiation, à savoir relation à l'autre, versus réorganisation de soi.

D'où l'orientation vers une approche systémique et contextualisée de l'individu, permettant aux personnes de reformuler leur manière de vivre et donc de construire leur propre stratégie de survie, nonobstant naturellement le référencement vers les structures ad hoc des personnes le nécessitant.

Selon David Bloomfield (10), les actions psychosociales comprennent : la (re)création d'un environnement sécuritaire où les personnes affectées par le conflit peuvent recréer un réseau ; le partage des expériences et le rétablissement de routines ; le développement et la promotion des groupes d'entraide ; le soutien de groupe ; la diffusion d'information, en vue de relier les personnes aux ressources disponibles ; les expressions créatives : les arts, les contes ; la reformation et la rééducation ; les processus de rites funéraires.

Les éléments nécessaires à la mise en œuvre d'un dispositif psychosocial peuvent être résumés comme suit : une évaluation préalable (2 semaines à 2 mois) ; l'appui sur une ONG locale, éventuellement renforcée par une ONG internationale ; la création d'un lieu de référence où la personne se sente en sécurité ; la formation de personnes relais locaux au repérage des troubles ou à la vigilance ; des actions de mobilisation dans la communauté ; des supports matériels (brochures, films, BD, ...); la fourniture éventuelle de médicaments ; et la définition d'une stratégie de sortie pour permettre l'appropriation par les populations concernées.

Le contexte culturel

Si les troubles semblent prévalents dans toutes les sociétés et toutes les cultures, leurs manifestations et leurs prises en charge peuvent s'avérer très variées. Ainsi, la culture, en tant que lieu des représentations individuelles et collectives, servirait d'étayage au psychisme et à la construction de l'identité individuelle (11). La culture conditionne le vécu de la maladie et la stratégie de recherche de soins, supposant ainsi l'existence d'un « codage culturel », par définition variable. Pour cette raison, certaines populations, exposées à des situations considérées comme très traumatisantes en Occident, peuvent ne développer que de faibles prévalences au PTSD. Dans ce cadre, il faut écouter le langage parlé mais aussi les métaphores culturelles et le langage somatique, puisque les symptômes varient selon les cultures et prennent souvent la forme de plaintes somatiques ; il en est ainsi, par exemple, en Inde où les patients, qui consultant à l'origine pour des douleurs physiques, révèlent en fait souffrir de troubles du sommeil ou d'éneurésie. Il n'y a, dès lors, pas de méthodes de soins préétablies, puisque nous sommes face à une diversité de situations qui ne permettraient pas de transférer une méthode d'un endroit à un autre.

La bonne attitude dans des situations post-confliktuelles consiste donc, selon nous, à aider les gens à se reconstruire et à consolider leur identité sur des bases historiques et culturelles, en s'appuyant sur la communauté locale. Dès lors, soigner la souffrance psychique implique de connaître le contexte et de le comprendre dans sa complexité, et de respecter les règles de l'organisation sociale.

Maintenant, dans le cas de maladies mentales sévères qui requièrent une médication, il convient de faire prendre conscience à la communauté que ce sont de « vraies » maladies et que les structures traditionnelles ne suffisent alors pas (ce qui posera par la suite la question du suivi dans le cas où une médication est apportée).

Enfin, il existe une limite au culturel que sont les droits de l'homme, ce qui pose question dans certaines situations au moment de définir l'action à conduire.

La mesure d'impact

Une difficulté liée aux programmes psychosociaux est la capacité de mesurer leurs impacts sur une population. En effet, une mesure d'impact repose sur la reconstruction de ce qui serait advenu sans intervention. Pour cela, il s'agirait de définir une population assez proche de celle concernée par l'intervention et évoluant en l'absence de celle-ci (groupe témoin) ; or ici, une telle démarche n'est pas concevable car elle supposerait de tenir à l'écart des personnes ayant besoin d'une prise en charge. Il y a donc une limite intrinsèque à l'étude d'impact de tout programme psychosocial. De plus, la nature multifactorielle des troubles ne permet pas d'attribuer scientifiquement la réduction des symptômes aux programmes psychosociaux. Par ailleurs, il faut accepter que les indicateurs utilisés soient purement qualitatifs, ce qui rend la mesure d'impact parfois inopérante aux yeux de certains bailleurs ou acteurs non-gouvernementaux. Pour autant, elle n'en demeure pas moins révélatrice des effets positifs d'une prise en charge psychosociale. Ainsi, convient-il d'envisager des indicateurs reposant à la fois sur la définition du terme de « bien-être » et de ses manifestations pour les différents groupements envisagés (les enfants, les adultes, la cellule familiale et le groupe communautaire), permettant d'établir des indicateurs de résultats (outcome) pertinents pour l'évaluation des pro-

grammes psychosociaux, et des données quantifiables telles que le nombre d'heures de sommeil, l'amélioration des résultats scolaires, ou encore la réduction des comportements violents.

Exemples dans le monde

Santé mentale communautaire au Rwanda

Parmi les programmes, de bailleurs de fonds ou d'ONG, mis en œuvre dans des pays en situation de post-conflit, un certain nombre intègre une prise en charge psychologique au sein d'approches globales. Au Rwanda, existe ainsi un programme fondé sur une approche liant traumatisme, développement social et économique. Les travaux sont basés sur une approche communautaire plus relationnelle que clinique (ce qui suppose un référencement vers les structures compétentes en cas de troubles sévères) et portent autour de la notion de care, de « prendre soin », plus que de soigner. Le programme de santé mentale communautaire a ainsi été mis en œuvre autour des problématiques liées au génocide, à savoir enfants et adolescents chefs de ménage, veuves, enfants des rues... comprenant 4 volets à leur intention :

- psychologique : thérapies individuelles et de groupes, système de référencement ;
- social : écoute, conseil et orientation prodigués par une conseillère psychosociale ;
- juridique : formation sur le droit et la protection des enfants ;
- économique : formation à la création de projets générateurs de revenus.

Parallèlement, il y a eu formation de personnes ressources (enseignants, parents, chefs de ménage, enfants chefs de classe et agents communautaires) qui ont apporté un soutien aux groupements de projets. De ces personnes-ressources, ont été « extraites » des personnes relais pour de la formation et de la supervision sur une mission d'accompagnement et de suivi des activités génératrices de revenu, mises en place dans une optique thérapeutique permettant à la personne-relais de repérer où se trouve la dissociation traumatique de la personne.

Nutrition et santé mentale en Afghanistan

Des opérateurs ont pris conscience que certains enfants sévèrement malnutris ne réagissent pas au traitement nutritionnel. De plus, beaucoup de femmes, en situation d'apathie et de tristesse, se plaignent de ne pas avoir suffisamment de lait pour nourrir leurs enfants. Le personnel des centres de santé maternelle et infantile est alors souvent démuni.

Après analyse de la situation, il s'est avéré que les difficultés d'allaitement, entraînant la malnutrition sévère des nourrissons, étaient souvent un moyen culturellement acceptable pour les femmes d'exprimer leur mal-être et leur détresse psychologique. Les femmes

étant souvent dans un état grave (dépression, anxiété, trauma), il convient dès lors de mener un travail en parallèle sur l'aspect psychologique afin d'accompagner le traitement. D'où le besoin d'une double action de stimulation infantile afin d'agir sur le retard de développement et de la croissance, et de soutien psychologique aux femmes et aux familles.

Ces constats sont à l'origine, chez certains opérateurs, d'approches désormais intégrées et globales qui lient état psychique et problèmes de malnutrition en vue de rendre leurs programmes efficaces.

Conclusion

En conclusion, il s'agit de conférer aux interventions dans les pays en situation de post-conflit une dimension inclusive et englobante, un déni des souffrances étant un frein à l'efficacité des actions de développement et à la reconstitution de capital social, en particulier dans des pays en sortie de crise. Loin d'être un luxe de « pays riche », la prise en compte des troubles post-traumatiques doit s'imposer comme un souci constant, en filigrane de toute action menée dans des zones ayant fait l'expérience de combats, de violence ou encore de déplacements. C'est à ce prix qu'un développement plus humain, visant à satisfaire les besoins de tous les citoyens sans discrimination, sera effectif.

Références

1. De Clercq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Masson ed, Paris, 2001 ; 268 p.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed, Text revision) Washington DC : Author 2000 ; 1065 p.
3. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 : 1048-60.
4. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR *et al.* Trauma and the Vietnam war generation : report of findings from the National Vietnam Veterans readjustment study. New York, Brunner/Mazel 1990 ; 321 p.
5. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness, A population-based prevalence study. *JAMA* 2000 ; 284 : 2606-10.
6. UNHCR/OMS. Rapid Assessment of Alcohol and other substance use in conflict-affected and displaced populations : a field guide. Genève, 2008, 52 p.
7. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Genève, 2001, 172 p.
8. Miranda JJ, Patel V. Achieving the Millennium Development Goals : does mental health play a role ? *Plos Med* 2005 ; 2 : e291.
9. WHO. Declaration of Cooperation - Mental Health of Refugees, Displaced and Other Populations Affected by Conflict and Post-Conflict Situations. Genève ed, 2001, 12 p.
10. Bloomfield D, Barnes T, Huysse L. Reconciliation after violent conflict, Stockholm, International Institute for democracy and electoral Assistance, 2003, 178 p.
11. Jacques P. Trauma et culture : de la mémoire collective à la reconstruction psychique. *Cah Psych Clin* 2001 ; 17 : 189-98.