

Dossier thématique N° 14

**L'impact de la guerre et des atrocités
sur les populations civiles :**

**Principes fondamentaux pour les
interventions des ONG et une analyse
critique des projets sur le traumatisme
socio-psychologique**

Derek Summerfield

Avril 1996

Veillez envoyer vos observations sur ce dossier au:

Réseau "Aide d'Urgence et Réhabilitation"
Overseas Development Institute
Regent's College
Inner Circle
Regent's Park
Londres NW1 4NS
Royaume Uni

Une copie sera envoyée à l'auteur.

Certaines observations seront publiées dans le Bulletin d'Information.

ISSN: 1353-8705

© Overseas Development Institute, London, 1996.

Des photocopies de tout ou partie de la présente publication sont autorisés, dans la mesure où la source d'information est mentionnée. Toutefois, la documentation du réseau, reproduite en grand nombre, doit être référée à l'ODI qui en détient les droits d'auteurs. La coordinatrice du Réseau "Aide d'Urgence et Réhabilitation" serait reconnaissante d'être informée de tout usage de la documentation du réseau aux fins de la formation, de la recherche ou aux fins de la conception, mise en application ou évaluation de programmes.

L'Impact de la Guerre et des Atrocités sur les Populations Civiles : Principes Fondamentaux pour les Interventions des ONG et une Analyse Critique des Projets sur le Traumatisme Psychosocial

Derek Summerfield*

Table des Matières

	Page
Sommaire	
1. Une Epidémiologie des Conflits Contemporains	1
1.1 Vue d'ensemble	1
2. L'Expérience Collective de la Guerre et ses Aspects Socio-culturels	6
3. L'Evolution Sociale d'Evénements Traumatiques : la Montée d'un Idiome Psychologique Dominant au sein de la Culture Occidentale	12
4. Une Analyse Critique des Projets sur le Traumatisme Psychosocial pour les Populations Touchées par la Guerre	14
4.1 Introduction	14
4.2 Un compte rendu des concepts et hypothèses soutenant les activités afférentes au traumatisme	17
4.3 Evaluation	31

* Derek Summerfield est expert-conseil auprès d'Oxfam et attaché de recherche au Programme des études sur les réfugiés à l'Université d'Oxford. Il est psychiatre auprès de la Fondation médicale pour les soins des victimes de la torture (*Medical Foundation for the Care of Victims of Torture*) et maître de conférence honoraire dans le Service de psychiatrie communautaire, St George's Hospital Medical School, Londres.

5.	Principes Fondamentaux pour les Interventions	32
5.1	Les relations avec les utilisateurs	35
5.2	Réhabilitation/développement social	36
5.3	Les droits et la justice	40
5.4	Questions afférentes à l'éducation et à la formation	42
5.5	La question du ciblage	43
6.	Quelques Questions de Recherche	45
	Références	47
	Sigles	53

Sommaire

En raison des formes actuelles des violents conflits dans le monde, plus de 90 % de l'ensemble des victimes sont des civils et l'exercice de la terreur sur des populations entières est un moyen de garder une emprise sociale sur elles. Les victimes doivent également endurer la destruction délibérée de leurs environnements économiques, sociaux et culturels. La manière d'interpréter ces événements est essentielle pour comprendre la façon dont les populations touchées par la guerre les vivent et les décrivent, et comment elles font alors face à ces situations et se procurent de l'aide. Ces situations sont complexes et évolutives et les résultats dépendent des forces sociales, culturelles et politiques existantes.

L'importance accordée aux projets psychosociaux s'inspirant des modèles de traumatisme occidentaux s'est fort accrue ces dernières années et ce rapport présente une analyse critique de ces activités en prenant pour exemples la Bosnie et le Rwanda. La détresse et la souffrance inhérente à la guerre sont susceptibles d'être redéfinies comme étant un état psychologique - une "traumatisation" - pour lequel une attention et un traitement professionnels sont nécessaires. Pour la grande majorité des personnes affectées, la "traumatisation" est une pseudo-condition. Une telle démarche plutôt étroite risque donc de placer certaines personnes dans le rôle de malade et de négliger l'intégration des choix, traditions et compétences des populations affectées dans les stratégies de survie novatrices. Cette démarche exagère également le rôle des experts occidentaux et de leur technologie en matière de santé mentale, qui est censé convenir à toutes situations.

Outre une base solide de connaissances concernant les caractéristiques des conflits contemporains, le personnel international pour l'aide d'urgence doit être aussi informé que possible de l'ampleur sociale, culturelle et historique de l'impact de ces conflits sur le site pour lequel un projet a spécifiquement été assigné. Une condition fondamentale à la réussite des interventions repose sur la qualité des relations édifiées avec ceux que nous désirons aider. En partant de ce principe, on peut envisager des projets qui tiendraient compte des priorités des personnes directement concernées, ne mettraient pas en question leurs propres contextes et interprétations culturels et, espérons-le, seraient aussi capables de faire face à l'évolution des circonstances et des choix.

Le souci dominant concerne le rôle d'un milieu social qui, bien qu'immanquablement ciblé en période de conflit, tient compte du fait que les populations de survivants sont à même de prendre en charge leurs souffrances, de s'adapter et de se rétablir. L'action doit donc se concentrer sur la collectivité et non sur l'individu. Le terme "psycho" des activités psychosociales prête à confusion et devrait être éliminé. On devrait se concentrer sur les principes de développement/réhabilitation social auxquels peuvent venir s'ajouter les autres aspects rejetés par les calamités provoquées par l'homme plutôt que par la nature. Il s'agit donc, en particulier, d'adopter une approche globale qui ramène la question des droits et du désir de justice des victimes au centre des débats.

L'Impact de la Guerre et des Atrocités sur les Populations Civiles : Principes Fondamentaux pour les Interventions des ONG et une Analyse Critique des Projets sur le Traumatisme Psychosocial

1. Une Epidémiologie des Conflits Contemporains

1.1 Vue d'ensemble

Actuellement, au moins 50 conflits armés se déroulent en moyenne dans les pays en développement au cours d'une année. La torture est couramment pratiquée dans plus de 90 pays. 5 % des victimes de la Première Guerre mondiale étaient des civils, 50 % lors de la Deuxième Guerre mondiale, 80 % lors de la guerre des Etats-Unis au Vietnam et plus de 90 % actuellement (UNICEF, 1986). Dans sa publication intitulée "L'état des enfants dans le monde 1996", l'UNICEF explique qu'au cours des 10 dernières années, 2 millions d'enfants sont morts dans une guerre, entre 4 et 5 millions d'autres enfants ont été blessés ou handicapés, 12 millions sont sans logis et 1 million sont orphelins ou séparés de leurs parents. A présent, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) compte que 18 millions de réfugiés ont fui de l'autre côté d'une frontière, soit six fois plus qu'en 1970 ; autant sont des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et souvent tout aussi démunies. Ceci représente une personne sur 125 de la population mondiale. 90 % de tous les réfugiés de guerre se trouvent dans les pays en développement, bon nombre d'entre eux parmi les plus pauvres du monde. Entre 2,5 et 5 % de la population de réfugiés sont des enfants seuls.

Un facteur-clé de la violence politique contemporaine est la création d'états de terreur visant à pénétrer toute l'étoffe des relations sociales au niveau de la communauté, ainsi que la vie mentale individuelle, comme moyen de contrôle social. C'est à ces fins que la majorité des actes de torture et de violence envers les populations civiles sont dirigés, plutôt que dans le but d'obtenir des renseignements. Les corps mutilés de ceux qui sont kidnappés par les agents de sécurité, puis abandonnés sur un lieu public, renforcent une scène politique destinée à stupéfier toute une société. Non seulement ne reconnaît-on guère la distinction entre les

combattants et les civils, et l'obligation d'épargner les femmes, les enfants et les personnes âgées, mais il se peut que les institutions et le mode de vie appréciés par toute une population soient ciblés. Tristement, il ne fait aucun doute que ces stratégies sont fort efficaces. Le Mozambique en fournit l'exemple pour les années 80 : les guérillas Renamo organisées par l'Afrique du Sud blanche, ont assassiné environ 150.000 paysans de sang-froid, en ont déplacé trois autres millions et ont laissé l'étoffe sociale de grandes régions du pays en lambeaux. De plus, dans de nombreuses situations, l'écart entre la violence politique et la violence criminelle ne cesse de diminuer, les forces de sécurité étant impliquées de manière effrénée dans des activités lucratives excessives, le commerce au noir et l'extorsion.

Les femmes dans la guerre

Les abus sexuels constituent une facette endémique des conflits violents, mais ils ne sont guère perceptibles (Swiss & Giller, 1993). Pendant la Deuxième Guerre mondiale, le cas désespéré de 200.000 femmes du Sud-est asiatique qui ont été kidnappées pour satisfaire 20 à 30 fois par jour les besoins sexuels des soldats japonais, n'a que récemment été mis en lumière dans les pays occidentaux. 80 % de ces "femmes de réconfort" étaient coréennes. En 1971, pendant neuf mois après que le Bangladesh ait déclaré son indépendance vis-à-vis du Pakistan et l'entrée des troupes pakistanaises pour réprimer la rébellion, des estimations fiables révèlent qu'entre 200.000 et 400.000 femmes bangladaises, dont 80 % étaient musulmanes, furent violées par les soldats (Makiya, 1993). Au Mozambique et ailleurs, des femmes ont été kidnappées et sont littéralement devenues des esclaves en très grands nombres. En Iran, des jeunes filles détenues et exécutées pour des motifs politiques ont tout d'abord été violées, leur supprimant ainsi le droit accordé aux femmes vierges d'aller tout droit au paradis (Groupe parlementaire pour les droits de l'homme, 1994). Des femmes cambodgiennes et somaliennes ont subi des abus sexuels avant et pendant leur fuite, et dans les camps de réfugiés en Thaïlande et au Kenya parfois par les responsables des camps ou par la police locale. En Inde, les femmes qui sont organisatrices des communautés et celles chargées des droits de l'homme ont les plus gros risques d'être violées. En Iraq, sous le régime de Saddam

Hussein, des violeurs licenciés sont employés comme fonctionnaires par l'Etat et il est signalé que de nombreuses prisons ont des salles spécifiquement équipées pour le viol. Dans la culture arabe/islamique, l'honneur d'une famille est placé dans le corps des femmes de leur milieu familial, dans leur virginité, les vêtements qu'elles portent et la modestie de leur comportement. Plus récemment, il y eut les viols systématiques des femmes musulmanes de Bosnie par la milice serbe, longuement reportés dans la presse. Le fait que peu de victimes signalent avoir été violées est probablement courant dans le monde entier en raison des stigmates que ceci implique.

Le rôle de la femme pendant une guerre est presque exclusivement associé à celui de victime. On a donc tendance à ignorer combien les femmes ont contribué de manière importante aux luttes politiques dans les pays comme l'Erythrée, l'Ethiopie et le Nicaragua. D'autre part, le génocide au Rwanda en 1994 a révélé que des femmes - les femmes éduquées comme les paysannes - ont joué un rôle plus lugubre, en étant coupables de génocide (African Rights, 1995).

Attaques contre le personnel et les services médicaux

Les violations de la neutralité de la profession médicale sont un phénomène qui se reproduit dans le monde entier et découlent, comme on peut s'en douter, de la manière dont une guerre contemporaine est fondée et dont elle se déroule. Au Nicaragua, la destruction des dispensaires de campagne et la prise du personnel pour cible par les Contras avaient pour but de démontrer que le gouvernement central ne pouvait pas protéger ce qui avait de la valeur pour ses citoyens. 300.000 personnes (soit 15 % de la population rurale) se sont retrouvées sans soins médicaux (Garfield & Williams, 1989). De nombreux membres du personnel médical ont été obligés d'assumer leurs fonctions clandestinement dans la campagne, en enterrant leur matériel et leurs médicaments la nuit. Les soins médicaux primaires n'ont donc pu donner les résultats attendus comme, par exemple, les immunisations qui doivent être annoncées d'avance. A El Salvador, l'exécution extra-judiciaire ou la "disparition" de plus de 20 spécialistes de la santé au cours du premier semestre de

1980 a marqué le début de ce qui devait durer presque toute la décennie. Des soldats ont fait des incursions dans les hôpitaux et des chirurgiens ont été assassinés en cours d'opération car on les soupçonnait d'être disposés à soigner les éléments "subversifs". Les autorités militaires considéraient que la pratique de la médecine ou des soins communautaires dans les zones rurales était liée à la subversion, car le personnel médical représentait une source de conseils et de soutien pour la population rurale. Les corps de membres du personnel médical ont été abandonnés de façon à être découverts dans un état de mutilation - décapités, castrés ou portant les initiales "EM" (escadron de la mort, en espagnol) qui avaient été inscrites au couteau dans la chair des victimes. De telles atrocités devaient manifestement servir d'exemples en vue de semer la terreur. Au Mozambique, 1113 centres de soins primaires, soit 48 % de la totalité dans le pays, ont été détruits et pillés, privant ainsi deux millions de personnes de soins quelconques. Des mines furent posées autour des hôpitaux et lors du massacre de 494 personnes à Homoine en 1987, des femmes enceintes furent tuées à la baïonnette dans le service de maternité et d'autres patients furent kidnappés. 45 % des écoles primaires furent obligées de fermer. Plus récemment, des hôpitaux en Croatie et en Bosnie ont à maintes reprises subi des attaques au mortier par les forces serbes et des patients ont été tués ; à Vukovar, 261 membres du personnel et patients ont été enlevés pour être exécutés. Dans les Territoires occupés, l'armée israélienne a tiré dans les hôpitaux et appréhendé des patients, a refusé de permettre que des Palestiniens gravement malades soient admis dans les hôpitaux pendant les couvre-feux, a attaqué, détenu et torturé des membres du personnel médical et fait obstacle à la livraison de médicaments vitaux (Physicians for Human Rights, 1993). L'Office de secours et de travaux des Nations Unies (UNRWA) a signalé que pour la seule période de 1990, des soldats israéliens sont entrés de force 159 fois dans les cliniques et hôpitaux de l'organisation. A Najaf en Iraq, en 1991, des troupes de l'armée ont attenté à la pudeur de femmes médecins de l'Hôpital Saddam, ont assassiné des patients au couteau ou les ont jetés par la fenêtre. D'autres médecins ont été exécutés en public par des pelotons d'exécution.

Même les opérations de maintien de la paix ne sont pas à l'abri de commettre des

violations de la Convention de Genève concernant la neutralité des services médicaux. Le 17 mars 1993, les forces des Nations Unies en Somalie, en poursuivant le chef militaire, Général Aideed, ont délibérément attaqué l'hôpital Digfa à Mogadiscio. Neuf patients ont été tués et du matériel et des fournitures difficilement remplaçables ont été considérablement endommagés. L'hôpital a été évacué immédiatement et des centaines de patients ont été déversés dans les rues de la ville déchirée par la guerre ; on ne sait combien de personnes sont mortes en conséquence.

Attaques contre la culture et l'ethnicité

Un autre aspect-clé dynamique et significatif est la destruction des institutions sociales et culturelles qui relient un peuple à son passé, son identité et aux valeurs de leur vie. Le rapport de Middle East Watch et al (1993) indique que la campagne du gouvernement iraquien contre la population kurde pendant les années 80 constitue un génocide en vertu de la définition donnée par la Convention de Genève de 1951. Lors de cette campagne, des gaz toxiques ont été employés - un mélange de gaz moutarde et de gaz neuroplégique - et répandus par avion, le cas le plus notoire étant sur la ville de Halabja en 1988 où 5000 civils ont été tués. En tout, 182.000 Kurdes irakiens ont disparu lors de ramassages en masse du style nazi en Allemagne ou stalinien en Russie : la majorité d'entre eux sont estimés être morts. Leurs villages dont chaque immeuble a été rasé par les explosions ont cessé d'exister. Depuis leur invasion en 1977, il est estimé que les autorités indonésiennes ont assassiné 200.000 Timorais orientaux, appartenant à une ethnie distincte. Il s'agit là de près d'un tiers de la population. Sous le régime Pol Pot au Cambodge, entre 1,5 et 3 millions de personnes ont été assassinées, soit entre 20 et 40 % de la population, en 4 ans seulement à compter de 1975. Dans un pays profondément religieux, les moines bouddhistes ont été sélectionnés pour être exécutés et plus de 90 % sont morts. Le même sort était réservé à quiconque parlait français ou encore à ceux qui portaient des lunettes. Ces caractéristiques étaient considérées comme des symboles d'éducation et de modernisme. Au Guatemala, 440 villages indiens ont été rayés de la carte pendant les années 80. D'après les populations victimes de

ces représailles, il s'agissait là, en partie, d'une vieille offensive de 500 ans contre leur culture maya. Les Serbes n'ont pas inventé la purification ethnique. Au moins 1,5 million de personnes sont mortes au cours de la guerre civile soudanaise des années 80 ; de grands massacres de la population civile de Dinka commis à plusieurs reprises n'ont guère été signalés au monde extérieur.

En Turquie, la culture et la langue kurdes ont depuis longtemps été réprimées et les enfants doivent parler le turc à l'école. Cette persécution a soulevé de violentes révoltes de la part des activistes kurdes. En Afrique du Sud, ce sont les protestations contre l'afrikaans comme langue d'éducation, considérée comme la langue de l'opresseur, qui ont déclenché les émeutes à Soweto en 1976 au cours desquelles environ 500 enfants noirs ont été fusillés par les autorités. En Iraq, Saddam Hussein lança une attaque écrasante contre la vie culturelle et religieuse chiite au début de 1991. En quelques semaines, quelque 5000 spécialistes et étudiants en religion ont été appréhendés dans la seule ville de Najaf et toutes les écoles religieuses ont été fermées. Un grand nombre d'entre eux ont été exécutés. Les mosquées et leurs anciens cimetières ont été rasés, la Coupole d'or du Tombeau d'Ali a été touchée par les coups de feu de l'artillerie et tout a été détruit à l'intérieur. L'offensive culturelle contre les lieux saints, les séminaires et les bibliothèques s'est poursuivie bien après que les combats dans les villes aient cessé. Il est possible que l'ampleur et l'aspect organisé de cette attaque aient mis fin à une vieille coutume de 1000 ans d'étude et de savoir religieux, sans pouvoir en prédire les conséquences futures (Makiya, 1993). En Bosnie, des centaines de mosquées ont délibérément été détruites par la milice serbe et parmi ses prisonniers, ceux qui avaient une éducation ont été sélectionnés pour être exécutés. Il en a été de même au Rwanda. Lorsque l'armée a repris le pouvoir en Argentine, en 1976, les attaques lancées contre le secteur professionnel progressiste ont consisté entre autres à brûler des livres de l'université, ceux de Freud comme ceux de Marx.

2. L'Expérience Collective de la Guerre et ses Aspects Socio-culturels

La souffrance est au centre de l'ordre social et, dans ce contexte, est "normale". Les conflits violents font partie de l'expérience et de la mémoire sociales (Davis, 1992). Nous ne devons pas assumer que les contraintes de la guerre sont nécessairement entrecoupées par celles qui résultent d'autres causes de déstabilisation sociale, dont la pauvreté endémique. Ceci dit, un groupe social se trouve dans une situation difficile s'il estime que ce qui lui est arrivé est incompréhensible et que les moyens traditionnels de faire face à une crise sont inutiles. Ce qui n'a pas de sens donne le sentiment aux populations qu'elles sont sans recours et incertaines de ce qu'elles doivent faire. Les formes culturelles et sociales sont fréquemment en jeu et définissent pour un peuple le monde connu et ses valeurs. Aucune manière de porter le deuil pour avoir perdu un mode de vie n'est définie socialement. Lorsque toutes les structures importantes sont ciblées - les organisations communautaires, les syndicats, les institutions sanitaires et éducationnelles, une autorité religieuse - l'étoffe sociale n'est plus capable d'assumer son rôle coutumier. La souffrance doit fréquemment être supportée dans des circonstances où la socialisation, le deuil géré socialement et l'adaptation sont difficiles ou impossibles.

Les débats des pays occidentaux portant sur les expériences comme la torture ou le viol se sont concentrés sur les effets psychologiques de ce qui est considéré comme une violation totale de l'intégrité et de l'identité des individus. Cette approche est conforme à l'opinion que se font les pays occidentaux de l'individu en tant qu'unité fondamentale - et autonome - de la société, et que notre caractère psychologique est plus proche de notre nature que le sont nos caractères social et religieux. Mais les personnes qui ne sont pas occidentales ont des notions différentes du moi par rapport à autrui et elles accordent généralement plus d'importance au maintien de relations harmonieuses au sein d'une famille et de la communauté qu'aux pensées, émotions et aspirations de chaque individu. Sur le plan culturel, la priorité est donnée à la dépendance et l'interdépendance plutôt qu'à l'autonomie et l'individualisation, deux critères sur lesquels de nombreuses idées occidentales sur les lésions mentales sont fondées. Lorsque les conflits consistent aussi couramment à terroriser et à détruire des communautés entières, il est probable que même ceux qui survivent des atrocités personnelles pensent que leurs blessures sont sociales

plutôt que psychologiques. Comme l'a écrit le psychologue Martin-Baro (1990) à propos de son propre pays, ce ne sont pas que les Salvadoriens qui ont été traumatisés par l'expérience, mais la société salvadorienne.

L'interruption du cycle traditionnel de l'élevage résultant de la guerre civile soudanaise a occasionné une rupture sociale du mode de vie des éleveurs du sud. Le bétail leur est très précieux comme il constitue une forme de monnaie non seulement pour le commerce mais aussi pour les rites et les désaccords. Les mariages entre ethnies ne peuvent plus être arrangés du fait de la dislocation et du manque de bétail (la seule dot traditionnelle) et les femmes se tournent vers la prostitution dans les villes, phénomène qui ne s'était jamais produit auparavant. En raison des tueries et viols endémiques dans la campagne, les conditions de sécurité sont devenues des facteurs déterminants primaires du comportement social, au point que les familles dont les enfants sont bruyants sont expulsées. La moitié de cette population a été obligée d'abandonner les villages qu'elle considère comme lieux ancestraux, en quête d'une sécurité précaire dans les agglomérations où leurs compétences traditionnelles n'ont aucune valeur. Une étude sur les jeunes déplacés à Juba a montré l'isolation culturelle qui s'ensuit et la perte de leur identité sociale ; aucun d'entre eux n'a pu faire le récit de l'histoire de leur clan et bon nombre d'entre eux ne connaissaient même pas le nom de leurs grand-parents ou du village d'où provenait leur clan. Aucun ne put nommer une cérémonie sociale traditionnelle (Panos Institute, 1988).

De nombreuses communautés ciblées doivent lutter contre une guerre qui repose sur la psychologie de la terreur, en vertu de laquelle le seul espoir de survivre est de garder le silence. A El Salvador ou au Guatemala, la terreur avait pour but d'être ressentie mais pas d'être nommée. Le fait de lui accorder une voix, de raconter ce qui s'était produit, de nommer les victimes ou même d'y être apparenté, était considéré comme subversif et susceptible d'en déclencher d'autres. Il était même dangereux au public de prononcer des mots tels que "santé" ou "organisation" car les autorités militaires les considéraient comme des mots codés pour la résistance. Les concepts d'innocence et de culpabilité perdent leur caractère distinct, personne

ne peut avec réalisme se sentir en sécurité et il devient difficile d'entretenir des hypothèses sur un monde raisonnablement prévisible en fonction duquel une vie projetée de façon rationnelle dépend (Zur, 1995). A El Salvador, la mémoire collective du massacre de 30.000 agriculteurs en 1932 a réussi à supprimer même les différences d'opinion orales pendant plus d'une génération : même encore en 1978, lorsque les agriculteurs ont commencé à parler de leurs griefs sociaux, d'autres mentionnèrent une fois de plus 1932. Ces forces ne permettent aucunement de porter le deuil correctement et d'honorer les personnes assassinées et disparues, renforcent le sentiment d'isolation et de méfiance de chacun, et font obstacle aux formes d'organisation adoptées depuis longtemps par la société maya, comme le récit d'histoires, qui représente pour eux une ressource psychologique traditionnelle. Au Mozambique, de toute évidence, le terrorisme Renamo avait pour but d'inculquer une crainte aux populations les empêchant ainsi de poursuivre leurs activités, en conjurant une vision d'inhumanité et de dévotion maniaque à l'imposition de la souffrance qui les place au-delà de toute compréhension, hors du domaine des êtres sociaux et donc au-delà de la surveillance ou même de la résistance sociale (Wilson, 1992). Les survivants en fuite sont hantés par les esprits de leurs parents décédés pour lesquels les rites d'enterrement traditionnels prescrits n'ont pas été célébrés (Harell-Bond & Wilson, 1990).

La culture est donc influencée par la guerre et y est aussi intégrée. Au Mozambique, les guérillas Renamo et les forces du gouvernement ont cherché à intensifier l'impact de leurs actions militaires en y intégrant des sources traditionnelles de pouvoir rituel - les esprits des ancêtres et les mythes de l'invincibilité de l'homme, y compris des cérémonies conférant une "vaccination" contre les balles. Les petits agriculteurs firent la même chose pour renforcer leur aptitude à résister la violence Renamo. C'est ainsi qu'une guerre poussée par les politiques de déstabilisation d'origine sud-africaine a été imprégnée par les interprétations locales et les opinions mondiales et est devenue, en partie, une "guerre des esprits". Il se peut que cette vivification spirituelle et autres tendances culturelles survivent la guerre et on n'en connaît pas encore les effets sur l'ordre social. Malgré l'affrontement que les Mayas guatémaltèques ont subi dans leur mode de vie, leur cosmologie en a été fortifiée.

Nombreux sont ceux qui, en raison des bouleversements dans leur vie, ont trouvé refuge dans les vieilles traditions, le chamanisme et les divinités. Des communautés qui ont pris la fuite se sont adressées aux esprits des montagnes pour obtenir le droit de traverser leur domaine et pour qu'ils jouent un rôle d'ange gardien. Simultanément, un intérêt marqué a été exprimé par les organismes au niveau local en exil, conscients de la situation politique, ainsi qu'une prédisposition à écrire, parler et faire campagne en public sans se défaire de l'ensemble des idées de la culture maya (Wearne, 1994). Les conséquences de la guerre en Ouganda ont occasionné une diminution du pouvoir et de la sagesse des doyens traditionnels. L'expérience des réfugiés a ébranlé leur influence car ils n'ont pas été en mesure de négocier le paiement des biens dotaux comme par le passé. Des hommes sans importance sur le plan rituel ont également été nommés chefs de gouvernement. L'une des raisons pour laquelle les causes d'affliction présentées par les doyens ont été moins prises au sérieux est que l'intervention des ancêtres, pour qui il y avait des interlocuteurs, n'était plus considérée comme étant le problème. Les ancêtres n'auraient tout de même pas laissé leur peuple souffrir autant, si longtemps, être témoin de ces atrocités et de la mort de ses enfants. Les ancêtres provoquaient la souffrance pour des raisons morales, mais dans ce cas-ci, des forces pernicieuses intervenaient certainement. Il s'agissait donc de sorcellerie, sous la forme de jeunes femmes que l'on imaginait possédées par des esprits sauvages et nouveaux qui incluaient les fantômes de ceux qui avaient été massacrés et qu'on avait laissés pourrir dans la brousse plutôt que de les enterrer de manière ordonnée. La tuerie de sorcières peut être interprétée comme le besoin social fondamental de donner un sens à la souffrance, d'imposer une responsabilité sociale et l'émergence d'un mode soutenable d'ordre communautaire (Allen, 1995).

Même les concepts généralement jugés relativement immuables, comme l'identité ethnique, peuvent avoir des aspects changeants que les conflits peuvent spécifiquement influencer. L'éveil collectif d'une crise politique au sein d'une société où l'opportunité de l'un est le danger d'un autre, peut causer des tendances et polarisations rapides qui confondent ce qui s'est passé auparavant. A l'époque de l'ex-Yougoslavie, les citoyens de ce pays n'avaient pas constamment à l'esprit que

leur identité se résumait à être “Serbe”, “Croate” ou “Bosnien musulman”. Ils avaient d’autres identités en fonction de leur activité professionnelle ou de leur affiliation politique ou d’un autre rôle, qui avaient plus d’importance dans la vie quotidienne que l’ethnicité. Un homme pouvait s’estimer être “menuisier” ou “communiste” autant que “Croate catholique”. C’est pourtant cette dernière identité qu’il se vit porter après le commencement de la guerre civile, qu’il le veuille ou non.

Les crises violentes constituent des défis pour certains, même s’ils s’attendent à souffrir. Les enfants aussi ne sont pas seulement des victimes “innocentes” et passives, mais également des citoyens actifs ayant des valeurs et des causes. A Gaza, un fort sens d’identité lié à leurs aspirations à une nation palestinienne semble offrir une protection psychologique aux enfants qui font face à de très grandes violences de la part de l’armée israélienne. Plus ils ont été soumis à une fermeté politique, plus ils ont déployé de moyens actifs et courageux pour y faire face (Punamaki & Suleiman, 1990). Ce n’est pas pour autant qu’ils ne ressentent pas de crainte ou de chagrin, qu’ils n’avaient pas de cauchemars et d’incontinence nocturne. Des observations analogues ont été faites en Afrique du Sud à propos des jeunes activistes noirs (Dawes, 1990). Au Nicaragua, des jeunes hommes mutilés par la guerre ont été réconfortés à l’idée qu’ils avaient fait un sacrifice utile pour les valeurs sociales en jeu dans la guerre, et la société dans laquelle ils vivaient les reconnaissaient en tant que tels. Mais de telles convictions, et la force qu’un peuple en retire en cas d’adversité, peuvent changer selon les circonstances : certains parmi ces mêmes hommes avaient été suffisamment déçus par la suite les événements après-guerre pour abandonner toute notion d’avoir souffert pour une bonne cause. Ils craignent, à présent, que tout ait été en vain et pour la seconde fois ils doivent s’adapter, différemment, à leur handicap physique et autres pertes. En revanche, pour le chagrin d’une mère dont l’enfant de 12 ans a été tué dans les rues de Soweto par un agent de police sud-africain, il lui importe que la cause de son enfant ait des conséquences positives dans une société plus égalitaire, et si le public reconnaît le prix de cette lutte. Pour ceux qui ont souffert, l’entérinement de cette lutte par la société est un sujet-clé.

3. L'Evolution Sociale d'Evénements Traumatiques : la Montée d'un Idioms Psychologique Dominant au sein de la Culture Occidentale

L'une des caractéristiques de la culture du 20ème siècle - en particulier ces cinquante dernières années - a été la montée spectaculaire du pouvoir des interprétations médicales et psychologiques pour le monde qui nous entoure, pouvoir qui était autrefois dominé par la religion. Ces interprétations font maintenant partie des convictions partagées de la culture occidentale contemporaine et sont acceptées comme naturelles et évidentes. Les expressions comme le "stress", le "traumatisme" et la "peur émotionnelle" font partie du vocabulaire courant d'un grand public sensibilisé sur la psychologie, ce qui dénote souvent que les personnes concernées ont besoin d'une aide professionnelle. Les services d'assistance psychosociale ont atteint presque tous les recoins de la vie.

Bien des personnes pensent actuellement que le fait d'être soumis, par exemple, à un viol ou autre violence criminelle, à des abus sexuels en tant qu'enfant ou même constamment à des tyrannies à l'école, peut avoir des conséquences psychologiques persistantes ou tout au long de la vie. Il paraît donc impensable que la torture ou les atrocités n'ait pas les mêmes effets, ou davantage, sur presque tous ceux qui y ont été soumis. Un domaine où le traumatisme est en expansion rapide a, par l'intermédiaire des médias, familiarisé le grand public avec le rôle qu'il occupe dans le cadre de la réponse habituelle à des événements où des horreurs et des pertes de vies se sont produites. Des équipes de psychiatres et de psychologues sont mobilisées après des accidents de chemins de fer ou d'avion ; dans certaines villes américaines, les agents de police sont obligés de se présenter pour une "entrevue après un incident critique" lorsqu'une fusillade a eu lieu, et en Grande-Bretagne, des équipes de conseillers psychosociaux arrivent presque instantanément et comme de routine dans les écoles où un élève ou un professeur est décédé d'une mort violente.

On remarque les mêmes tendances à l'étranger. Foster & Skinner (1990) décrivent

la manière dont d'anciens détenus politiques en Afrique du Sud ont encadré leurs récits en fonction de sujets qui importent à leur vocation et à leurs valeurs - bibliques, juridiques, politiques, humanitaires. Mais dans des comptes rendus plus récents, le langage des effets psychologiques est employé, indiquant la façon dont le débat sur le traumatisme dans les pays occidentaux influence et régleme les expériences de violence. Nous aborderons dans la section suivante les implications de cette tendance pour la manière dont le coût en vies humaines de la guerre et des atrocités dans le monde entier sont interprétés.

Le diagnostic médical de “névrose traumatique” est un facteur-clé dans ce cas.

Encadré 1

La névrose traumatique

Succédant aux expressions antérieures de “psychose traumatique”, “syndrome des camps de concentration” et de “névrose de guerre”, la névrose traumatique a officiellement été classée vers 1980 et appliquée à de nombreux anciens combattants américains de la guerre du Vietnam. Les critères permettant d'établir un diagnostic de névrose traumatique peuvent être répartis en trois groupes : susceptibilité de revivre certains aspects de l'expérience originale (dans le sommeil ou pendant la journée) ; l'évasion de faits ou circonstances rappelant cette expérience (ou un manque d'intérêt en général) ; et un éveil accru du système nerveux (qui se manifeste sous forme d'insomnie, d'irritabilité, de concentration médiocre, d'un état de vigilance excessif, de sursauts, etc.).

A l'origine, la névrose traumatique devait s'appliquer uniquement dans les circonstances faisant suite à des événements tout à fait hors du commun - catastrophes quelconques - inhabituels dans la vie d'un homme.

Mais, conformément aux tendances évoquées plus haut, elle s'applique également à présent à des circonstances nuisibles plus quotidiennes, comme un accident de voiture ou la mort d'un fœtus lors d'un accouchement.

Etant donné que dans la société occidentale le pouvoir de légitimer la maladie relève

en grande partie des médecins, la névrose traumatique attestée par un médecin a apporté sa contribution au secteur des compensations. Récemment, l'éditorial du *Journal of the American Medical Association* (1995) faisait remarquer avec une ironie désabusée qu'il était rare de trouver un diagnostic psychiatrique approuvé de tous, mais que la névrose traumatique en était un. Il serait regrettable que la névrose traumatique soit acceptée comme un indice, disons, pour la torture antérieure, non seulement parce que c'est d'une absurdité simpliste, mais parce que certaines victimes craindraient que si elles n'obtenaient pas ce diagnostic, on pourrait penser qu'elles n'avaient pas été torturées comme elles l'affirmaient. De la même manière, les soldats croates récemment démobilisés ne peuvent obtenir une pension de guerre sans que la névrose traumatique ait été diagnostiquée. Ceci pose un dilemme aux psychiatres croates car ils savent que ces hommes n'ont aucune chance de trouver du travail.

4. Une Analyse Critique des Projets sur le Traumatisme Psychosocial pour les Populations Touchées par la Guerre

4.1 Introduction

On ne peut placer exactement dans le temps le moment où la "découverte" du "traumatisme de la guerre" ou la "névrose traumatique" est devenue une question humanitaire internationale, mais elle est récente. Elle marque l'entrée importante du spécialiste de la santé mentale dans les pays occidentaux - en qualité de consultant, moniteur, médecin - dans une nouvelle ère d'opérations naissante, ayant été entendu que des retombées psychologiques de la guerre existaient pour des populations entières et que ce sujet devait être spécifiquement abordé. Les projets ont été introduits sous le terme général de "psychosocial" ou plus spécifiquement désignés des activités portant sur le "traumatisme", devenant rapidement attirants et même à la mode pour les bailleurs de fonds occidentaux.

Dès le début, certaines affirmations et suppositions extravagantes ont encouragé

L'idée que la guerre était une sorte d'urgence en matière de santé mentale. La presse a cité à maintes reprises que la névrose traumatique était une "épidémie cachée", suggérant une entité aussi réelle et concrète qu'un agent infectieux et aussi capable d'occasionner des maladies sur une grande échelle. Il ne s'agissait donc pas d'un phénomène qui disparaîtrait ou qui se résoudrait spontanément. Parmi ceux à qui cette épidémie était "cachée" se trouvaient les personnes directement affectées ou "infectées"; certaines publications sur le traumatisme ont affirmé que le souffrant admettait rarement qu'il ou elle avait un problème. Agger et al (1995) ont estimé que 700.000 personnes en Bosnie-Herzégovine et en Croatie souffraient de traumatisme psychique aigu nécessitant des soins urgents et que dans la situation d'urgence actuelle, les spécialistes sur place pouvaient traiter moins de 1 % des cas. Ils ont également estimé que 700.000 autres personnes souffraient de traumatisme psychique moins aigu qui, en temps de paix, mériteraient de consulter un spécialiste. La même source nous prévenait que la névrose traumatique allait être le problème de santé publique le plus sérieux en ex-Yougoslavie pour la génération actuelle et suivante. L'UNICEF¹ estime que 10 millions d'enfants ont été traumatisés psychologiquement par la guerre au cours des 10 dernières années et que le traumatisme psychologique doit être à la base de leurs programmes de réhabilitation.

La guerre en Bosnie et en Croatie, plus que toute autre, a suscité l'intérêt d'un très grand nombre de projets psychologiques dans lesquels les agences multilatérales et les grands organismes d'aide et de développement sont bien représentés. Le HCR a appuyé près de 40 projets, dont des jardins d'enfants, des stages de formation professionnelle pour les adolescents, des groupes d'activités et d'entraide pour les femmes, et une assistance psychiatrique dans des centres collectifs. Il a donné priorité à l'identification et à l'évaluation en cours des groupes et individus vulnérables, citant les patients psychiatriques, les personnes âgées isolées et les handicapés en exemple. Il a également cherché à former le personnel local, dans les domaines de l'éducation, de la santé et des services sociaux. Il était estimé que ces effectifs travaillaient dans des circonstances pour lesquelles la formation qu'ils avaient reçue avant la guerre ne les avait pas préparés et qu'ils étaient eux-mêmes

1 Rapport "L'état des enfants dans le monde, 1996". UNICEF.

susceptibles d'être traumatisés.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait une Unité pour la santé mentale dans ses bureaux de la région de Zagreb, dont les objectifs consistaient à : élaborer des évaluations détaillées des besoins et des systèmes de suivi pour les activités de réhabilitation ; coordonner les activités des ONG avec les organismes intergouvernementaux et le système de la santé publique ; aborder les compétences des dispensateurs de soins de santé et élaborer des méthodes d'évaluation et de garantie de la qualité. Comme exemples spécifiques des activités de l'Unité pour la santé mentale, ils citent la réhabilitation psychologique des hommes violentés sexuellement, la provision de kits pour la santé mentale (médication psycho-active) et une assistance aux dispensateurs de soins de santé que l'on juge être particulièrement susceptibles d'être traumatisés en raison de leur travail.

En février 1995, l'Organisation humanitaire de la Communauté européenne (ECHO) a fourni un appui financier à 15 ONG internationales de six états membres de l'Union européenne pour leurs activités psychosociales. Dans le compte rendu d'un groupe d'étude de la Communauté européenne, 185 de ces projets mis en oeuvre par 117 organisations ont été observés. 68 % de ces 185 projets offraient des services désignés comme aide sociale ou développement communautaire. 63 % offraient des services psychosociaux directs et 54 % dirigeaient des groupes axés sur la psychologie, d'entraide pour la plupart. 33 % dirigeaient des services psychiatriques et 63 % avaient des programmes de formation pour le personnel, probablement sur des sujets comme celui du traumatisme dû à la guerre². Jusqu'à présent, peu d'analyses des bases conceptuelles et des pratiques d'exécution sur lesquelles reposent ces activités, ont été effectuées avec rigueur.

2 Agger et al. "Theory and Practice of Psychosocial Projects under War Conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia"(Théorie et pratique des projets psychosociaux en cas de guerre, en Bosnie-Herzégovine et en Croatie). Cet ouvrage, rédigé en majeure partie par des consultants haut placés (deux sont psychiatres) adressé au Groupe d'étude de la Communauté européenne, à l'OMS et au HCR, reproduit bon nombre, sinon la plupart, des conceptions de travail entraînant les interventions psychologiques.

L'autre exemple important que je citerai est le Rwanda, dont la guerre est sans doute la seule qui, pendant les années 90 écoulées, a rivalisé avec la Bosnie pour solliciter l'attention internationale.

4.2 Un compte rendu des concepts et hypothèses soutenant les activités afférentes au traumatisme

Implicitement ou explicitement, la majorité des projets s'inspirent de certaines ou de la totalité des hypothèses suivantes :

- i) Les expériences de la guerre et des atrocités sont si extrêmes qu'elles ne causent pas simplement de la souffrance sur une grande échelle, elles causent une "traumatisation"

La "traumatisation" est couramment employée pour dénoter un traumatisme psychologique occasionné par la guerre, mais il n'existe aucune définition consacrée de ce terme, même parmi les adeptes actifs dans ce domaine. Certaines sources semblent le sous-classer dû à son éloignement des événements qui le provoquent : dans la *traumatisation primaire*, les victimes en font directement l'expérience, comme dans le cas d'un viol, d'une torture, d'une expulsion forcée ; ceux qui souffrent de *traumatisation secondaire* sont les parents proches ou les amis de ces victimes ; la *traumatisation tertiaire* est supposée toucher ceux qui sont en contact avec les deux groupes susmentionnés, par exemple, les témoins, les voisins, les agents humanitaires et les thérapeutes. Agger et al (1995) citent deux exemples de cas qui, selon leur opinion, sont susceptibles d'être traumatisés : une femme qui est présente lorsque son mari et son fils sont kidnappés sous la menace d'un revolver, et un homme à qui l'on ampute une jambe après qu'il ait été blessé par un tireur isolé. Si l'on tient compte du caractère aléatoire et vague des définitions disponibles, il est peut-être étonnant qu'ils n'estiment le nombre de personnes affectées en Bosnie-Herzégovine et en Croatie qu'à 1,4 million, comme évoqué plus haut. Ils affirment que les 185 projets ont seulement pu aborder qu'une très faible portion de l'immensité des besoins. Des propositions de projets psychosociaux dans d'autres

régions font de même grand état du vaste nombre de populations traumatisées à aborder.

Ces notions émanent d'hypothèses formulées par les pays occidentaux que dans des circonstances très nuisibles, les populations ne peuvent manquer d'être atteintes psychologiquement. Aucune donnée empirique n'existe à l'appui de cette généralisation étroitement liée au domaine de la pathologie, qui est capable de fausser les débats sur le coût de la guerre en vies humaines, y compris ceux qui portent légitimement sur les maladies et les services de santé. La souffrance ou la détresse - observée ou imputée - est "impartialisée" et devient donc un problème technique - la "traumatisation" - pour lequel des solutions techniques sont jugées applicables. Cependant, pour la majorité des survivants, la "traumatisation" est une pseudo-condition ; la détresse ou la souffrance *n'est pas* à priori un trouble psychologique.

ii) Il existe une réponse universelle pour les situations extrêmement traumatisantes

L'attention du monde étant fixée sur le génocide qui a eu lieu entre avril et juillet 1994 au Rwanda, les agences humanitaires se sont précipitées dans la région. Peu de temps après les premières vagues de réfugiés indigents qui fuyaient les zones de massacres, un nombre étonnant d'ONG, certaines ayant peu de connaissances du pays, ont mobilisé des projets psychosociaux en vue d'aborder la traumatisation en masse. L'une de ces ONG était une organisation internationale bien connue dont le modèle - connu sous le nom de Soins psychosociaux d'urgence - avait pour objectif d'effectuer une intervention psychologique rapide qui offrirait une aide immédiate en tant que mesure préventive pour contrecarrer ultérieurement des problèmes mentaux plus graves parmi les populations touchées (voir aussi le point (vi) ci-après). Ce modèle comprenait l'apport d'une "éducation psychologique" pour la communauté de réfugiés et la production d'une brochure en 75.000 exemplaires. La traduction de cette brochure posa certaines difficultés car il n'existait pas de mot pour "stress" en kinyarwanda. Des expressions telles que "membres de famille"

causèrent aussi des problèmes car un mot spécifique s'appliquait à chaque contexte différent. Un questionnaire fut tout d'abord distribué pour évaluer les connaissances de base en matière de traumatisme, de sorte qu'après avoir distribué la brochure, le questionnaire pouvait être redistribué pour voir si les "connaissances s'étaient accrues". La question que l'on désire poser ici est : mais de quelles connaissances parlent-ils, de celles des réfugiés ou des leurs ? L'hypothèse à laquelle ils étaient arrivés était qu'il existait une réponse universelle au traumatisme et donc des connaissances standard à cet égard.

Lorsqu'on accepte qu'il existe une réponse universelle, il est facile de concevoir que les modèles et questionnaires psychologiques occidentaux peuvent la saisir en toute fiabilité dans le monde entier et que, en outre, c'est ce qui importe dans ces situations, que les victimes le perçoivent ainsi ou non. Cette conception que le traumatisme est un phénomène axé sur l'individu est conforme à la biomédecine et la psychologie occidentales traditionnelles qui considèrent l'être humain comme une unité d'étude de base. Mais les systèmes de diagnostic occidentaux, principalement conçus pour classer les maladies plutôt que les patients, posent de sérieuses difficultés lorsqu'ils sont appliqués à diverses populations de survivants non occidentaux (Bracken et al, 1995 ; Mollica et al, 1992). Les limitations que comporte l'emploi des listes de vérification sur la névrose traumatique et d'autres questionnaires psychologiques dans ces situations en sont la preuve.

Pour citer un exemple, une ONG internationale opérant au Rwanda et dans les camps de réfugiés voisins m'a envoyé les résultats d'un questionnaire psychologique qu'elle avait effectué sur les Rwandais. Les personnes concernées avaient vécu les massacres de très près et avaient survécu, ce qui n'était pas le cas pour de nombreux membres de leurs familles et amis. Par comparaison, il y avait un groupe de contrôle rwandais qui se trouvait en retrait et qui n'avait pas autant été affecté par les événements. Certains n'étaient pas dans le pays à l'époque. Plusieurs caractéristiques associées dans les pays occidentaux au cas de névrose traumatique étaient courantes et semblaient prévaloir bien davantage dans les principaux groupes : ils avaient de mauvais souvenirs, un mauvais sommeil et des cauchemars, se

sentaient tristes la plupart du temps, ne pouvaient se concentrer, sursautaient facilement, et avaient des notions de suicide. Mais les éléments de ce questionnaire saisissent-ils la nature de ce que les personnes concernées ressentent à propos de ce à quoi elles ont été soumises, et reflètent-ils leurs préoccupations et aspirations actuelles ?

C'est avoir l'esprit simpliste que de considérer les victimes comme de simples récipients passifs des effets psychologiques négatifs que l'on peut juger "présents" ou "absents". Une liste de vérification des caractéristiques de l'état mental, lorsqu'elle est transposée dans un contexte de guerre, n'offre pas de distinction précise entre une détresse individuelle et de vrais troubles traumatiques. La détresse ressentie et communiquée par les victimes est en grande partie normale - même adaptative - et influencée par leurs propres interprétations et choix. On peut soutenir que le sommeil troublé et les cauchemars, qui sont des exemples caractéristiques de la névrose traumatique, reflétaient l'une des facettes d'une réponse universelle de l'être humain aux situations traumatiques, mais ceci nous mènerait-il bien loin ? Combien de victimes estiment que ceci est important ou évitable ? De plus, bien que la documentation suggère que la névrose traumatique est courante dans le monde entier, il est erroné de penser que, même si des phénomènes peuvent ordinairement être dégagés de différents contextes sociaux, ils ont la même signification dans chacun d'entre eux. C'est ce que Kleinman (1987) appelle une "erreur de classement". Pour une première personne, il se peut qu'avoir sans cesse de violents cauchemars n'ait pas d'importance, ce qu'on ne peut découvrir qu'en l'interrogeant directement ; pour une autre personne, ceci peut révéler qu'elle a besoin d'une consultation en clinique ; pour une troisième personne, il se peut que ces cauchemars représentent un message utile provenant de ses ancêtres.

Mes études sur les petits agriculteurs et les anciens combattants blessés de guerre au Nicaragua ont révélé qu'un diagnostic de névrose traumatique en lui-même ne prédit guère si la victime est à même de payer le prix psychologique de la guerre, de continuer lutter à tout prix, et n'indique pas de manière fiable si elle requiert des soins psychologiques (Summerfield and Toser, 1991 ; Hume and Summerfield,

1994). L'emploi non critique des listes de vérification sur la névrose traumatique résulte en de fortes surévaluations du nombre de patients nécessitant des soins.

Il convient de noter les réponses données à d'autres éléments du questionnaire dans l'étude sur les Rwandais citée plus haut : 51 % du groupe principal ont dit qu'ils n'étaient pas tristes la plupart du temps, 77 % exprimaient un intérêt pour des activités comme le travail et le jeu, 46 % estimaient qu'ils pouvaient faire la même chose qu'avant la guerre, 57 % estimaient que leur avenir leur semblait bon et 75 % (pourcentage remarquablement élevé vu les circonstances, pourrait-on soutenir) estimaient être capables de protéger leur famille ou de se protéger eux-mêmes. Ces réponses dépeignent une image bien plus active et plus solide que celle formée uniquement sur l'identification des caractéristiques de la névrose traumatique évoquées plus haut. On se doit de reconnaître les cas de détresse, mais aussi de se pencher sur ce que les personnes qui doivent endurer cette détresse veulent nous signaler par ce moyen. Dans l'ensemble, elles tournent leur attention non pas vers l'intérieur d'elles-mêmes, vers leur mécanisme mental, mais vers l'extérieur, vers leur milieu social. Il se peut que les spécialistes du traumatisme risquent de se pencher uniquement sur les signes qui correspondent aux hypothèses préalables qu'ils ont du caractère de "l'état-victime" et de la prééminence et de l'universalité d'une lésion psychologique.

iii) De très nombreuses victimes traumatisées par la guerre ont besoin d'une aide professionnelle

Agger et al (1995) nous préviennent qu'un diagnostic excessif et l'individualisation des problèmes sont essentiellement politiques, mais dans la phrase suivante ils nous avertissent qu'un diagnostic insuffisant peut entraîner l'apparition de troubles chroniques à longue échéance. Arcel et al (1995) estiment qu'entre 25 et 30 % des réfugiés présentent les symptômes de névrose traumatique et nécessitent l'aide de spécialistes de la santé mentale compétents. Toutefois, ces sources sous-estiment le rôle des facteurs socio-culturels et situationnels dans les développements futurs, et les limitations des méthodes psychologiques occidentales dans des contextes non

occidentaux. La névrose traumatique, qui est un diagnostic médical, est jugée être une entité clinique suffisamment robuste pour avoir une vie distincte au fil du temps que le patient n'est probablement pas en mesure d'analyser lui-même.

La priorité est donc de fournir un service au centre duquel se trouvent "l'expert" et son expertise, et la victime de guerre est reléguée au rang de consommateur-patient (Stubbs and Soroya, 1996). Il est important d'examiner si ceci peut avoir l'effet de renforcer le sentiment que la victime a de lui- ou d'elle-même d'être une victime passive plutôt qu'un survivant actif. Cette "connaissance officielle" fait forte autorité et peut donc involontairement contribuer à diminuer davantage le pouvoir des victimes à s'aider elles-mêmes. Arcel et al (1995) observent qu'ils ont dû consacrer un temps considérable à "sensibiliser" les réfugiés en matière de santé mentale, car ils étaient "trop indulgents" à propos de ce qu'ils ressentaient et ne cherchaient pas à se procurer l'aide professionnelle à leur disposition. Peut-être que ces personnes avaient d'autres problèmes en tête ou que la thérapie orale ne leur paraissait pas être un service familier et significatif. Je comprend que certains citoyens de Sarajevo aient été irrités par les activités de certains chercheurs étrangers et leurs listes de vérification sur la névrose traumatique alors qu'ils luttèrent pour survivre dans une ville en état de siège violent. Quant aux zones de guerre des pays en développement comme le Rwanda, il ne semble guère probable que ceux qui étaient affectés chercheraient spontanément à joindre des programmes sur le traumatisme psychosocial du genre de ceux qui avaient été importés et qui leur étaient offerts. La question que l'on se pose est : qui a l'autorité de déterminer le problème, et ce sont les connaissances de qui, qui sont privilégiées ? A cet égard, les réfugiés sont inéluctablement dans une position défavorable.

Certaines personnes, bien entendu une minorité, contractent des maux psychologiques bien précis ou même une vraie maladie mentale résultant des pressions du conflit et des bouleversements qui y sont liés. Dans certains cas, ces personnes auront déjà eu des problèmes psychologiques et consulté les services de santé mentale. Il est évident que ces gens-là méritent l'attention particulière de ce qui reste des services sanitaires et sociaux sur place ou, si nécessaire, des ONG.

Dans l'ensemble, les familles et les voisins en ont bien suffisamment conscience.

- iv) Les méthodes psychologiques occidentales sont applicables aux violents conflits dans le monde entier. Les victimes se remettent mieux si elles expriment ce qu'elles ressentent et parlent de leurs expériences

D'une culture à l'autre, les traditions et les opinions locales donnent naissance à une connaissance psychologique, donnent un sens aux événements et influent sur la manière dont l'aide et la guérison sont recherchées. Il existe plus qu'une description exacte du monde. Prenons une zone de guerre, le Cambodge, où les taxinomies des guérisseurs traditionnels couvrent divers domaines physiques, surnaturels et moraux et contrastent avec le raisonnement linéaire causal des médecins occidentaux. Cependant, les notions et pratiques psychologiques que les projets psychosociaux dirigés par des expatriés importent dans les contextes des pays en développement sont aussi occidentales que le Coca-Cola. La majorité des projets ont trait au devoir de reconnaître les normes et les pratiques locales, mais ce ne sont bien souvent guère plus que des paroles. Il est trop facile aux ONG d'arriver avec une analyse et un ordre du jour élaboré d'avance couvés dans des pays lointains. Le Rwanda a été un exemple particulièrement flagrant de ce mode d'action.

Boothby (1992), qui a l'expérience du Mozambique sur le terrain, soutient que les interventions fondées sur les thérapies psychanalytiques occidentales qui ont été élaborées dans des sociétés stables et affluentes, n'ont en majorité pas donné de résultats satisfaisants dans des contextes instables et pauvres et où des milieux culturels différents prédominent. Les modèles d'explication occidentaux ont tendance à localiser la source des troubles mentaux chez l'individu et de l'en rendre responsable. Les facteurs sociaux sont peut-être perçus comme ayant une influence, mais éventuellement c'est la réaction de chaque individu ou son comportement qui est jugé crucial aux développements. Toutefois, comme je l'ai illustré plus haut, la guerre est une expérience collective et ses premiers effets sur les victimes sont peut-être le fait de constater la destruction d'un milieu social englobant leur passé, leur identité et les valeurs de leur vie. Il ne s'agit pas d'une lésion "personnelle" causée

par une personne en particulier. De plus, les guerres engendrent une série de circonstances changeantes complexes. Les interprétations que leur donnent les populations touchées, ainsi que leurs comportements et priorités peuvent aussi changer au fil du temps, entraînant de nouvelles pressions et possibilités. Même si nous laissons de côté la culture, ce contexte social est tout à fait différent de celui qui s'applique, disons, après une catastrophe en Grande-Bretagne, où les survivants d'une situation bien définie peuvent se remettre dans une société intacte et disposent de toutes les ressources nécessaires. La guerre dans les pays en développement n'est pas un match de football du style "Hillsborough" ou une catastrophe comme celle du ferry *Herald of Free Enterprise* poussé à l'extrême. Il semble tout à fait absurde de penser que la guerre, dans l'esprit d'un survivant, se réduit éventuellement à une entité mentale discrète, le "traumatisme", qui peut simplement être traitée grâce à une assistance psychosociale ou une autre forme de thérapie.

Comme je l'ai décrit plus haut, on est arrivé à accepter dans la culture occidentale que les victimes de calamités devraient exprimer ce qu'elles ressentent et "parler" de ce qu'elles ont vécu. Il est estimé que cette activité, que l'on désigne parfois de "compte rendu oral psychologique", relève du domaine des psychologues et des conseillers psychosociaux plutôt que de la famille, des amis et des collègues. Certains spécialistes pensent que la guérison personnelle ne peut se faire correctement sans cet examen psychologique, de sorte que même si les victimes d'une guerre semblent bien progresser et reconstruire leurs vies, le "vrai" problème reste "caché". L'idée qu'en faisant le récit de sa propre expérience, on peut causer une "retraumatisation", à moins d'être surveillé de manière appropriée a été illustrée aux tribunaux de La Haye où l'on craignait (inutilement) que si les victimes bosniaques faisaient des dépositions, ceci pourrait leur nuire.

Tout ceci tend naturellement à reconnaître l'importance du domaine du traumatisme et de l'expertise qui s'y rapporte. Mais ces notions ne reposent jusqu'ici sur aucune donnée empirique qui laisse supposer qu'elle est valide en général. En effet, Raphael et al (1995) ont remarqué récemment que même parmi les populations occidentales aucune preuve objective n'existe qui montre l'efficacité d'un entretien

psychologique après un traumatisme, mais que ces services sont tout de même couramment institués. Nous devons être doublement prudents de ne pas faire ce genre de suppositions dans des contextes non occidentaux où la manière dont les victimes se procurent de l'aide sera influencée par des phénomènes déterminants - surnaturels, religieux et politiques - et par leur lutte physique pour survivre, deux facteurs qui doivent avoir priorité. Certains aspects seront familiers aux services de santé occidentaux, mais il n'est guère probable que l'assistance psychosociale en fasse partie. En effet, bien des cultures non occidentales n'ont guère les moyens permettant aux victimes de faire des révélations intimes en dehors du cercle familial. Les réfugiés mozambicains déclarent que l'oubli est leur moyen normatif de surmonter des difficultés antérieures ; les Ethiopiens appellent ceci "l'oubli actif".

- v) Certains groupes et individus vulnérables ont besoin d'être spécifiquement ciblés pour recevoir une assistance psychologique

Agger et al (1995) définissent de manière très large ceux qui sont "particulièrement vulnérables". Ils comprennent : a) les enfants et les adolescents qui sont orphelins, ont séjourné dans des camps de concentration, ont perdu un parent ou dont l'éducation a été interrompue par l'exode et du fait qu'ils sont devenus réfugiés ; b) les femmes qui ont été violées ou par ailleurs torturées, ont perdu leur mari, leurs enfants ou leur domicile, ou dont le mariage est mixte ; c) les hommes qui ont séjourné dans des camps de concentration, ont assisté à des atrocités ou en ont commis, ou dont le mariage est mixte ; d) les personnes âgées qui ont été terrorisées ou qui n'ont aucun soutien familial ou des services sociaux et sanitaires. Il semblerait que cette liste inclut un très fort pourcentage de l'ensemble de la population ! Une autre liste plus fiable, pourrait-on soutenir, et analogue à celle du HCR, inclut ceux qui sont devenus vulnérables après une guerre : les personnes pauvres et en marge de la société et celles qui souffrent de maladies ou d'handicaps physiques ou mentaux chroniques.

En Bosnie, le groupe au profil le plus élevé catalogué comme "vulnérable" et ciblé en conséquence concernait les femmes violées, un sujet à sensation comme bon

nombre de médias internationaux ont eu tendance à le présenter. Des projets d'assistance psychosociale pour les cas de viol ont été organisés par des ONG étrangères ou préparés pour les femmes réfugiées qui arrivaient de l'étranger. Toutes ces femmes avaient connu de multiples catastrophes et pourtant il était présumé d'avance qu'elles se considéreraient principalement comme les "victimes de viols" et que les séances psychosociales permettraient de faire une distinction utile entre cet état et ceux de "mère endeuillée", de "veuve" ou de "réfugiée". Arcel et al (1995), qui ont organisé plusieurs projets psychologiques pour les femmes en Croatie consacrent un chapitre extraordinaire à "Comment reconnaître la victime d'un viol". Acceptant le fait qu'une victime ne soit peut-être pas disposée à révéler ce qui s'est passé, ils fournissent une liste de symptômes qui, selon leur opinion, se rapportent assez spécifiquement au viol (ce qui n'est pas le cas) et sont censés aider les conseillers à cerner les victimes, afin qu'elles puissent recevoir l'assistance psychosociale jugée nécessaire. Ceci paraît fort présomptueux de leur part. Peu de rapports médicaux permettent de soutenir la conviction que le viol en soi est une cause discrète de vulnérabilité psychologique en cas de guerre, et qu'il existe une thérapie suffisamment spécifique et efficace pour justifier la nécessité de rechercher les femmes qui habituellement ne se présentent pas d'elles-mêmes. Ce à quoi les femmes aspirent reflète la façon dont elles évaluent la situation dans laquelle elles se trouvent : des femmes bhoutanaises réfugiées, ciblées pour un projet sur le viol, ont expliqué à l'une de mes collègues que leur souci principal était avant tout le manque d'école dans le camp pour leurs enfants. De plus, la stigmatisation sociale demeure un obstacle incrusté dans bien des contextes culturels ; pour l'éviter, bon nombre de femmes prennent la décision pragmatique de rester silencieuses. Parmi les premières femmes bosniaques musulmanes qui ont parlé, certaines ont estimé que les viols qu'elles avaient subis étaient un affront à leur culture et à leur identité ethnique.

L'autre groupe "vulnérable" le plus ciblé par les agences d'aide humanitaire concerne les "enfants traumatisés". Mais Richman (1993) fait remarquer que le bien-être affectif des enfants demeure raisonnablement intact tant que les parents, ou ceux qu'ils connaissent, sont avec eux et leur offrent une présence

raisonnablement rassurante et stable. S'ils perdent cette présence, le bien-être des enfants peut se détériorer rapidement et les taux de mortalité infantile augmentent. Il ne s'agit pas tant de savoir si les orphelins ou par ailleurs les enfants sans protection ont besoin d'attention, mais de s'assurer que cette attention est fournie sur le plan social plutôt que psychologique. Un groupe assez en vogue a été nommé les "enfants-soldats". Au Libéria, les inquiétudes du personnel des ONG du fait que les "enfants-soldats" n'avaient pas reçu d'assistance psychosociale, ont menacé de retarder la réunification de ces enfants avec leurs familles et leurs communautés. Toutefois, du Mozambique nous provient une preuve étonnante que, des enfants kidnappés pour servir dans les rangs Renamo et obligés à tuer, ont le potentiel de se corriger une fois qu'ils ont réintégré un milieu plus normal (Boothby, non-daté). Au Mozambique, Save the Children Fund ont soutenu que les enfants ne devraient pas être considérés comme un groupe vulnérable en soi, et ce sentiment est partagé (Gibbs, 1994).

Les modèles de traumatisme, qui sont axés sur une situation spécifique ("le viol") ou un groupe spécifique de la population ("les enfants"), font une distinction exagérée de certaines victimes par rapport à d'autres, et risquent donc de les dissocier des autres dans leur communauté et du contexte plus large de leurs expériences et du sens qu'elles leur donnent.

- vi) Les guerres représentent une situation d'urgence en matière de santé mentale : une intervention rapide peut empêcher de graves difficultés mentales de se développer, ainsi que la violence et les guerres qui s'ensuivent

Agger et al (1995) affirment que le manque d'attention portée aux questions de traumatisme "peut avoir un impact au moins sur les deux générations suivantes qui se traduirait par une augmentation massive des taux de dépendance à l'alcool et à la drogue, du nombre de suicides, des violences criminelles et ménagères, et des maladies psychiatriques. Les expériences traumatiques qui ne sont pas résolues sont susceptibles de déclencher de nouvelles haines et de nouvelles guerres". Les notions de ce genre servent parfois, par exemple, à "expliquer" la cruauté d'Israël envers

les Palestiniens, en réflexion de ce que qu'ils ont dû endurer des Nazis. Considérer la société comme une sorte d'extension de l'esprit humain individuel, et partant de ce principe, offrir des explications et des prédictions du coût de la guerre en vies humaines au cours des années et générations à venir dans le monde, est absurde et inquiétant, car même les consultants auprès de la CE, de l'OMS et du HCR présentent cette notion comme une analyse sérieuse.

Le manque de données appropriées n'empêche pas les prophéties analogues au sujet des enfants impliqués dans une guerre. Il est probable qu'on se les représentent comme étant susceptibles d'avoir des relations problématiques et d'autres difficultés d'adaptation futures, y compris la difficulté d'apprendre. Les interventions psychologiques sont jugées nécessaires s'il est souhaité que les effets cruels de la guerre ne les empêchent pas de concevoir leurs normes et valeurs sociales de façon si nuisible qu'ils en fassent ce que certains ont appelé une génération "perdue".

Le Rwanda a certainement été un cas où les ONG qui dirigeaient un "modèle psychologique d'urgence" ont été en mesure d'atteindre les réfugiés au tout début de la fin de la catastrophe. Transposons l'opération à l'époque du Holocauste des Juifs. Un projet, élaboré à distance, déployant des contextes et des pratiques conceptuels inconnus, est mobilisé à la mi-1945 en vue d'assister ceux qui viennent d'émerger vivants des camps de concentration. Les personnes chargés des projets n'ont bien souvent jamais travaillé sur ces lieux et n'en connaissent peut-être pas le passé. Le projet est financé, disons, une fois par an. Pendant cette période, il est prévu que le projet fasse appel à une expertise importée en grande partie, afin d'aborder le "traumatisme" de l'Holocauste pour les survivants, pas seulement leurs pertes personnelles, mais aussi leur notion de ce à quoi leur peuple a été soumis en tant que peuple. Ce faisant, ce projet espère empêcher l'émergence de difficultés mentales futures et réduire la probabilité que les victimes deviennent les auteurs d'actes violents et de guerres. Une telle proposition ne semblerait-elle pas énormément simpliste et présomptueuse, voire même rejeter les questions éthiques ?

vii) Les agents locaux sont submergés et peuvent eux aussi être traumatisés

On ne doute nullement les vraies pressions auxquelles fait face le personnel local, qui s'efforce de maintenir des services endommagés par la guerre et qui est aussi menacé que les autres (et, comme il est évoqué plus haut, parfois même plus menacé étant donné que le personnel sanitaire et autres spécialistes sont souvent ciblés pour être éliminés). Agger et al (1995) affirment que les enseignants, les personnels sanitaire et social et d'autres en Bosnie et en Croatie n'avaient ni la formation leur permettant de faire face à une situation de guerre. Il était donc urgent de les leur fournir. Comme je l'ai indiqué plus haut, ils estimaient que les effectifs professionnels locaux pouvaient affronter seulement 1 % des multitudes censées souffrir de traumatisme psychique. Un autre facteur justificatif présenté est que les agents locaux sont estimés être susceptibles d'être traumatisés eux-mêmes. Ils ont donc aussi besoin d'aide. Non seulement ils sont surchargés de travail et comme les autres, épuisés, mécontents, appréhensifs et dérangés dans leurs sommeil, mais ils sont aussi "traumatisés". Ces évaluations servent à exagérer le rôle, les connaissances et effectivement, la santé de l'expert étranger.

Je ne suis guère qualifié pour parler des opinions des spécialistes locaux dans cette situation, mais quelques points peuvent être exprimés. Il ne fait aucun doute que dans certaines situations ils estiment perdre leurs compétences face aux évaluations des ONG qui semblent diminuer l'importance de leur expérience, formation et connaissance locales. Ailleurs, et certainement en Bosnie, les spécialistes étaient prêts à exprimer leur rancœur et à dire que ce qu'ils désiraient étaient les ressources matérielles nécessaires afin de permettre aux services existant de continuer à fonctionner, et non une expertise importée. En Bosnie, les agents de la santé publique, les enseignants, etc. n'ont pas été payés pendant plusieurs années et ont fait remarquer que le paiement de leurs salaires était une manière d'assurer la protection des services essentiels à l'étoffe sociale endommagée par la guerre et que l'aide étrangère aurait dû donner priorité à cette opération avant de l'accorder aux multiples projets psychosociaux qui partaient de rien. Certains docteurs et autres spécialistes ont quitté leurs postes afin de travailler pour des ONG étrangères - en qualité d'interprètes, d'agents d'exécution, de conducteurs - car ils pouvaient ainsi gagner un vrai salaire en Marks allemands. Qui peut leur en vouloir, mais il ne faut

certainement pas que les opérations des ONG réduisent ou déforment involontairement ce qui reste des principaux services.

Certains spécialistes bosniaques et croates de la santé mentale, dont la formation aurait été analogue à celle de leurs homologues en Europe de l'Ouest et aux USA, ont assumé un rôle important dans les projets sur le traumatisme psychologique, et, vraisemblablement, n'ont pas eu l'impression qu'ils leur avaient été imposés. Que se passe-t-il dans d'autres situations ? Un collègue auprès de MSF m'a fait l'observation que le personnel local avait souvent tendance à surendosser la psychologie occidentale et à sous-estimer leurs propres contextes culturels. Les agents locaux ayant un rôle professionnel ont reçu, presque par définition, une formation en majorité occidentale. Ils se tournent vers les pays occidentaux en quête de la fraternité et de l'approbation des groupes de disciples, et des possibilités de publications académiques et d'enseignement supérieur. Selon leur opinion, le fait qu'ils connaissent les contextes et concepts dominants constitue une base pour leur standing et leur crédibilité professionnels. Il se peut que ceci les rapproche de leurs collègues étrangers, mais les éloigne des communautés qu'ils servent.

Pour terminer, certaines questions pragmatiques existent. Dans certaines zones de guerre désolées, les ONG sont la seule chose qui existe et les agents locaux désirent un travail à tout prix et se conforment donc à leurs méthodes et objectifs. Il se peut également qu'ils changent leur mode d'action en fonction des préférences des bailleurs de fonds : des agents en Afrique du Sud et aux Philippines m'ont expliqué que la difficulté majeure était, bien entendu, le milieu social brisé des populations qu'ils essayaient d'aider, y compris leur pauvreté et l'absence de droits, mais qu'il semblait plus facile d'obtenir des fonds des bailleurs de fonds occidentaux s'ils présentaient cette difficulté comme un "traumatisme" dont l'antidote était l'"assistance psychosociale".

Encadré 2

Réitérons que le traumatisme psychologique ne correspond pas à un traumatisme physique : les personnes n'absorbent pas passivement l'impact des forces extérieures (contrairement, disons, au cas d'une personne qui reçoit une balle dans la jambe), mais y sont impliqués de manière active et visant à résoudre le problème. La souffrance découle d'un contexte social et est résolue dans ce contexte. On ne peut la réduire à une entité biomédicale universelle. Le rôle des forces sociales est l'un des sujets du présent rapport.

4.3 Evaluation

Jusqu'à ce jour, peu d'évaluations importantes des interventions psychologiques et des activités afférentes au traumatisme ont été publiées. Les tentatives de collecte de données ont été obstruées par des difficultés méthodologiques, y compris le manque de suivi des nombreuses variables qui entrent en jeu simultanément, ou fondées sur des analogies incorrectes avec des accidents ou catastrophes naturelles spécifiques dans les pays occidentaux.

Un projet fondé sur le "traumatisme" dans son ensemble et sur l'applicabilité d'une technologie pour la santé mentale sera évalué en fonction des mêmes paramètres. Si une liste de vérification sur la névrose traumatique est censée saisir ce qui est universel et important, elle sera naturellement considérée comme un instrument valide pour évaluer les résultats et le "succès" de l'initiative. Un agent expatrié participant à un projet pour les Rwandais a fait part des difficultés qu'il y eut à recueillir des informations sur les perturbations du sommeil (l'une des caractéristiques de la névrose traumatique) alors que la population locale n'estimait pas que c'était un problème. Qu'ils répondent "oui" ou "non" n'importait guère car ce n'était tout simplement pas la bonne question et elle ne relevait rien de ce qu'ils considéraient important.

Le projet, disons, de creuser un puits pour approvisionner en eau une population de réfugiés déterminée, peut être évalué quantitativement en supposant, bien entendu, que la majorité soit d'accord sur le projet. Mais il est évident que l'évaluation du succès, et du rapport qualité-prix, cause davantage de difficultés lorsque les interventions destinées à renforcer l'étoffe sociale affaiblie par la guerre ne sont pas toujours si concrètes. Comment doit-on déterminer et établir la priorité des besoins, et les satisfaire, de manière qu'ils puissent être évalués ? Là encore, qui décide et après combien de temps ? De Waal (1995) conclut que les informations des ONG sont peut-être bonnes, mais il est possible qu'elles soient littéralement pires qu'inutiles car elles peuvent induire en erreur. Et lors de catastrophes comme au Rwanda, il est possible que les ONG affirment que les "besoins sont écrasants" pour des raisons liées à leur désir effréné de se faire une image de marque et d'obtenir des fonds. De plus, le manque de clarté des objectifs peut compliquer une évaluation rationnelle dès le départ. Lorsqu'ils sont arrivés au Rwanda, certains agents d'ONG ne savaient pas s'ils y étaient en vue d'offrir une aide d'urgence ou de "sauver" la population du génocide.

Théoriquement, une évaluation est un processus continu basé sur les réponses données par les utilisateurs et les agents d'exécution, et complété, si possible, par les perceptions de personnalités respectées dans la communauté.

5. Principes Fondamentaux pour les Interventions

Les concepts psychologiques occidentaux ont accompagné la globalisation de la culture occidentale et ne cessent d'être présentés comme étant la connaissance qui fait autorité. Ceci risque de perpétuer involontairement l'état colonial dans l'esprit du Tiers Monde (Berry et al, 1992). C'est une question de pouvoir. Il serait terriblement ironique si les survivants estimaient que leur meilleure chance d'obtenir une aide quelconque était de se présenter en état de victime "modernisé" dans lequel leurs connaissances, leur potentiel, sans oublier leur fureur pour cause d'injustice, seraient minimisées. Une analyse étroitement individualisée et médicalisée des

symptômes, des cas de névrose traumatique, de l'“assistance psychosociale” et des groupes “vulnérables” ne semble pas avoir beaucoup d'importance pour la majorité écrasante des personnes affectées dans le monde entier. Aucune preuve n'existe que les interventions dans les zones de guerre étrangères sont efficaces à livrer des soins psychologiques d'urgence comme moyen de “dépannage” technique à court terme, soutenues par des idées extravagantes que les soins peuvent également empêcher la population affectée de présenter des problèmes mentaux par la suite. Il est possible que pour les donateurs l'attrait actuel des activités sur le traumatisme ne survive pas une analyse sensée, mais ce n'est pas pour autant que nous devons sous-estimer la vigueur de ce secteur.

Le terme “psycho-” dans les projets psychosociaux a causé certaines méprises fondamentales et nous a détourné de la polarisation collective requise. Nous devons examiner le rôle central d'un milieu social, immanquablement ciblé dans la guerre “totale” à notre époque, mais qui confirme encore l'aptitude des populations de survivants à prendre en charge leurs souffrances, à endurer et à s'adapter.

Si l'on n'intervient pas sur le plan psychologique en soi, de quelle manière intervient-on alors ? Laissez-moi récapituler sous forme de métaphore : pour les poissons, la mer n'est pas simplement leur moyen de vie biologique. Elle représente leur univers entier et concrétise ce que cela signifie d'être un poisson. Imaginez une catastrophe qui les arracherait de la mer, et où les survivants se retrouveraient dans un aquarium de poissons rouges rempli d'eau du robinet. Ils peuvent subsister dans ce milieu, car c'est la façon dont ils en font l'expérience, mais ce n'est pas un milieu. Comment peut-on les aider à retourner en mer ou commencer à transformer l'eau du robinet en quelque chose qui ressemble plus à la mer, et selon leurs conditions ? Pour la vaste majorité des survivants dans, ou à proximité des zones du monde dévastées par la guerre, la tâche à accomplir peut paraître comparable à celle-ci.

Une analyse orthodoxe dans le secteur de l'aide humanitaire internationale a fait une distinction relativement précise entre l'aide humanitaire et le développement. Dans

ce secteur, il est estimé que les catastrophes qui rendent une aide humanitaire d'urgence nécessaire sont des interruptions à durée limitée, de la tâche favorisée des opérations de développement. Duffield (1995) nous rappelle que dans de nombreux pays du monde, la guerre n'est pas une situation extraordinaire et de courte durée qu'on doit considérer comme extrinsèque à la manière dont une société fonctionne en temps "normal". Elle est devenue un fait connu, une chose interne qui influence tout le réseau des relations politiques, socio-économiques et culturelles dans une société. Il cite le Soudan où les effets combinés d'une guerre civile endémique, de famines successives et du revenu en baisse généré par les exportations de produits de base, en ont fait un état en situation d'"urgence permanente" marqué par des opérations d'aide humanitaire continuelles. A travers l'Afrique, les ressources qui pourraient avoir été affectées aux opérations de développement ont été détournées vers les opérations d'aide humanitaire (comme nous l'avons observé, les opérations en matière de "traumatisme" se sont servies d'un modèle d'aide humanitaire). L'assistance s'est effectuée moins entre gouvernements et davantage par l'intermédiaire des institutions des Nations Unies et des ONG, de telle sorte que ce sont les ONG et non plus l'Etat qui fournissent les services d'aide sociale de base. Ceci leur donne une influence considérable. Sur quel fonds se situe l'accroissement du nombre des guerres en cours, qui est passé de 34 en 1970 à 56 en 1995 (dont 90 % sont des guerres internes) ? Les états-nations subissent de fortes pressions, 20 % parmi les plus pauvres pays du monde prennent encore davantage de recul par rapport aux 20 % parmi les plus riches, de très grands nombres de personnes sont déplacées et l'insécurité alimentaire augmente partout dans le monde. Un rapport récent de l'OMS nous prévient d'une catastrophe sur le plan sanitaire : il est probable que la longévité dans les pays les plus pauvres du monde baisse d'ici l'an 2000, un cinquième des 5,6 milliards d'habitants sur terre vivent dans l'extrême pauvreté, un tiers des enfants du monde sont mal-nourris et la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels (OMS, 1995).

Duffield soutient que l'économie sociale et politique d'un état d'urgence permanente est complexe et reste mal comprise, mais elle sera une importante question en matière de politique. La guerre fait des perdants, mais également des vainqueurs qui

peuvent être tout un secteur social ou groupe ethnique et qui reprennent les avoirs des perdants. Le caractère de l'intervention humanitaire fait lui-même partie de, et contribue à la complexité des situations d'urgence contemporaines. De ce fait, les paradigmes conventionnels d'"aide humanitaire" et de "développement" devront être remodelés et le point de vue que les interprétations de "viol" et de "torture" sont décontextualisantes peut, à maints égards, également s'appliquer à la "guerre".

De brèves notes pratiques sur les questions énoncées ci-après ont été publiées dans *Development in Practice* (Summerfield, 1995).

5.1 Les relations avec les utilisateurs

Tout d'abord, les agents d'aide humanitaire aimeraient que leurs perceptions et interprétations soient aussi informées et sophistiquées que possible, et capables de tenir compte de ce qui se produit dans des situations sociales qui fluctuent aussi fréquemment qu'elles restent stables.

Nous devons également nous pencher sur nos propres présomptions culturelles et personnelles - par exemple, notre perception de l'effet que la torture est prévue d'avoir sur quelqu'un - que nous pouvons transposer dans des projets, sans les avoir examinées au préalable, et imposer involontairement à ceux que nous désirons aider, quelles que soient nos bonnes intentions. Le présent rapport s'est concentré sur les structures caractérisant les violents conflits récents qui affectent le plus les vies de ceux qui se trouvent dans cette situation, mettant en lumière l'interaction des forces sociales et culturelles. Tout ceci fait partie des informations de base et des connaissances pré-opérationnelles sur lesquelles une agence d'aide humanitaire et chaque agent doivent porter leur attention lorsqu'ils projettent ou évaluent des interventions à un moment spécifique dans une zone de conflit spécifique. Notre objectif initial doit bien être, tout de même, de nous mettre autant que possible à la place de ceux qui sont affectés. Nous pouvons ainsi leur assurer le maximum de

compassion et enrichir notre manière de percevoir les choses. Il est essentiel de ne pas mal comprendre les personnes lorsqu'elles s'expriment à leur façon. Nous désirons que le plus grand nombre possible de questions que nous posons soient correctes, en ce sens qu'elles saisissent ce que les personnes interrogées estiment elles-mêmes être important ou urgent.

Il faut donc établir un processus sensé de collecte d'informations, ce qui est l'antithèse de ce qui s'est produit au Rwanda, par exemple. Les organisations qui recherchaient à effectuer des opérations autres que des opérations "éclair" dans le pays auraient dû se faire une idée préalable de ce que les événements de 1994 représentaient. Une question, par exemple, qui n'a pas suffisamment été posée consisterait à savoir où, au Rwanda et au Burundi au cours des dernières décennies, dans la mémoire sociale des Hutus et des Tutsis, des massacres inter-ethniques analogues ont été commis - chacun coûtant la vie à des milliers de personnes. Quels souvenirs en ont-ils ? Qu'ont-ils fait à l'époque, et comment pensent-ils que les communautés affectées se sont rétablies ? Ce qui s'est produit en 1994 était-il différent, et si oui, pourquoi ?

Qu'est-ce que les utilisateurs pensent de nous et de ce que nous leur offrons ? A une époque où ils sont moins maîtres de leurs propres vies, ils peuvent penser qu'il est dans leur intérêt de se faire comprendre ou même d'attirer notre attention. Nous devons faire de notre mieux pour déterminer d'après ce qu'ils nous communiquent la manière dont ils perçoivent réellement les effets des interventions dans leurs vies, et en contaminant aussi peu que possible leur perception de ce que nous voulons entendre. Une mère peut cacher la mort de l'un de ses enfants dans un camp de réfugiés, afin que les autres puissent avoir une ration supplémentaire à partager. Une femme bosniaque peut déclarer faussement qu'elle a été violée, si ceci lui permet d'obtenir l'autorisation d'aller dans un autre pays. Les relations qu'une agence peut forger avec ceux qui se trouvent dans des situations déchirées par la guerre, sont essentielles, qu'elles soient bien informées, non paternalistes, ouvertes, sensibles et mutuellement désabusées. On ne peut douter un instant que l'efficacité de l'intervention (quelle qu'elle soit) et sa compétence par rapport au coût, sont l'une

des fonctions de la qualité de ces relations au fil du temps.

5.2 Réhabilitation/développement social

Un modèle de réhabilitation qui tient compte de tous les aspects des populations affectées doit reposer sur les méthodes de développement social qui devraient déjà constituer les bons usages en application dans le domaine des ONG. Ces méthodes visent à établir un milieu de vie créé par ceux qui y vivent et à l'aide de processus qui ont pour effet d'accroître leur aptitude à être maîtres de leurs propres vies. Les interventions doivent donc reconnaître que chaque situation est *unique*, qu'il est essentiel de *comprendre le milieu indigène* et être axées sur *la communauté entière*. Ce type d'interventions contraste avec l'autre grande catégorie d'interventions - dont la tâche à aborder est considérée comme *ordinaire* et *généralisée*, et qui offrent une solution *technique* à un groupe *ciblé*.

Nous parlons d'un ordre du jour du développement social auquel s'ajoutent d'autres perspectives. L'impact d'une guerre sur ses victimes comporte des différences qualitatives par rapport à un tremblement de terre, par exemple. Lorsqu'une catastrophe est due à une action des hommes plutôt qu'à une force de la nature, différentes sections de la mémoire sociale sont mobilisées, différentes attributions et perceptions y sont associées, et différentes questions se sont posées. Tout ceci constitue le débat : les questions concernant les droits de l'homme et la justice sociale et portant sur l'impunité de ceux qui en sont les auteurs peuvent être soulevées et élaborées d'une nouvelle manière. Tout ceci peut influencer la façon dont les principes de réhabilitation sociale peuvent être utilement appliqués en un lieu spécifique.

Le point sur lequel s'accordent les publications médicales et anthropologiques portant sur la condition des migrants et des réfugiés, concerne la fonction protectrice des réseaux familiaux et communautaires. Les populations tentent également avec détermination de préserver ce qu'elles peuvent de leur culture et de leur mode de vie, pour la raison qu'ils confirment ce que cela représente d'être humain et civilisé -

c'est ce en quoi consiste la transformation de l'eau du robinet en eau de mer. Ainsi, l'objectif fondamental des interventions d'aide humanitaire occidentales est d'essayer d'accroître les efforts visant à stabiliser et à réparer l'étoffe sociale déchirée par la guerre et de lui permettre de recouvrer une partie de sa capacité traditionnelle d'offrir à tous un moyen de résistance et une solution aux problèmes. L'auto-organisation, l'acquisition de pouvoirs, le travail et la formation, l'appui aux manières traditionnelles de surmonter une situation et de guérir : il se peut que ces expressions soient des truismes dans le vocabulaire du développement social, mais ils nous rappellent que les populations ne peuvent pas entièrement redevenir maîtres de leurs vies et se remettre de la guerre, simplement parce qu'elles bénéficient de soins et de charité. Au Mozambique, les habitants locaux ont considéré que les travaux physiques de reconstruction entrepris après les retours - comme la construction de maisons et la semence dans les champs - étaient particulièrement cruciaux. En général, ce à quoi aspirent les populations en priorité est la restauration des services sanitaires et éducationnels ; ces aspirations constituent des points de référence pour cette reconstruction, comme le sont d'autres types d'institutions sociales et culturelles ou ce qu'il en reste. Théoriquement, les projets de l'étranger devraient offrir une assistance matérielle aux services sur place avant qu'ils n'en établissent d'autres en parallèle, bien que ce ne soit pas la tendance en Afrique et que, bien entendu, ceci crée partout des difficultés lorsque c'est le gouvernement qui est l'agresseur. Les populations n'aspirent pas nécessairement simplement à restaurer comme avant ce qu'elles possédaient auparavant ; elles reconnaissent que certaines choses peuvent avoir changé à tout jamais. Les guérisseurs traditionnels méritent qu'on leur fasse des éloges, du fait qu'ils aident les populations, par exemple au Zimbabwe et au Cambodge, à mettre la guerre de côté ; leur valeur est à présent reconnue par l'OMS (Reynolds, 1990).

Peu de prescriptions sont portables d'un endroit à l'autre ; les solutions doivent être locales, en tenant compte des compétences et priorités locales et de ce qui est possible. De plus, il se peut que la situation ne reste pas stable : une guerre s'enflamme dans une région d'un pays, et s'éteint dans une autre. Les personnes nouvellement déplacées se soucieront naturellement des questions de sécurité et de

pouvoir retourner rapidement chez elles. Elles estiment peut-être que le lieu où elles se trouvent est provisoire ou temporaire. Par la suite, se sentant plus en sécurité, ou parce que la triste réalité leur apprend que la perspective de retourner chez elles est faible, il se peut qu'elles fassent le point sur leur nouvel environnement dans un but plus précis. Les relations entre une agence d'aide humanitaire et les utilisateurs dans une localité spécifiques peuvent-elles être suffisamment robustes et souples pour permettre d'accommoder ces tendances, et leur impact sur les priorités locales, sans craindre de compromettre les programmes et les budgets ? Enfin, de nombreuses guerres étant en cours, les conséquences ne sont pas clairement définies et il n'existe aucun calcul final des coûts et du rétablissement. Dans ce cas, la tâche fondamentale consiste peut-être à s'en tenir à aider les populations simplement à survivre, à endurer. Tout ceci donne première importance aux agences qui sont capables de maintenir une présence soutenue dans une localité spécifique.

Au cours des prochaines décennies, la phase de reconstruction après la guerre devra de plus en plus tenir compte des mines non désamorçées : la Croix-Rouge estime que les mines tuent 800 personnes et en blessent des milliers tous les mois. Lors d'une récente étude sur 206 communautés en Afghanistan, en Bosnie, au Cambodge et au Mozambique, 1 ménage sur 20 a signalé une victime, un tiers de ces victimes mourant au moment de l'explosion ; 1 sur 10 est un enfant. Les ménages dont un membre a été victime d'une mine étaient 40 % plus susceptibles d'avoir des difficultés à nourrir leurs familles. Entre 25 et 87 % des ménages avaient des activités quotidiennes affectées par les mines. Au total, 54.554 animaux ont été perdus, représentant une valeur liquide minimum de 200 dollars US par ménage. Sans les mines, la production agricole dans les communautés enquêtées pourrait accroître de 88-200 % en Afghanistan et de 135 % au Cambodge (Anderson et al, 1995).

Les camps de réfugiés, où l'on insiste tout particulièrement sur le confinement, le contrôle et le moins de participation possible des résidents aux prises de décisions, enfreignent trop souvent les principes fondamentaux soulignés plus haut. Les camps en bordure de la frontière thaïe pour les réfugiés cambodgiens y ressemblaient

particulièrement et étaient en plus chroniquement dangereux. Mollica et al (1993) signalèrent qu'environ 80 % des résidents estimaient que leur état de santé était médiocre ou seulement passable après y avoir séjourné pendant plus de 10 ans, qu'ils étaient déprimés et se plaignaient de maux somatiques bien qu'ils aient accès à des soins médicaux. Il est triste de noter que des tueurs hutus recherchés ont réussi à se faire employer par les agences d'aide dans les camps de Rwandais au Zaïre, et ont continué à s'organiser politiquement et à menacer et assassiner les résidents de ces camps.

Dans leur travail, le personnel des agences internationales d'aide humanitaire assistent de très près aux souffrances des autres et ont besoin de songer qu'ils sont dans une position privilégiée. Ils sont en mesure d'offrir fraternité et solidarité, de réagir de manière ordinaire à la tendance qu'ont les êtres humains qui souffrent à se tourner vers les autres. Les agents ne devraient pas penser qu'ils ne possèdent pas les qualités requises pour faire face à la détresse humaine simplement parce qu'ils ne sont pas des conseillers psychosociaux ayant reçu une formation leur permettant d'aborder la "traumatisation".

5.3 Les droits et la justice

En Amérique Latine, il se peut fort bien que les réfugiés déterminent leurs besoins psychosociaux comme étant avant tout la délivrance de l'oppression. Au Guatemala et à El Salvador, la présence d'ONG étrangères et de leurs personnels confère parfois une protection aux communautés victimes de représailles, les escadrons de la mort préférant faire leur travail loin des yeux des observateurs internationaux. Certains survivants en contact avec les projets des ONG considèrent que leurs expériences personnelles sont un témoignage contenant un message plus étendu en matière de droits de l'homme. Il est significatif qu'à El Salvador les populations s'inquiètent du fait qu'elles ont commencé à oublier tous les noms de ceux qui ont été assassinés par les militaires au cours des années 80 (Summerfield, 1995). Les témoignages collationnés des survivants représentent une partie du passé au niveau de la communauté et contredisent les versions officielles générées par ceux qui ont

le pouvoir d'abuser. Ces témoignages sont donc une raison pour la validation publique de leurs souffrances. Comme Primo Levi, survivant de l'Holocauste juif, a écrit sur ce qu'il avait enduré : "S'il est impossible de comprendre, il est impératif de savoir". On peut dire, je pense, que la notion suivante s'applique à tous les cas dans le monde : les victimes souffrent davantage au fil des années si la société les prive de la reconnaissance, sans parler de la réparation, qu'ils méritent pour ce qui leur a été infligé. Les agents d'aide humanitaire sont en mesure de collationner, traduire, publier et distribuer ces témoignages et, si possible, de les soumettre devant les tribunaux de crimes de guerre, les commissions de vérité et les gouvernements. Les organisations indigènes qui s'occupent des droits et de la justice ont besoin d'être soutenues ; là aussi leurs liens avec les agences étrangères ou les groupes chargés des droits de l'homme peuvent réduire le risque qu'elles soient éliminées.

Une conséquence frappante de l'attaque militaire sur les Mayas guatémaliens et leur culture au cours des années 80, et une mesure de leur échec ultime, a été l'émergence d'un mouvement politiquement sophistiqué prêt à communiquer et à faire campagne d'une manière contemporaine sans perdre contact avec l'identité maya faisant l'objet de la défense.

L'histoire a démontré que la réforme sociale est le meilleur remède : il semble impératif que la justice sociale et les perspectives des droits de l'homme soient au coeur de toute activité avec les populations affectées par la guerre. La question qui met davantage les agences d'aide humanitaire à l'essai consiste à savoir jusqu'à quel point elles se sentent capable d'assumer leur rôle régi par la justice, en particulier lorsqu'il s'agit de protéger leur statut caritatif. En Bosnie, au Rwanda et ailleurs, les gouvernements occidentaux semblent s'être servi des efforts humanitaires comme bouclier pour cacher leurs propres motifs divers au lieu de s'engager sérieusement avec les acteurs et les questions politiques. Les agences peuvent-elles confronter ceux pour qui c'est un avantage de restreindre les réponses internationales aux crises, dans des cadres confortablement humanitaires au mieux, et d'éviter les questions "difficiles" ? Celles-ci se rapportent trop souvent aux

valeurs de l'ordre mondial mené par les pays occidentaux, dans lequel les considérations géopolitiques et commerciales dépassent de loin les questions de justice et de droits fondamentaux pour des millions de personnes parmi les moins protégées sur terre. Une grande partie de la violence politique dans les pays en développement est enracinée dans de lourdes inégalités sociales. La plupart des victimes sont les pauvres et ceux qui parlent pour eux ou les membres des minorités ethniques persécutées et peu de défenseurs dans les pays de l'Ouest. Des régimes de droits de propriété foncière extrêmement inéquitables (par exemple, au Guatemala, 75 % de toutes les terres appartiennent à 2 % de propriétaires fonciers), se reproduisent presque invariablement dans les sociétés violentes. L'économie multinationale occidentale a un investissement implicite dans les effectifs des pays en développement qui n'ont pas de chefs, qui sont fragmentés et intimidés et donc dociles et bon marché. Il y a dix ans, le rapport Brandt indiquait que le transfert de technologies sophistiquées le plus évolutif, d'un pays riche vers un pays pauvre, concernait les armes. Quel est le message tacite des droits de l'homme qui accompagne de tels transferts massifs d'armements à la pointe de la technologie au nom de la "défense nationale", à ceux qui, dans les pays en développement, ont le pouvoir d'abuser ? Les dépenses en armes par habitant sont en moyenne de 38 dollars US, par rapport à 12 dollars US pour la santé (Siward, 1989).

5.4 Questions afférentes à l'éducation et à la formation

L'OMS souligne que dans les pays en développement, la santé mentale doit être intégrée dans le cadre des programmes de la santé publique et des services sociaux, et non considérée comme une entité distincte nécessitant des connaissances et compétences spécialisées. Le personnel des services de santé primaire, fréquemment le seul réseau disponible, peut jouer un rôle important en encourageant des débats sur les effets associés à la guerre dans un cadre approprié localement et en aidant à reconnaître ceux qui méritent une attention et un soutien supplémentaires. En ce sens, c'est leur incapacité à fonctionner normalement d'un jour à l'autre, plutôt que leurs caractéristiques de névrose traumatique, qui indique le mieux aux personnes traumatisées qu'elles ont un vrai problème de santé mentale. Certaines personnes

qui souffrent de troubles psychologiques n'ont pas recours à l'aide et, en fait, s'isolent ; une certaine vigilance et prise de conscience sont peut-être nécessaires. Il est possible que les quelques personnes qui se suicident agissent de cette manière et l'opportunité d'intervenir ne s'est donc pas présentée. L'OMS (1994) a mis à l'essai sur le terrain un guide offrant des conseils aux personnels, y compris aux administrateurs des camps, sur les plaintes exprimées quotidiennement qui peuvent être associées à la guerre, et sur les maladies mentales graves comme la psychose. Ils suggèrent d'établir une liaison avec les guérisseurs traditionnels. En Amérique Latine, des bénévoles locaux ont été formés pour devenir ce qu'on qualifie de promoteurs de la santé mentale dans les communautés affectées par la guerre dans lesquelles ils vivent. Plusieurs initiatives de ce genre semblent avoir été appréciées.

Les assistants sociaux ou autres professionnels dans les zones de guerre aspirent peut-être à un soutien, bien qu'il soit parfois difficile de dire dans quelle mesure ils estiment ne pas être suffisamment qualifiés en matière de "traumatisme", et dans quelle mesure ils désirent qu'on reconnaisse les lourdes charges qui leur incombent en maintenant un semblant de services. En Bosnie et ailleurs, les assistants sociaux ont parfois été consultés par des réfugiés qui se plaignaient de maux de tête, de douleurs physiques, de faiblesse, d'insomnie, d'un comportement nerveux ou d'être incapables d'avoir l'esprit clair. Ces plaintes sont, bien entendu, une forme de communication, mais il est également utile de rassurer les personnes concernées que ce sont au fond des réactions normales, compte tenu des pressions implacables et continues de la guerre, et cela ne veut pas dire qu'il ou elle en deviendra fou ou folle. De la même manière, on peut attirer l'attention sur les enfants car, par exemple, ils expriment la terreur dans certaines situations, en général, celles qui leur rappellent ce qui s'est passé : le son des avions ou la vue d'un soldat. On peut en citer d'autres, qui se cramponnent à quelqu'un ou qui sont grincheux de façon inhabituelle, désobéissants ou qui ne se concentrent pas bien en classe ou qui ont des incontinenances nocturnes. Ces réactions sont aussi très courantes et ne suggèrent pas d'ordinaire que ces enfants sont anormaux et ont besoin d'une thérapie. Les jeux de guerre sont pour eux une manière d'absorber ce qui se passe autour d'eux et ne signifie pas normalement qu'ils ont un problème "post-traumatique". A Beyrouth,

déchiré par la guerre, les assistants sociaux ont employé l'acronyme STOP pour leur rappeler ce dont les enfants avaient besoin : **S**tructure (structure), **T**ime and **T**alk (temps pour parler), **O**rganised activities (activités organisées), **P**arents (parents). Save the Children Fund (1991) a publié des petits guides pour ceux qui s'occupent d'enfants dans les zones de guerre. Au Mozambique, SCF a aussi parrainé des activités avec des enseignants sur la prise de conscience et la gestion en classe des enfants affectés par la guerre. Tout ce qui est pro-famille et pro-communauté aident les jeunes enfants et les adolescents à reprendre contact avec la réalité de manière positive.

5.5 La question du ciblage

J'ai remarqué que le ciblage des "enfants-soldats" (ou même des "enfants") ou des victimes de "viol" ou de "torture" pour les interventions psychologiques reposant sur un modèle de traumatisme, n'est généralement pas justifié. Il en est de même avec les "femmes", même si nous reconnaissons les dures pressions auxquelles elles sont soumises ; par exemple, l'absence des hommes leur cause une pression économique supplémentaire ou la pauvreté et le manque de protection physique, et elles ont la responsabilité unique ou supplémentaire de s'occuper non seulement des enfants, mais des personnes malades, blessées et âgées. Dans certaines régions d'Amérique Centrale, 50 % des ménages ont une femme à leur tête et sont bien plus susceptibles d'être pauvres.

Qui, alors, peut-on cibler, et pour quel service ? Les orphelins et autres enfants sans protection sont, sans aucun doute, une priorité. La masse d'orphelins au Mozambique a presque entièrement été absorbée par les familles élargies et les membres d'anciennes communautés ou de groupes ethniques. Les personnes qui souffrent d'une maladie ou d'une invalidité physique sont souvent désignés un groupe "vulnérable", mais il est difficile de généraliser. Par exemple, ma propre étude sur les anciens soldats blessés lors de la guerre au Nicaragua, n'a pas indiqué qu'une grave invalidité - paraplégie, amputation, etc. - était plus susceptible de causer des problèmes psychologiques par la suite. Plusieurs de ces soldats

nécessitaient certainement une intervention chirurgicale orthopédique et une réhabilitation physique, mais tous ciblaient en priorité la formation et le travail appropriés à leurs besoins, qui leur permettraient de mieux se réintégrer à la société et de mieux assumer à nouveau leur rôle de chef de famille (Hume & Summerfield, 1994). En Bosnie, le HCR a désigné ceux qui souffraient d'invalidités physiques ou mentales avant la guerre, un groupe hétérogène dont les besoins étaient divers, allant du manque soudain de soins et de remèdes psychiatriques, aux difficultés physiques et la négligence après avoir été abandonnés par les communautés en fuite. Un grand nombre parmi eux étaient des personnes âgées. Lors d'une rare étude sur les adultes plus âgés déplacés par la guerre et la famine en Ethiopie, plus de la moitié des personnes âgées de plus de 60 ans ont dû être abandonnées par leurs familles, la plupart pour mourir (Godfrey & Kalache, 1989). La physionomie spécifique des circonstances dans chaque zone de guerre exige que l'on fasse preuve de souplesse en évaluant ce qui peut constituer un bon cas pour le ciblage de certaines personnes ou catégories, plutôt que d'appliquer la règle générale qui consiste à évaluer des communautés entières. Celles-ci doivent être aussi détachées que possible des tendances à la mode des bailleurs de fonds.

6. Quelques Questions de Recherche

Que savons-nous du prix que les 160 guerres depuis 1945 ont coûté à ceux qui les ont survécu ? Baker (1992) affirme qu'un ensemble d'écrits originaires de ces pays existe sur ces questions, mais ils sont rarement traduits ou publiés dans les pays occidentaux. Nous avons besoin d'en savoir davantage sur les comportements consacrés à surmonter une crise par une société spécifique, et sur ce qui s'ensuit lorsque ces comportements sont eux aussi engouffrés dans le conflit sur place. Nous avons besoin d'études longitudinales sur les groupes qui sont victimes de représailles, à la fois les non déplacés et les sous-déplacés, et sur les conditions des réfugiés qui font état des différents facteurs économiques et sociaux, y compris le niveau d'acceptation ou de discrimination de la culture d'accueil. Qu'advient-il

après un rapatriement et comment celui-ci est-il influencé par les facteurs locaux et les attitudes du gouvernement ? Comment peut-on générer plus de données afin de démontrer que la paix, mais aussi la justice entraîne de meilleurs résultats ? Il existe encore peu de données fermes sur ceux qui présentent des troubles mentaux, et sur l'influence relative de leurs vulnérabilités avant la guerre par rapport à leurs expériences de la guerre et de l'exile (Ager, 1993). Les méthodologies de recherche doivent faire une large place aux méthodes qualitatives.

Il est possible qu'on puisse établir utilement que l'impact des guerres génocidaires provient des tendances de l'opinion collective du monde et de l'identité catégorielle des populations de survivants et de leurs enfants, et des tendances des institutions socio-culturelles et politiques qui les représentent. Que signifie être Arménien, Juif ou, plus récemment, Timorais oriental, Maya guatémalien, Kurde iraquien ou Tutsi rwandais après les tentatives qui ont été faites de les éliminer en tant que peuples, chacun ayant un passé, une culture et une place dans le monde ? De quelle manière leur comportement actuel envers le monde et ceux qui offrent de les aider, témoigne-t-il du fait qu'ils ont amèrement conscience que les souffrances pouvant être infligées à un peuple sans pouvoir ni alliés ne connaissent pas de limites, et de leur réadaptation collective en vue de minimiser les chances que ceci se reproduise ? De quelle manière le Vietnam s'est-il rétabli collectivement d'une guerre qui a dévasté la vie de millions de personnes et provoqué une destruction massive de son infrastructure, et ceci sans recevoir d'aide pour ainsi dire des pays occidentaux ? Il s'agit certainement là d'une étude de cas en attente d'être documentée en détail.

Dans le monde entier de très grands nombres de personnes ordinaires et quelconques, démontrent leur aptitude à endurer de dures épreuves, à s'adapter et à se surpasser. Leur faire honneur ne signifie pas minimiser ce qu'on leur a fait et combien ils ont souffert. Leur cas est en grande partie un exemple peu remarquable qui n'attire pas l'attention des médias ou autre ni les analyses, mais il soumet une question résonnante : il ne s'agit pas de savoir comment ou pourquoi certaines personnes deviennent des victimes psychologiques, mais comment ou pourquoi la vaste majorité ne le devient pas. Les témoignages des survivants recueillis oralement

peuvent offrir une illustration graphique de leurs expériences et un aperçu des processus qu'elles ont exercés sur eux. Nous avons besoin de déployer les sensibilités plus profondes nécessaires pour comprendre que la guerre et ses conséquences sont une tragédie et un drame complexes qui se déroulent en public. Le travail des anthropologues, des sociologues, des historiens et des poètes dans les pays occidentaux et dans les pays en développement, allié aux voix des survivants, peut aider le secteur humanitaire à mieux discerner de façon plus richement structurée la diversité des réponses à la guerre et aux atrocités, des conséquences au fil du temps, et éventuellement à améliorer les programmes d'assistance.

Références

African Rights (1995). *Rwanda not so innocent. When women become killers*. Londres. African Rights.

Ager, A. (1993). *Mental Health Issues in Refugee Populations: A Review*. Boston : Harvard Centre for the Study of Culture and Medicine.

Agger, I., Vuk, S. & Mimica, J. (1995). *Theory and practice of psychosocial projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia*. Zagreb ECHO/ECTF.

Allen, T. (1995). The violence of healing (La violence de la guérison). Manuscript non publié.

Andersson, N., Palha da Sousa, C. & Paredes, S. (1995). Social costs of land mines in four countries: Afghanistan, Bosnia, Cambodia and Mozambique (Coûts sociaux des mines terrestres dans quatre pays : l'Afghanistan, la Bosnie, le Cambodge et le Mozambique). *British Medical Journal*. 311: 718-21.

Arcel, L., Folnegovic-Smale, V., Kozaric-Kovacic, D. & Marusic, A. (1995). *Psychosocial Help to War Victims: Women Refugees and their Families*. Copenhague IRCT.

Baker, R. (1992). Psychological Consequences for Tortured Refugees Seeking Asylum and Refugees Status in Europe (Conséquences psychologiques pour les réfugiés cherchant asile et conditions des réfugiés en Europe). Dans *Torture and its Consequences* (ed. M. Basoglu). pp. 83-106. Cambridge University Press.

Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M. & Dasen, P. (1992). Psychology and the developing world (La psychologie et les pays en développement). Dans *Cross-Cultural Psychology, Research and Applications*, pp. 378-391. New York : Cambridge University Press.

Boothby, N. (1992). Displaced Children: Psychological Theory and Practice from the Field (Enfants déplacés : théorie psychologique et application sur le terrain). *Journal of Refugee Studies*. 5: 106-22.

Boothby, N. (non daté). Children of war: survival as a collective act (Enfants de la guerre : survie en tant qu'action collective). Dans *The Psychological Well-being of Refugee Children. Research, Practice and Policy Issues*. (ed. M. McCallin). pp. 169-84. Genève. Bureau catholique international de l'enfance.

Bracken, P., Giller, J. & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts (Réponses psychologiques à la guerre et aux atrocités : les limites des notions actuelles). *Social Science & Medicine*. 40: 1073-82.

Davis, J. (1992). The Anthropology of Suffering (L'anthropologie de la souffrance). *Journal of Refugee Studies* 5, 149-161.

Dawes, A. (1990). The effects of political violence on children: a consideration of South African and related studies (Les effets de la violence politique sur les enfants : un examen des études de l'Afrique du Sud et autres études associées). *International Journal of Psychology* 25, 13-31.

De Waal, A. (1995). Response to Demars (Réponse à Demars). *Journal of Refugee Studies*. 4: 411-14.

Duffield, M. (1995). The Political Economy of Internal War: Asset Transfer, Complex Emergencies and International Aid (L'économie politique d'une guerre intérieure : transfert des avoirs, urgences complexes et l'aide internationale). Dans *War and Hunger. Rethinking International Responses to Complex Emergencies*. (eds A. Zwi & J. Macrae) pp 50-69. Londres : Zed Books/Save the Children Fund.

Foster, D. & Skinner, D. (1990). Detention and Violence: Beyond Victimology

(Détenation et violence : au-delà de la victimologie). Dans *Political Violence and the Struggle in South Africa* (eds. N. Manganyi & A. du Toit), pp 205-233. Londres : McMillan.

Garfield, R. & Williams, G. (1989). *Health and Revolution. The Nicaraguan Experience*, pp 63-80, Oxford : Oxfam.

Gibbs, S. (1994). Post-War Social Re-construction in Mozambique: Re-framing Children's Experience of Trauma and Healing (Reconstruction sociale au Mozambique après la guerre : reconcevoir l'expérience du traumatisme et de la guérison des enfants). *Disasters* 18: 268-76.

Godfrey, N. & Kalache, A.(1989). Health needs of older adults displaced to Sudan by war and famine: questioning current targeting practices in health relief (Besoins sanitaires des personnes plus âgées déplacées au Soudan par la guerre et la famine : mettre en question les pratiques actuelles de ciblage en matière d'aide sanitaire). *Social Science and Medicine* 28, 707-713.

Harrell-Bond, B. & Wilson, K. (1990). Dealing with Dying: Some Anthropological Reflexions on the Need for Assistance by Refugee Relief Programmes for Bereavement and Burial (Prendre des mesures à l'égard des mourants : quelques réflexions anthropologiques sur le besoin d'assistance de la part des Programmes d'aide humanitaire pour les réfugiés, lors d'un deuil et d'un enterrement). *Journal of Refugee Studies* 3: 228-243.

Hume, F. & Summerfield, D. (1994). After the War in Nicaragua: A Psychosocial Study of War Wounded Ex-Combatants (Après la guerre au Nicaragua : une étude psychosociale des anciens combattants blessés lors de la guerre). *Medicine and War*. 10, 4-25.

Journal of the American Medical Association (1995). Post-Traumatic Stress Disorder: Psychology, biology and the Manichean War Between False Dichotomies

(La névrose traumatique : psychologie, biologie et la guerre manichéenne entre de fausses dichotomies). *Journal of the American Medical Association* 152: 963-65 (éditorial).

Kleinman, A. (1987). Anthropology and Psychiatry: The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness (Anthropologie et psychiatrie : le rôle de la culture dans la recherche interculturelle sur la maladie). *British Journal of Psychiatry* 151: 447-54.

Martin-Baro, I. (1990). *War and the Psychosocial Trauma of Salvadoran Children*. Posthumous Presentation to the Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston (Exposé posthume à l'Assemblée annuelle de l'Association psychologique américaine, Boston).

Makiya, K. (1993). *Cruelty and Silence: War, Tyranny, Uprising and the Arab World*. Londres : Jonathan Cape.

Middle East Watch & Physicians for Human Rights (1993). *The Anfal Campaign in Iraqi Kurdistan. The Destruction of Koreme*. New York : Human Rights Watch.

Mollica, R. & Caspi-Yavin, Y. (1992). Overview: The Assessment and Diagnosis of Torture Events and Symptoms (Vue d'ensemble : l'évaluation et le diagnostic des situations de torture et des symptômes). Dans *Torture and its Consequences*. (ed. M. Basoglu), pp 253-74. Cambridge : Cambridge University Press.

Mollica, R., Donelan, K., Tor, S., Lavelle, J., Elias, C., Frankel, M. & Blendon, R. (1993). The Effect of Trauma and Confinement on Functional Health and Mental Health Status of Cambodians living in Thailand-Cambodia Border Camps (L'effet du traumatisme et de l'emprisonnement sur la santé fonctionnelle et les conditions de la santé mentale des Cambodgiens qui vivent dans les camps à la frontière entre la Thaïlande et le Cambodge). *Journal of American Medical Association* 270, 581-585.

Panos Institute (1988). *War Wounds. Development Costs of Conflict in Southern Sudan*. Londres : Panos.

Parliamentary Human Rights Group (1994). *Iran. The subjugation of women*. Londres. Parliamentary Human Rights Group.

Physicians for Human Rights (1993). *Human Rights on Hold: A Report on Emergency Measures and Access to Healthcare in the Occupied Territories*. Boston : Physicians for Human Rights.

Punamaki, R.L. & Suleiman, R. (1990). Predictors and effectiveness of coping with political violence among Palestinian children (Pointeurs et efficacité de la manière de surmonter la violence politique parmi les enfants palestiniens). *British Journal of Social Psychology* 29, 67-77.

Raphael, B., Meldrum, L. & McFarlane, A. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? (Un entretien après un traumatisme psychologique a-t-il un effet positif ?) *British Medical Journal* 310 : 1479-80.

Reynolds, P. (1990). Children of tribulation: The need to heal and the means to heal war trauma (Enfants de l'adversité : le besoin de guérir et la manière de guérir le traumatisme de la guerre). *Africa* 60, 1-38.

Richman, N. (1993). Annotation: Children in situations of political violence (Commentaire : les enfants dans les situations de violence politique). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34, 1286-1302.

Save the Children Fund (1991). *Helping Children in Difficult Circumstances. A Teacher's Manual* (Un guide pour les enseignants). Londres SCF.

Service de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (1994). *Mental Health of Refugees*. Version avant publication. Genève. Service de la santé mentale,

OMS & HCR.

Sivard, R. (1989). *World Military and Social Expenditures*. Washington DC : World Priorities (Priorités mondiales).

Stubbs, P & Soroya, B, 1996. *War and Professional Dominance: Psychosocial Discourses in Croatia*. Manuscript non publié.

Summerfield, D. (1995). Raising the dead: war, reparation and the politics of memory (Faire apparaître les morts : la guerre, la réparation et la politique de la mémoire). *British Medical Journal*. 311: 495-97.

Summerfield, D. (1995). Assisting survivors of war and atrocity: notes on 'psychosocial' issues for NGO workers (Assister les survivants de la guerre et des atrocités : notes sur les questions "psychosociales" pour les agents des ONG). *Development in Practice*. 5: 352-56.

Summerfield, D & Toser, L (1991). 'Low Intensity' War and Mental Trauma in Nicaragua: A Study in a Rural Community (La guerre de "faible intensité" et le traumatisme mental au Nicaragua : une étude dans la communauté rurale). *Medicine and War* 7: 84-99.

Swiss, S. & Giller, J. (1993). Rape as a Crime of War: A Medical Perspective (Le viol en tant que crime de guerre : une perspective médicale). *Journal of American Medical Association* 270, 612-615.

UNICEF (1986). *Children in Situations of Armed Conflict*. New York. UNICEF: E/ICEF.CRP.2.

Wearne, P. (1994). *The Maya of Guatemala*. Londres : Minority Rights Group International.

Wilson, K. (1992). Cults of Violence and Counter-Violence in Mozambique (Cultes de violence et contre-violence au Mozambique). *Journal of Southern African Studies* 18, 527-582.

Zur, J. (1994). The psychological impact of impunity (L'impact psychologique de l'impunité). *Anthropology Today*. 10: 12-17.

Sigles

CE	Communauté européenne
ECHO	European Community Humanitarian Organisation (Bureau européen d'aide humanitaire)
ECTF	European Community Task Force (Groupe d'étude de la Communauté européenne)
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
MSF	Médecins sans frontières
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PTSD	Névrose traumatique
SCF	Save the Children Fund
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Réseau “Aide d’Urgence et Réhabilitation”

L’objectif du Réseau “Aide d’Urgence et Réhabilitation” (RRN) est de faciliter la communication et l’échange d’idées et d’expériences entre membres clés des ONGs intervenant dans le domaine de l’aide d’urgence et de la réhabilitation. Les membres du RRN sont soit désignés par leur organisation, soit inscrits à titre individuel. Ils reçoivent quatre envois par an, en anglais ou français. Les envois de Bulletins d’Information et de Dossiers Thématiques alternent avec ceux des Revues sur l’Etat des Connaissances. Les membres du RRN peuvent également obtenir des conseils sur tout problème technique ou opérationnel en faisant appel à l’expertise du ODI ou de ses partenaires européens. La cotisation annuelle varie selon le genre d’organisations.

Le RRN est administré par le ODI (Overseas Development Institute) en collaboration avec l’Association Européenne des Organisations Non-Gouvernementales pour l’Aide Alimentaire et l’Aide d’Urgence (EuronAid).

Le ODI est un institut de recherche indépendant, à but non-lucratif. L’Institut est engagé dans la recherche liée aux politiques sur un grand nombre de thèmes et problèmes affectant les relations économiques entre le Nord et le Sud et qui influencent les politiques sociales et économiques des pays en voie de développement.

EuronAid a pour but de fournir la logistique et des services financiers aux ONGs utilisant l’Aide Alimentaire de la CEE dans leurs programmes de développement et d’aide d’urgence. EuronAid est basé à la Haye et comprend 27 organisations membres et 2 ayant le statut d’observateur.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter:

***Réseau Aide d’Urgence et Réhabilitation - Overseas Development Institute
Regent’s College, Inner Circle, Regent’s Park***

Londres NW1 4NS, Royaume Uni

Tél : +44 (0) 171 487 7601/7591 - Fax : +44 (0) 171 487 7590

Email : rrn@odi.org.uk

Internet : <http://www.oneworld.org/odi/rrn/index.html>