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

Problématique de la prise en charge psychosociale des personnes traumatisées par la guerre : cas du centre d'écoute et d'aide psychologique C.E.A.P .

Ndayiragije, Dieudonné; Sous la direction du : Professeur Sylvère SUGURU

2010
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1108

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES PERSONNES TRAUMATISEES PAR LA GUERRE : Cas du Centre d'Ecoute et d'Aide Psychologique C.E.A.P.

Par :
Dieudonné NDAYIRAGIJE

Sous la direction du:
Professeur Sylvère SUGURU

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

Option : Clinique et Sociale

Bujumbura, Août 2010

DEDICACE

A notre regrettée mère,

A notre père,

A notre frère, nos sœurs, cousins et cousines,

A nos neveux et nièces,

A tous nos enquêtés,

Nous dédions ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Le présent travail n'est pas le fruit de nos seuls efforts. Ainsi, nous aimerions remercier vivement nos parents, parentés, professeurs ou autres qui ont contribué à son aboutissement. Nos sincères remerciements vont d'abord à l'endroit de nos parents qui nous ont inculqué le goût de l'effort et l'amour du travail. Qu'il nous soit permis de leur exprimer notre profonde gratitude.

Nous nous en voudrions si nous omettions de manifester notre reconnaissance à l'endroit de Monsieur Sylvère SUGURU, professeur à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université du Burundi et Recteur de l'Université des Grands-Lacs qui, malgré ses diverses obligations, a accepté de diriger ce travail. Il n'a ménagé aucun effort pour guider nos premiers pas de chercheur. Son amour du travail bien fait, sa rigueur scientifique, sa patience, ses sages conseils nous ont été d'une importance inégalable.

Nous tenons à remercier également nos enseignants depuis l'école primaire jusqu'à l'Université, surtout ceux de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université du Burundi, pour la formation tant humaine que scientifique qu'ils nous ont donnée.

Aussi, nous sommes reconnaissant à l'endroit de tous nos enquêtés pour les informations si utiles qu'ils nous ont fournies. Qu'ils trouvent ici notre reconnaissance.

Nous désirons exprimer notre gratitude aussi à la famille NKESHIMANA Juvénal, à la famille NDIKUMAZAMBO Juvénal, à la famille NDUWAMAHORO, pour l'hospitalité et le soutien qu'elles nous ont témoignés. A tous nos amis, nous disons sincèrement merci.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.C.A.	: Au Cœur de l'Afrique
A.E.N.A.	: Assistance aux Enfants Non Accompagnés
C.E.A.P.	: Centre d'Ecoute et d'Aide Psychologique
C.E.C.A.B.	: Conférence des Evêques Catholique du Burundi
C.N.P.K.	: Centre Neuro-Psychiatrique de KAMENGE
C.R.I.D.	: Centre de Recherche pour l'Inculturation et le Développement
E.S.F.	: Editions Sociales Françaises
F.N.L.	: Force Nationale de Libération
F.P.S.E.	: Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
I.R.P.	: Institut de Recherches Psychologiques
J.P.H.	: Jeunesse Patriotique Hutu
L.G.F.	: Librairie Générale Française
Loc. cit.	: Locare citato (ouvrage déjà cité), même auteur, même ouvrage, même page
M.S.N.	: Ministère de la Solidarité Nationale
M.S.P.	: Ministère de la Santé Publique
O.M.S.	: Organisation Mondiale de la Santé
Op. cit.	: Opere citato : ouvrage déjà cité
P.E.G.M.	: Projet Ecoute et Guérison des Mémoires
P.N.L.S./ M.S.T.	: Programme National de Lutte contre le SIDA/Maladies Sexuellement Transmissibles
P.U.F.	: Presses Universitaires de France
P.U.L.	: Publications Universitaires de Louvain
U.B.	: Université du Burundi
U.N.I.C.E.F.	: United Nations International Children's Emergency Funds (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
V.I.H. / S.I.D.A.	: Virus d'Immuno Humaine/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

TABLES DES MATIERES

DEDICACE i
REMERCIEMENTS ii
LISTE DES ABREVIATIONS iii
TABLES DES MATIERES iv

0. INTRODUCTION GENERALE 1
0.1. Justification du choix du sujet 2
0.2. Délimitation du sujet 3

I^{ère} PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE 4

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS 5
1.1. Problèmes 5
1.2. Prise en charge 5
1.3. Prise en charge psychosociale 6
1.4. Ecoute 6
1.5. Aide (relation d'aide) 7
1.6. Traumatisme 8
1.7. Guerre 8

CHAPITRE 2 : GENERALITES SUR LES TRAUMATISMES ET LEUR PRISE EN CHARGE 10
2.1. GENERALITES SUR LES TRAUMATISMES 10
2.1.1.Différentes catégories des personnes traumatisées par la guerre 11
2.1.2. Signes, symptômes et/ou syndromes psycho-traumatiques 15
2.2. DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES 18
2.2.1. De la prise en charge matérielle 19
2.2.2. De la prise en charge psychosociale 19
2.2.3. Philosophie de la relation d'aide 22
2.3. PRESENTATION DU C.E.A.P 27
2.3.1. Historique 27

2.3.2. Objectifs et fonctions du C.E.A.P. 28
2.4. CONCLUSION DU CHAPITRE 29

CHAPITRE 3 : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE 30
3.1. PROBLEMATIQUE 30
3.2. OBJECTIFS DE RECHERCHE 31
3.2.1. Objectif général 31
3.2.2. Objectifs spécifiques 31
3.3. DEMARCHE METHODOLOGIQUE 32
3.3.1. Méthode de recherche 32
3.3.2. Techniques et outils de recueil des données 33
3.3.3. Univers d'enquête et choix des enquêtés 35
3.4. CONCLUSION DU CHAPITRE 37

II^{ème} PARTIE : PRESENTATION DES MONOGRAPHIES, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS 38

CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES MONOGRAPHIES 39
4.1. PRESENTATION DES MONOGRAPHIES D'INTERVENANTS 40
4.1.1. Monographie du cas « AKCI » 40
4.1.2. Monographie du cas « BNAI » 43
4.1.3. Monographie du cas « CNDI » 45
4.2. PRESENTATION DES MONOGRAPHIES DES BENEFICIAIRES 46
4.2.1. Monographie du cas « ZNVB » 47
4.2.2. Monographie du cas « YNBB » 49
4.2.3. Monographie du cas « XMAB » 52
4.3. CONCLUSION DU CHAPITRE 55

CHAPITRE 5 : CONDITIONS REQUISES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE ET LES DIFFICULTES QUE RENCONTRE LE C.E.A.P. DANS SON TRAVAIL 56
5.1. CONDITIONS REQUISES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE 56
5.1.1. Niveau d'instruction de l'intervenant 57

5.1.2. Endroit sûr, calme ou tranquille 58
5.1.3. Attitude affable du traitant 59
5.1.4. Confidentialité du thérapeute 60
5.1.5. Disponibilité de l'aidant à écouter 61
5.1.6. Equilibre psychologique de l'aidant 62
5.1.7. Clairvoyance du thérapeute 64
5.2. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE C.E.A.P DANS L' EXECUTION DE SES ACTIVITES 64
5.2.1. Les difficultés liées à la prise en charge psychosociale 65
5.2.2. Les difficultés liées à l'assistance médicale 68
5.3. LES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES 71
5.4. CONCLUSION DU CHAPITRE 72

CHAPITRE 6 : CATEGORIES DE PERSONNES TRAUMATISEES PRISES EN CHARGE PAR LE C.E.A.P. ET NATURE D'AIDE QU'ON LEUR APPORTE 73
6.1. CATEGORIES DES PERSONNES TRAUMATISEES PRISES EN CHARGE PAR LE C.E.A.P. 73
6.1.1. Traumatisés de guerre ou mutilés 74
6.1.2. Epileptiques 76
6.1.3. Malapprenants 77
6.1.4. Maladaptés 78
6.2. DE L'AIDE APPORTEE PAR LE C.E.A.P. AUX TRAUMATISES DE GUERRE 79
6.2.1. Intervention psychologique 80
6.2.2. Intervention sociale 83
6.3. CONCLUSION DU CHAPITRE 87

CHAPITRE 7 : IMPACT DE L'AIDE APPORTEE PAR LE C.E.A.P. SUR LA VIE DE LA PERSONNE TRAUMATISEE 88
7.1. IMPACT PSYCHOLOGIQUE 88
7.1.1. Impact sur les processus cognitifs 88
7.1.2. Impact sur le vécu psycho-émotionnel 90
7.1.3. Modifications comportementales 90
7.2. IMPACT SOCIAL 92

7.2.1. Impact sur les relations avec l'entourage 93
7.2.2. Organisation et participation dans la vie de groupe 94
7.2.3. Participation dans la vie socio-économique 95
7.3. CONCLUSION DU CHAPITRE 97

CONCLUSION GENERALE 98

QUELQUES SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS 101

BIBLIOGRAPHIE 103

ANNEXES 106

0. INTRODUCTION GENERALE

Depuis que le monde existe, l'être humain a toujours été confronté à pas mal de défis pour survivre. Certains de ces défis résultent de la nature, d'autres des manœuvres de l'homme lui-même. L'accumulation de ces derniers dépassant le degré d'acceptation de l'homme, celui-ci en devient vite traumatisé ou malade.

Parmi les événements traumatisants, la guerre se trouve parmi les premiers. La latence, les hostilités, la guerre affectent l'homme dans sa vie psychique, sa famille voire sa société. Ce ne sont pas seulement les victimes qui en souffrent, même les acteurs, les spectateurs passifs peuvent aussi subir la faillite des valeurs morales et par la suite la désorganisation psychique.

Les atrocités liées à la péréquation du bien commun mal établie, les luttes de domination, d'exploitation sont en grande partie les mobiles de la guerre comme le disent L. ONIKOV et CHICHLINE, cités par Léandre NSHIMIRIMANA, définissant la guerre comme :

> « *Une lutte armée entre Etats ou entre classes sociales pour la réalisation de leurs objectifs économiques et politiques, continuation de la politique par les moyens violents* »[1].

C'est dans cet ordre d'idées que nous soulignons que nul ne devrait garder silence face à la guerre et à ses méfaits, se priver de secourir en cas de possibilité. J. NDAYISABA et N. DE GRANDMONT, le soulignent bien en disant :

> « *Où que nous vivions, nous sommes parfois bien involontairement, les spectateurs privilégiés et témoins impuissants de tous ces crimes (...). Personne ne doit demeurer indifférent face à ces drames, car loin d'être subis uniquement dans les pays atteints, ils se transportent à plus ou moins longue échéance dans toutes les terres d'accueil* »[2].

---

[1] ONIKOV, L. et CHICHLINE, cités par NSHIMIRIMANA, L., Le vécu psychosocial des élèves sinistrés de guerre : cas des élèves qui restent à l'internat pendant les vacances, mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., p.11.

[2] NDAYISABA, J. et DE GRANDMONT, N., Les enfants différents, Québec, Montréal, Les éditions LOGIQUES, 1999, p.339.

C'est pour cette raison que les associations humanitaires se regroupent pour conjuguer leurs efforts afin de subvenir aux besoins fondamentaux de ces personnes en souffrance. Sans doute, les Centres d'Ecoute et d'Aide Psychologique oeuvreraient dans ce domaine pour raviver les personnes qui souffrent suite à des traumatismes dont : les sévices corporels, les abus physiques et sexuels, les meurtres, les guerres et génocides ; travail louable mais difficile. Voici les raisons qui nous ont poussé à choisir comme sujet de recherche : « ***Problématique de la prise en charge psychosociale des personnes traumatisées de guerre : Cas du Centre d'Ecoute et d'Aide Psychologique*** ».

0.1. Justification du choix du sujet

Le choix d'un tel sujet ne nous semble aucunement relever du hasard. Connaissant que la guerre est l'événement le plus traumatisant, ses méfaits surtout ses conséquences sur les victimes, auteurs voire spectateurs passifs, leur prise en charge surtout psychosocialement est incontournable. Connaissant également la valeur d'une écoute et d'aide psychologique, surtout face aux traumatisés de guerre qu'a connus le Burundi dans sa particularité, la pratique connaît sûrement des difficultés, même des problèmes nécessitant le concours d'autrui.

Le Burundi, comme le stipulent J. NDAYISABA et N. DE GRANDMONT, connaît une guerre particulière :

> « *Il y a lieu de penser que les effets de la guerre surtout sur les enfants sont pratiquement les mêmes partout. Mais la guerre dont nous nous sommes inspiré a la particularité de s'être déroulée sous une forme génocidaire au Burundi : les victimes impuissantes face à la guerre devenaient de plus en plus des bêtes à traquer* »[3].

Pour nous, la victime enquêtée dans les années 1993 étant un enfant est sûrement adulte actuellement. Les mêmes auteurs nous rappellent que :

> « *La violence criminelle même si elle n'atteint qu'un nombre limité de personnes laisse des séquelles profondes* »[4].

Ce qui veut dire que les manifestations traumatiques ou post-traumatiques peuvent apparaître tardivement à la fois sur les victimes, les auteurs et les spectateurs passifs.

---

[3] NDAYISABA, J. & DE GRANDMONT, N., Op.cit., p.358.
[4] NDAYISABA, J. & DE GRANDMONT, N., Ibidem.

C'est avec le souci d'interpeller tous les intervenants et les décideurs politiques pour qu'ils ne se laissent pas dupés par l'arrêt des hostilités. Après avoir constaté l'apport des agents du C.E.A.P., nous voulons essayer de réveiller l'attention de toute personne soucieuse de la vie afin qu'elle reste préoccupée par le sort des victimes des traumatismes.

Le Centre d'Ecoute et d'Aide Psychologique, ayant un travail laborieux, ses difficultés opérationnelles, ainsi que celles des demandeurs des services sont analysées sinon élucidées et des recommandations sont adressées aux personnes oeuvrant dans ce domaine et aussi à toute personne soucieuse de la santé mentale.

0.2. Délimitation du sujet

En vue de subvenir aux besoins des personnes traumatisées par la guerre, bon nombre d'institutions sont au travail. Mais nous nous sommes intéressé à la seule institution, C.E.A.P. qui, à notre connaissance, jusqu'ici n'a fait objet d'aucune recherche déjà publiée. Ce centre a d'autres domaines d'intervention à part la prise en charge psychosociale des personnes traumatisées par la guerre. Pour notre travail, c'est le domaine de la prise en charge qui nous préoccupe uniquement. L'institution pouvant avoir d'autres antennes, dans différentes zones d'intervention, nous nous limitons à celles qui se trouvent à Bujumbura et dans ses environs. Comme cette recherche n'a pas pour but la généralisation, les conclusions portent sur les enquêtés uniquement. Cependant, des chercheurs du même domaine ou des institutions similaires pourront s'en inspirer.

I^{ère} PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS

Pour bien appréhender le concept « problématique », il est nécessaire d'élucider le concept « problèmes ».

1.1. Problèmes

Selon R. DORON & F. PAROT, les problèmes :

« *Ce sont les situations face auxquelles le sujet ne dispose pas de conduite adaptée instantanément mobilisable* »[1].

Cela veut dire que problématique signifierait la manière dont se pose un problème, les difficultés exigeant les diverses stratégies, méthodes mises en œuvre ou adoptées par le sujet pour faire face à tel ou tel objectif.

1.2. Prise en charge

Ce concept signifie plus d'une manière de faire les choses. Il y a prise en charge qui revêt le caractère de supporter les coûts matériels d'autrui comme il y en a dans le volet psychologique, même psychosocial.

Pour notre cas, c'est la prise en charge psychosociale qui nous intéresse. Sinon, à lui seul, le concept de « prise en charge » implique le support, surtout matériel, des fois moral voire psychique d'autrui. A. NIYIBIGIRA l'explique bien en disant que :

« *La notion de prise en charge est une notion difficile à définir. A l'origine, le concept de prise en charge était assimilable à la charité. Terme qui était utilisé pour parler de l'aide aux personnes mal adaptées, aux déshérités et aux handicapés* »[2].

Il est vrai que toutes ces catégories de personnes ont plus besoin de soutien matériel, mais plus utile encore est le soutien moral et psychologique. Il leur faut la revalorisation,

---

[1] DORON, R. & PAROT, F., Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 2e éd., 1998, p.565.

[2] NIYIBIGIRA, A., La contribution de THARS dans la réhabilitation psychosociale des personnes traumatisées. Cas des victimes de torture, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2006, p.29.

l'estime pour une meilleure adaptation face à ce monde moqueur. C'est en cela que consiste essentiellement la prise en charge dont il est question ici.

1.3. La prise en charge psychosociale

Ce qui semble nouveau ici c'est l'épithète « psychosociale » qui signifie « aide » et cette dernière vise la rééducation, la réintégration de l'homme. A. NIYIBIGIRA, parlant de cette aide dit :

> « *L'aide fournie à une personne traumatisée doit revêtir un cadre singulier dans le soutien psychosocial pour se libérer de l'angoisse de la dépression et des tentatives suicidaires, d'où une période de réajustement est nécessaire* »[1].

L'aidant doit pouvoir jouer son rôle de meneur de jeu de telle façon que l'aidé puisse se remettre. L'aidant manifeste l'autorité même dans l'observance thérapeutique qui peut revêtir d'autres traits à caractère matériel ayant le sens de subvenir aux besoins de la personne assistée, aidée.

1.4. Ecoute

Selon R. DORON et F. PAROT, dans Dictionnaire de Psychologie :

> « *Le terme écoute désigne une attitude certes attentive, mais surtout réceptive à ce que le patient, le client ou le sujet exprime, attitude jugée favorable à la relation* »[2].

Dans le même ordre d'idées, l'équipe du C.R.I.D. (Centre de Recherche pour l'Inculturation et le Développement) souligne que

> « *C'est se mettre totalement à la disposition d'un malade afin de lui permettre de se confier à vous* »[3].

Pour le cas présent, il s'agit d'une écoute bienveillante et empathique de l'autre. C'est une qualité de présence particulière envers l'être humain, qui lui est offert comme cadeau. Sa particularité réside dans le fait de donner toute son attention à celui qu'on écoute, en se libérant toutefois de tout préjugé à l'égard de toute personne. C'est accepter d'accueillir

---

[1] NIYIBIGIRA, A., Ibidem
[2] DORON, R. & PAROT, F, Dictionnaire de psychologie, 2e éd., Paris, PUF, 1998, p. 228
[3] Equipe du C.R.I.D., Thérapie sociale et réconciliation, Bujumbura, ACA, 2004, p.163.

l'autre tel qu'il est. Une telle écoute est aussi attentive et exige la disponibilité et la disposition. La même équipe du C.R.I.D. continue en disant :

> « *L'écoute attentive amène quelqu'un à retrouver progressivement confiance dans la société et à nouveau, nouer des relations sociales avec les gens mais sur de nouvelles bases.* »[1].

Une telle écoute équivaut à une aide de plus grande valeur car elle permet de retrouver le souffle, le goût de la vie, l'estime de soi, la valorisation, même l'autonomie. C'est vraiment un cadeau précieux.

1.5. Aide (relation d'aide)

Parlant de la relation d'aide, nous pouvons dire qu'elle a des particularités par rapport aux autres types de relations. Elle exige de l'aidant des qualités primordiales et exceptionnelles comme : la connaissance et la maîtrise de soi, la présence réelle, la disponibilité, la disposition et la compréhension de l'aidé. Selon KAZOVIYO, J.M. :

> « *L'aidant ne peut pas prétendre aider les autres si son esprit est rongé par ses propres problèmes* »[2].

Pour le cas qui nous concerne, nous ajoutons qu'à côté de relation hiérarchique, de dépendance où l'aidant prend la position supérieure et l'aidé étant soumis à son autorité, la relation d'aide est presque symbiotique dans le face à face où les deux, aidant et aidé partagent les mêmes situations de vie. L'aidant cherche à ce que l'aidé lui exprime ses sentiments, besoins et lui adresse une bonne demande auxquels ils vont ensemble essayer de répondre en commun accord pour que la vie des deux soit sauvegardée. L'autre particularité est soulignée par LAFON, R., en disant que :

> « *L'aide sociale qui comporte surtout les moyens matériels et financiers, doit être complétée par une aide plus humaine et plus psychologique dans l'optique d'une participation de la collectivité à l'éducation des individus et des groupes et à leur intégration dans la société. Pour la désigner nous avons proposé la terminologie*

---

[1] Equipe du C.R.I.D., Ibidem

[2] KAZOVIYO, J.M., Efficacité et limites d'une prise en charge psychosociale institutionnelle des orphelins du SIDA, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2007, p.15.

d'«aide psycho-sociale ». Elle peut aller du simple entretien ou conseil jusqu'à la psychothérapie, et porter sur l'individu ou les divers groupes »[1].

Cette aide exige surtout la connaissance et la maîtrise de soi. Elle peut passer de l'individuocentration à la sociocentration ce qui fait qu'on pratique la relation transactionnelle.

1.6. Traumatisme

Dans l'univers scientifique, le concept « traumatisme » a déjà fait objet de plusieurs définitions qui sont relatives à des situations diverses. Quelques-unes de ces définitions n'intéressent pas le cas présent. D'après LAROUSSE :

« *Le traumatisme (du grec trauma, blessure) résulte d'un choc violent susceptible de déclencher les troubles somatiques et psychiques* »[2].

L'insistance se remarque sur l'intensité du choc affectant à la fois le soma et la psyché car les deux sont intimement liés et inséparables. E. NKINABACURA reprenant HELLBRUN R. (1982) dit que :

« *Le traumatisme psychologique est un ensemble des troubles de la vie affective et de la personnalité déclenchés chez un sujet par un choc émotionnel* »[3].

A côté du choc sur le soma pouvant se répercuter sur la psyché, l'auteur mentionne les aspects émotionnels et affectifs constituant la psyché et par conséquent c'est la personnalité du sujet qui en est atteinte. Le sujet se trouve alors abattu par les traumatismes parce qu'il régresse et déprime.

1.7. Guerre

Le concept « guerre » comme événement traumatisant n'est autre que ce conflit qui est soit latent, ouvert, ou même les divers enjeux explosifs, ou bien aussi les esprits revanchards de l'après-guerre. La guerre, en tant qu'événement malheureux, traumatisant a aussi d'autres

---

[1] LAFON R., Vocabulaire de psychopédagogie et psychiatrie de l'enfant, Paris, PUF, 1991, p.47.
[2] Dictionnaire de psychologie, Paris, Larousse, 1978, p.304.
[3] HELL BRUN, R. cité par NKINABACURA, E., Rôle et attitudes de l'éducateur du foyer d'accueil face à l'enfant victime de la guerre, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2000, p.23.

formes comme par exemple, l'attente d'une agression, la sensation d'une mort prochaine et imminente, l'insécurité généralisée, l'ignorance ou l'incertitude de l'origine du danger, les travaux forcés causant une fatigue de mort, la privation de la nourriture et du sommeil, la carence de secours, ...

Sachons que la cessation des hostilités n'est pas la seule condition pour déclarer la fin de la guerre. Il faut plutôt prendre le temps suffisant pour d'abord éliminer d'autres éventuels éléments traumagènes y relatifs et soigner, guérir les cicatrices causées par la guerre.

Bref, voici quelques concepts qui nous aident à analyser la problématique de la prise en charge psychosociale des traumatisés de guerre. Aussi, voyons ce qu'en disent de façon générale certaines théories ayant tenté d'expliquer le traumatisme.

CHAPITRE 2 : GENERALITES SUR LES TRAUMATISMES ET LEUR PRISE EN CHARGE

Avant d'aborder le sens de la prise en charge, nous aimerions d'abord prendre le temps de savoir ce qui nécessite une prise en charge psychosociale, les traumatismes en général, et les traumatismes de guerre en particulier.

Du point de vue général, les traumatismes peuvent provenir de grandes catastrophes naturelles comme les tremblements de terre, les incendies, les éruptions volcaniques, les typhons et raz-de-marée, les accidents, etc. M. HANUS, dans le même ordre d'idées stipule que :

> « *Les morts par faits de guerre et génocides comme nous en voyons encore terriblement dans certaines parties du monde, les morts par attentats, sont particulièrement traumatiques du fait qu'elles atteignent des innocents, des populations civiles, des femmes et des enfants* »[1]

Ces situations de guerre, de catastrophes naturelles ou d'accidents peuvent déclencher chez certaines personnes plus fragiles des réactions confusionnelles plus ou moins profondes et plus ou moins prolongées. Les morts multiples et de manière violente et inattendue, les corps mutilés ou disparus, touchent les victimes du fond de leur cœur et ces trauma durent longtemps. Ils éprouvent un ressentiment qui risque d'évoluer à la vengeance inassouvissable. De tels traumatismes exigent des soins particuliers et une urgence exceptionnelle.

2.1. GENERALITES SUR LES TRAUMATISMES

Du point de vue global, nous pouvons dire que tout événement traumatique crée une détresse du « Moi » qui se manifeste par la peur, l'impuissance, l'anxiété, la dépression et l'horreur. La guerre, sous ses formes entre autres : assassinats, vols, viols, destructions massives, exils, tortures, etc., qui s'est déroulée dans notre pays le Burundi et sur fond d'ethnocentrisme totalitaire, voire génocidaire dans certaines localités, a emporté tant de vies humaines, a fait fuir vers l'étranger tant de compatriotes et tant d'autres déplacés rassemblés dans des camps à l'intérieur du pays.

---

[1] HANUS, M., Les deuils dans la vie, Paris, Maloine, 2006, p. 173

Toutes ces situations désastreuses ont blessé tous les burundais comme le souligne l'équipe du CRID : (Centre de Recherche pour l'Inculturation et le Développement) en disant :

> « *Pratiquement, tous les burundais de quelque bord qu'ils se trouvent en ont récolté des blessures, souvent profondes. Chez certains ces blessures sont devenues même des gangrènes à cause des crimes de sang demeurés impunis, à cause des biens pillés au vu et au su de la communauté et ne pouvant pas retourner chez leur propriétaire* »[1].

Les victimes en sont tous les burundais, auteurs ou spectateurs passifs ou victimes indirectes Parmi les victimes directes, atteints physiquement et/ou psychiquement, nous pouvons déceler quelques catégories sur base du degré de vulnérabilité.

2.1.1. Les différentes catégories des personnes traumatisées par la guerre

Partant de la définition du traumatisme telle que conçue par l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Founds) ou (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) :

> « *Traumatisme est une manifestation périodique ou régulière de comportement sous l'effet de certains stimuli qui révèlent certaines perturbations dans la vie antérieure du sujet* »[2].

Nous pouvons souligner que les victimes du traumatisme de guerre diffèrent selon le rôle joué durant ces périodes sinistres. Les blessures ou traumatismes s'observent et sur le bouc émissaire et aussi sur le bourreau. Du fait que les violences vécues au cours d'une guerre se reconstituent le plus souvent en une succession et une accumulation des traumatismes, il est opportun de souligner la différence d'affects entre les traumatisés physiques et/ou psychiques et les bourreaux, les spectateurs passifs ou rescapés mais blessés et ceux ayant échappé à l'assassinat des leurs ou au pillage de leurs biens commis sous leurs yeux.

---

[1] Equipe du C.R.I.D., Op.cit., p.1.
[2] UNICEF-BURUNDI, Aider un enfant traumatisé, manuel à l'usage des parents et autres éducateurs, Bujumbura, Unicef, 1996, p.17.

2.1.1.1. Les traumatisés physiques

La guerre étant un crime inimaginable, sa répercussion sur l'individu, la famille ou la société, cause des pertes de vies humaines. Certains peuvent être amputés de membres du corps, d'autres blessés gravement jusqu'à connaître des perturbations de la vie.

1° Les blessés

Parmi ceux-ci, peuvent figurer ceux qui ont des blessures crâniennes, d'autres des cicatrices dues aux coups de machettes, lances, marteau, matraque, couteau ou autres objets. La soudaineté de tels événements, commis par les hommes de chair et de sang, parfois les voisins qui étaient jadis bien connus par les victimes, créent un choc émotif pouvant générer la dépression et/ou l'anxiété. Les victimes sont frappées de stupeur comme l'exprime le professeur S. SUGURU :

> « *La personne traumatisée fait l'expérience de sidération se traduisant par une triple incapacité : à contenir, à penser et à dire* ».[1]

2° Les amputés

Ces derniers sont dépourvus de l'un ou l'autre membre de leur corps durant la guerre. Ils ont une amertume contre les coupables ou ceux qui les ressemblent. Du fait que la guerre qu'a connue le Burundi avait un cachet ethnique, la victime amputée, une fois qu'elle rencontre une personne de la même ethnie que les bourreaux, éprouve du chagrin. Les amputés plus que les blessés vont ruminer leur incapacité suite aux traumatismes subis.

Pour ce fait, ils se considèrent comme assassinés. Ils ne cessent de nourrir un esprit de vengeance et de haine. M. HANUS le souligne en disant que :

> « *En temps de guerre ou de génocide, une collectivité plus ou moins vaste est concernée ; l'assassinat d'une personne précise la situe dans l'exception. Mais les*

[1]SUGURU,S., Séminaire de psychologie clinique, 2ème licence, Cours inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2007-2008.

unes et les autres réclament vengeance puisque des responsables existent... Ce qui ne pourrait qu'envenimer le cycle des haines et des vengeances »[1].

Chaque fois qu'un manchot, un borgne, un boiteux ... rencontre des difficultés dans la vie il ne tardera pas de piquer la crise.

3° Les traumatisés crâniens

Les blessures crâniennes en périodes critiques comme la guerre n'entraînent pas seulement les effets liés aux traumatismes physiques, mais aussi la sidération et le ressentiment du vécu. Les traumatisés peuvent contracter un dysfonctionnement neurologique, perturbé au point de vue comportemental, surtout l'organisation mentale dérangée. Le cerveau, une fois touché par de tels traumatismes peut occasionner la régression fonctionnelle. Cela révèle l'atteinte des fonctions cérébrales.

2.1.1.2. Les traumatisés psychiques

1° Les impliqués, bourreaux ou auteurs de guerre

Même si nous risquons de croire qu'un auteur de crime ne souffrirait de rien en rapport avec le crime commis, quoiqu'il ne soit pas du tout touché ni poursuivi, l'acte criminel qu'il vient de commettre le tourmentera. Il arrive que les bourreaux, suite à l'insécurité intérieure ou à la reviviscence de la scène criminelle adoptent des comportements atypiques. Ils vont essayer de combattre ces souvenirs en multipliant des exactions, mais en vain. Ils croient qu'en agissant ainsi ils vont vaincre le remords. Cependant, les menaces intérieures vont s'accentuer et le sujet finit par être vaincu. Celui qui était sujet de terreur commence à manifester des troubles de la paranoïa.

[1]HANUS M., Op.cit. p.174.

2° Les spectateurs passifs

Ceux-ci sont souvent ceux qui ont assisté à des tueries, ou subi des menaces pendant la guerre. Ils ont du mal à sortir de l'effroi du moment traumatique qui dure des jours, voire des années dans certains cas. Les survivants sont dans un état d'hébétude et de sidération. Les crimes qui se sont commis sous leurs yeux comme : l'assistance à la déportation des leurs vers une destination inconnue, sans espoir de retour plus grave encore sans les secourir suscite en eux l'auto-culpabilisation. Ils semblent fascinés par une scène à laquelle ils ont eux seuls assisté. Ils vivent une réalité que leur entourage ne connaît pas, chacun assiste à une scène qui se déroule inlassablement devant lui. L'inertie, le détachement, l'absence, le repli sur soi caractérisent leur monde extérieur.

Malgré tout cela, toute activité de pensée peut parfois ne pas être paralysée, mais dominée par des sentiments de dépersonnalisation – déréalisation faisant suite au sentiment de peur et d'inertie. Selon DE CLERCQ et LEBIGOT, cités par C. AMANIMANA :

> « *Dans le silence de l'effroi, l'image traumatique installe une menace interne, donc à demeurer une source d'angoisse qui aura ses effets dans l'immédiat mais aussi sur le long terme. Elle a traversé l'appareil psychique sans trouver de représentation* »[1].

3° Les intervenants ou victimes professionnelles

D'après M. HANUS :

> « *Tous les intervenants qui ont été en contact avec des faits de guerre, de génocides, de barbaries, ont un besoin imprescriptible de pouvoir participer à des groupes de paroles et de soutien à leur tour* »[2].

Cela nous laisse percevoir que les professionnels ou les intervenants auprès des traumatisés de guerre peuvent d'une façon ou d'une autre être des victimes directes. Nous admettons que professionnels qu'ils soient, ils restent humains, sensibles et compréhensifs. Des fois, ils récoltent de l'écouté, des récits des victimes, une compassion pouvant entraîner un ressentiment vis-à-vis des bourreaux, ou bien même de la sympathie à l'égard de la victime pouvant occasionner des propos non contrôlés.

---

[1] DE CLERCQ & LEBIGOT cités par AMANIMANA, C., Les traumatismes de guerre au Burundi, Bujumbura, Centre UBUNTU, 2007, p.147.

[2] HANUS,M.,Op.cit., p.176.

2.1.2. Les signes, symptômes et/ou syndromes psycho-traumatiques

Lorsque des événements terrifiants, comme la guerre, surviennent, il est normal que l'on observe des modifications comportementales chez les victimes. Ainsi, il y a installation du traumatisme qui bouleverse presque toutes les fonctions vitales déjà acquises. Si le traumatisme s'installe, la tension reste à son paroxysme et ne baisse pas d'intensité. De ce fait, nous allons assister à des signes comme pleurer sans raison apparente, colère excessive, cris de rage, manque d'appétit de façon chronique, manger sans être rassasié, maux de ventre, céphalées, insomnies prolongées, etc. Il y a risque d'évolution des symptômes en syndromes psycho-traumatiques soit aigus ou chroniques. D'après l'équipe du CRID :

« *Toutes ces perturbations sont classées dans trois grandes catégories à savoir :*

- *les signes physiques et physiologiques ;*
- *les signes de perturbation comportementale ;*
- *les troubles de la vie en société* »[1].

2.1.2.1. Les signes physiques et physiologiques

Les différents massacres qui se sont produits au Burundi, occasionnant ainsi la perte des vies humaines, la destruction et le pillage des biens ne pouvaient pas laisser intact le psychisme de ceux qui les ont vécus. Le vécu psychique touché manifeste des séquelles physiques et/ou physiologiques puisque le traumatisme résulte d'un choc violent susceptible de déclencher les troubles somatiques et psychiques. Des fois, le sujet peut avoir l'un ou l'autre membre amputé. D'autres peuvent manifester les effets de la torture et/ou du viol avec des traces visibles.

Cela peut occasionner des perturbations psychomotrices avec tremblements des membres, des yeux rougis et un visage tendu. Nous ne pouvons pas oublier de signaler des problèmes d'audition, d'impulsivité, de fatigue mêlée de tristesse pouvant être perçue à l'œil nu. C'est la fragilité physique causée par les traumatismes de cet événement macabre qu'est « la guerre ». D'autres troubles comme, des nausées-vomissements, des diarrhées fréquentes causées par la détresse et la tristesse peuvent s'observer. La cécité et la surdité comme signes

---

[1] Equipe du C.R.I.D., Op.cit., p.39.

de conversion somatique des troubles purement psychologiques s'observent surtout quand les symptômes évoluent vers le syndrome.

Le sujet traumatisé peut régresser jusqu'à faire ses besoins au lit alors que la propreté avait été déjà acquise avant le surgissement de cet événement. Le comportement est ainsi perturbé, ce qui dérange le sujet voire sa famille.

2.1.2.2. Les signes de perturbation comportementale

Partant des propos de C. AMANIMANA, nous signalons les caractères d'un survivant d'une guerre et ses comportements en disant que :

> « *Le survivant est dans un état d'hébétude, de sidération, semble fasciné par une scène à laquelle lui seul assiste. Par rapport au monde extérieur, il est perplexe et détaché et ses échos lui parviennent comme à travers un filtre ou bien, il est même totalement absent ; la seule « réalité » à laquelle il a affaire étant le réel de l'événement qui continue à se dérouler devant lui* »[1].

Le choc traumatique qu'il a subi que l'auteur nomme « réalité » ou « réel événement » continue à l'effrayer jusqu'à se sentir anéanti, les facultés intellectuelles enfouies ou paralysées.

Le sujet traumatisé a un regard vide, vague et lointain, privé de toute expression, ce qui témoigne de son manque de concentration et l'égarement vis-à-vis de ses propres idées. A l'endroit de son entourage, il est indifférent si pas agressif, il les évite, se replie sur lui-même et tourne dans un cercle vicieux de ses malheurs sans aucune voie de sortie ou de tentative de sortie. La panique qu'il éprouve fait qu'il ouvre grandement ses yeux et respire profondément comme s'il venait de très loin et très vite. Il reste aux aguets d'un danger imminent. De ce fait, il essaie d'éviter tout ce qui rappelle l'événement traumatisant.

Blessé intérieurement, traumatisé, il manque d'attention à tout ce qui se trouve autour de lui. Il considère toute tentative de l'approcher comme une agression, tout geste charitable d'hypocrisie ou tout simplement que cela lui était dû. Il devient pour le moment un centre

[1] AMANIMANA, C., Op.Cit.,p.147.

d'intérêt de sa famille, de son entourage, de sa société alors que ceux-ci sont perçus comme des persécuteurs. La vie en société devient pour lui un lourd fardeau et insupportable.

2.1.2.3. Les troubles de la vie en société

Pour un sujet traumatisé, vivre en société ne peut ne pas être entaché, car la guerre qu'a connue le Burundi depuis 1993, était à caractère ethnique. Ce qui est normal qu'une personne victime d'un tel événement éprouve de la peur, de la haine et des préjugés envers les gens de l'autre ethnie ou des politiciens selon que ces groupes soient pris pour bourreaux par le traumatisé victime.

Les militaires et les groupes armés qui ont combattu le gouvernement ont pris une part importante dans les forfaits qu'ont connues les personnes civiles et innocentes. Partant de la définition du traumatisme donnée par l'équipe du C.R.I.D. :

> « *Le traumatisme est un choc (une blessure) émotionnel très important qui fait souvent suite aux événements pénibles survenant brusquement dans la vie de quelqu'un, entre autre : expérience d'une menace de mort, guerre et accidents, observer une personne en danger de mort, ...* »[1].

Nous pouvons, sans risque de nous tromper, dire que le sujet victime de ces blessures ou de l'une d'entre elles peut adopter de comportements qui vont jusqu'à éloigner, négliger, éviter même combattre les autres, sous prétexte qu'ils sont soit bourreaux, soit complices de son malheur.

La souffrance d'un membre de la société affecte les autres, non seulement du point de vue sécuritaire mais aussi économique, voire affectif. Le syndrome aigu comme le persistant causent des réactions de type dissociatif comme sidération, dépersonnalisation, pseudo-confusion, fugues, activités automatiques, amnésie péri-traumatiques celles-ci étant les plus caractéristiques des réactions traumatiques et anxieuses, seulement durant peu de temps ou peu de jours. M. MONTREUIL et al. le soulignent bien en disant que :

> « *Un syndrome traumatique aigu est un état ou réaction de stress à la suite d'un événement hors du commun, confrontant directement le sujet à la mort ou à un équivalent symbolique, se déclenchant immédiatement ou dans les minutes suivant l'événement qui a*

[1] Equipe du C.R.I.D., Op.cit., p. 161.

suscité un sentiment de peur, d'impuissance ou d'horreur (...). Quand les perturbations perdurent pendant plusieurs jours avec pour caractères distinctifs deux éléments essentiels dont :

- *le revécu répétitif de l'événement traumatique ;*
- *l'évitement des situations similaires à l'événement traumatique* »[1].

Le sujet face à la guerre est un sujet face à la mort sinon à son équivalent symbolique. Comme l'instinct de vie ou de survie existe chez tout être humain, la réaction d'évitement ou de combat contre cette mort imminente est immédiate et soudaine avec comme manifestation des troubles de comportement. Une fois que ces perturbations perdurent pendant plusieurs jours, le syndrome traumatique aigu se développe et devient ipso-facto persistant. Le traumatisé contracte un émoussement général avec une asthénie, une restriction d'activités et d'affects, des troubles de concentration et de mémoire , du détachement vis-à-vis d'autrui ou dépendance régressive, sentiment d'absence d'avenir et surtout des plaintes de culpabilité incessante.

Bref, un tel sujet est un être dans une situation d'extrême nécessité d'une prise en charge quelle qu'elle soit afin de surmonter ces trauma.

2.2. DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES

Généralement, pas mal d'événements perturbent le maintien de la paix dans de nombreuses localités de la planète. Le malheur, la violence, la guerre, la cruauté, la terreur et la mort sont devenus des réalités marquant, interpellant et mobilisant tout un chacun à reconnaître l'horreur. La survie de l'humanité, la solidarité et l'harmonie entre les peuples de la terre exigent des humains une entraide et un support mutuel dans le but d'atteindre les valeurs de la liberté et de la vie.

Ainsi, en cas de présence des traumatisés, nous devons intervenir matériellement, psychosocialement, le plus rapidement possible sinon, plus la prise en charge est tardive, plus il devient difficile de remonter la pente.

---

[1]MONTREUIL, M. & DORON, J., Op.cit. p. 129.

2.2.1. De la prise en charge matérielle

Dans les rapports humains, le matériel, au service de la vie quotidienne, n'est pas toujours à la disposition de qui veut l'utiliser. La charité exige que l'on subvienne aux besoins de son semblable soit matériellement soit aussi moralement. Qui pose l'acte charitable prend en charge l'autre en situation de manque. On dit couramment qu'on supporte son alimentation, son habillement, sa scolarité, son logement, etc. Ainsi, R. LAFON l'a bien souligné en disant que :

> « *C'est un engagement par un tiers payant à assurer en totalité ou en partie le remboursement des frais de déplacement dans un établissement de cures, de rééducation, de repos ou de convalescence* »[1].

L'auteur, en soulignant particulièrement les frais de déplacement dans un établissement de cure, de rééducation, de repos ou de convalescence, voulait mettre en évidence le désir du tiers payant d'assurer le bon déroulement des soins psychiatriques.

Nous pouvons souligner que même le prêt des frais de soins a constitué et constitue encore un acte charitable qui suscite une reconnaissance inégalable de l'emprunteur vis-à-vis de son débiteur. Parmi les conditions matérielles qu'exige une prise en charge psychologique, l'espace physique et pas n'importe lequel est d'une importance capitale. Il s'agit de l'espace où les sujets en partenariat, le thérapeute et le client éprouvent chacun dans son esprit, la tranquillité et la sécurité.

2.2.2. De la prise en charge psychosociale

Cette pratique professionnelle et scientifique s'applique à plus d'un domaine. Nous pouvons constater la prise en charge psychosociale des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA, - des maladaptés, - des déshérités voire des handicapés.

I. NGENDAKUMANA & C. NDUWARUGIRA le soulignent dans ces termes :

> « *La prise en charge implique une aide privée aux maladaptés, aux déshérités et aux handicapés à l'origine considérée comme question de charité, mais aujourd'hui comme une relation professionnelle dans laquelle une personne doit être assistée pour*

[1] LAFON, R., Op.cit., p.574.

son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas naturellement »[1].

Si nous essayons d'analyser les considérations de ces auteurs, nous constatons l'aspect privé de l'aide, la philosophie d'aide d'autrefois. Cette pratique a trait aux pratiques qu'on observe couramment, surtout dans les villes, particulièrement sur les places publiques où nous trouvons handicapés, déshérités, maladaptés, enfants et adultes, hommes et femmes, pratiquant la mendicité. Ils sont là, tendent la main à tout passant, aide qui le veut et le peut. Sur la même place, ils reçoivent de l'aide en nature ou en argent, mais à côté de cela, ce sont des injures et des moqueries qui ne font que les troubler et les traumatiser davantage. Comme cela, les trauma s'accumulent.

Du point de vue psychologique, les traumatisés de guerre nécessitent une intervention analytique multiaxiale avec comme but ultime de réparer les souffrances dues au passé. T. TOURNEBISE a qualifié cette intervention de psychothérapie et distingue quatre sortes différentes, dans les termes qui suivent :

« *Les psychothérapies analytiques s'occupent de réparer les souffrances dues au passé en travaillant sur ce passé par la parole, grâce à une écoute non directive. (...) Les psychothérapies comportementalistes proposent de mettre en place un comportement plus performant pour résoudre une difficulté psychologique. Elles mettent en œuvre la « rééducation » ou « reprogrammation » d'un comportement plus efficace grâce à un apprentissage par des actes et par de l'expérience (...). Les psychothérapies psychocorporelles comme les analytiques réparent les blessures du passé. Mais elles utilisent la voie corporelle plutôt que la voie verbale : elles mobilisent et écoutent le corps pour accéder à la libération de ce qui est enfoui, de ce qui est enkysté (...). Les thérapies maïeusthésiques, comme les analytiques, travaillent aussi sur les blessures du passé par la parole. Mais elles distinguent deux étapes :*

- *d'une part, la localisation de la zone de la vie concernée ;*
- *d'autre part, la réhabilitation - ou naissance à accomplir* »[2].

---

[1] GENDAKUMANA, I. & NDUWARUGIRA, C., Guide de prise en charge psycho-sociale des séropositifs asymptomatiques et des malades du Sida, Bujumbura, Minisanté, P.N.L.S./M.S.T., 1991, p.17.
[2] T. TOURNEBISE, L'écoute thérapeutique : cœur et raison de la psychothérapie, Paris, E.S.F., 2005, p.26.

Travailler sur un passé conflictuel, avec usage de la parole, de l'écoute active et tout ce que ces pratiques exigent n'est autre chose qu'amener la personne traumatisée à la conscience de ce qui s'est passé et ressenti dans le temps passé. De plus, la rééducation ou reprogrammation d'un comportement traumatique s'avère d'une importance capitale dans la prise en charge psychosociale.

En outre, la pratique utilisant la voie corporelle plutôt que verbale mobilise et écoute le corps pour accéder à la libération des tensions grâce à des actes physiques concrets. Ces actes concrets sont entre autres : les mouvements de relaxation, respirer, crier, frapper sur quelque chose, etc. pour accéder au ressenti d'une situation traumatisante antérieure afin que le sujet puisse extérioriser ses effets.

Enfin, la préoccupation première de la maïeusthésie est l'efficacité issue de la délicatesse, la liberté et le respect dans la pratique. Avec la maïeusthésie, le présent et le passé trouvent une certaine dualité. Dans cette dualité le présent ne sera plus considéré comme une situation dramatique mais une ressource pour le passé et ce dernier est une source d'une nouvelle assise au présent. Son problème est une part manquante prise comme une partie du corps humain, précieux pour le patient, qui lui est difficile à lâcher, auquel il s'identifie.

Même si l'approche maïeusthésique utilise des techniques issues d'autres courants, elle reste indépendante et sa particularité lui permet de devancer le problème en travaillant sur les vides ou sur les parts manquantes avant qu'ils (elles) ne s'expriment. Elle n'utilise que la parole libératrice ou « talking cure » permettant au patient de se libérer de ses affects. Ainsi, c'est la restauration de ses processus mentaux, bouleversés par les événements macabres qui débute. Les perturbations comportementales sont maîtrisées par le sujet lui-même.

Socialement, le traumatisé de guerre nécessite et le soutien matériel, moral et surtout le soutien affectif pour son vécu psychique et social équilibré. Il a besoin de son semblable à ses côtés durant ces périodes difficiles, un semblable lui témoignant de la compréhension et de l'affection. Il faut lui permettre le dialogue et la communication afin qu'il puisse raconter et verbaliser son vécu, ses considérations et exprimer ses sentiments et besoins. Il faut aussi prévoir des occasions de liquidation collective des affects négatifs dans une atmosphère sociale tranquillisant et enfin élucider les intérêts communs qui favoriseront la cohésion sociale.

2.2.3. La philosophie de la relation d'aide

Essentiellement, nous distinguons deux grands types de thérapies dont l'organisation et la gestion diffèrent l'un de l'autre. Il y a la thérapie de face à face que nous appelons séance de thérapie contextuelle car basée sur le dialogue entre thérapeute et client bien que pouvant intégrer, au cas échéant, d'autres membres de l'entourage du patient. Il y a aussi la thérapie dite systémique qui prend l'individu dans sa totalité et dans son réseau social ou ses relations sociales. C'est la pratique de la constellation systémique ou des interactions.

R. MUCHIELLI, le souligne bien quand il parle des interactions en relations thérapeutiques :

> « *L'interaction est un phénomène de la relation intersubjective et ceci ne fait que traduire le fait bien connu que nous agissons et réagissons non seulement en fonction de nos buts personnels, mais également en fonction de ce que nous font et nous disent les autres* »[1].

Les deux, thérapeute et patient, se créent un sentiment de solidarité affective même si une des deux personnalités éprouve des difficultés. Pour notre cas, nous nous intéresserons à la pratique thérapeutique contextuelle ou le face à face.

2.2.3.1. L'organisation des séances thérapeutiques

La rencontre thérapeutique de courte comme de longue durée exige du thérapeute une certaine organisation plus ou moins spécifique. Le thérapeute doit s'organiser lui-même, se défaire de ses propres soucis, ses propres problèmes, vérifier sa tenue, organiser son cabinet : (bureau, matériel de bureau) avant d'entamer l'activité thérapeutique afin que son client soit rassuré ; comme le dit M.B. ROSENBERG :

> « *La véritable coopération commence lorsque les participants ont l'assurance que leurs besoins et valeurs seront considérés avec respect* »[2].

---

[1] MUCCHIELLI, R., L'entretien de face à face dans la relation d'aide : applications pratiques, Paris, E.S.F., 1975, p.28.

[2] ROSENBERG, M.B., Nous arriverons à nous entendre : suivi de Qu'est-ce qui vous met en colère ?, Saint-Julien en - Genevois Cedex, Jouvence 2003, p.11.

1° De l'organisation intérieure

Le thérapeute comme toute autre personne a des soucis, des sentiments, des émotions et des besoins. Il rencontre des contraintes liées à la vie quotidienne comme les autres. Cependant, pour exercer sa fonction professionnelle, il s'avère incontournable de réguler ses émotions et sentiments sinon, il risquerait d'être qualifié d'incompétent, d'indigne, car au lieu de guider, de servir, il se serait fait guider par son patient d'où l'incompréhension des deux subjectivités.

2° De l'organisation du bureau

L'emplacement du bureau, l'ambiance de son entourage, le rangement du matériel de bureau comptent beaucoup en matière de relation thérapeutique. J. COTTRAUX le souligne quand il dit que :

> « *Le bureau où ces rencontres ont lieu peut être considéré comme un lieu thérapeutique où le patient manifeste les mêmes comportements que dans sa vie personnelle* »[1].

Ce qui veut dire que le lieu de rencontres thérapeutiques peut être considéré par le patient comme un milieu tranquillisant, un endroit longtemps souhaité, où il s'exprime aisément, sans contrainte, l'endroit sécurisant. Alors, il recourt à la façon dont le bureau est organisé pour que le patient, dès son arrivée, puisse s'y représenter et s'y exprimer correctement.

2.2.3.2. La gestion des rencontres thérapeutiques

La gestion des rencontres thérapeutiques impute la grande responsabilité au thérapeute, lui qui organise l'accueil, les séances en durée et en nombre, l'écoute, les relations transactionnelles, voire la séparation qui n'est moins importante. En tant que guide, il doit être doté des qualités et compétences pour pouvoir mieux servir et aider suffisamment tous ceux qui viennent à sa rencontre.

---

[1] COTTRAUX, J., Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité, 2ème éd. revue et augmentée, Paris, Masson, 2006, p.165.

1° L'accueil du patient

Le thérapeute, dans son travail thérapeutique a les prérogatives d'organiser et de gérer la rencontre des deux protagonistes ou deux subjectivités. Toujours conscient que chaque cas est un cas unique, son accueil ou sa première rencontre exige des règles d'or comme l'a souligné A. NDIMUBANDI en disant que :

> « *Dans toute observation psychologique, la prudence et la nuance restent les règles d'or. L'observateur doit mettre à l'aise et en confiance l'observé pour réduire le plus possible son interférence et la subjectivité inhérente à ce genre de travail. Il va faire de son possible pour se présenter devant l'observé comme un partenaire qui a envie de partager l'avis du client* »[1].

La prudence et la nuance sont des qualités du thérapeute pour qu'il ne rate pas la rencontre avec son client et surtout que chaque client est particulier. Il n'y a pas un qui soit semblable à l'autre même s'ils présentaient les mêmes symptômes. Il doit se défaire de ses a priori lors de la présentation du client, sinon il risque la résistance du client qui prendrait pour agression ou domination toute tentative du thérapeute d'une éventuelle investigation. Il doit aussi établir la sécurité interne du client, le tranquilliser car c'est la face qui souffre le plus. C. ROGERS le souligne bien quand il dit que :

> « *La sécurité interne n'est pas le produit de quelque technique bien circonscrite. Elle résulte de la mise en œuvre par le thérapeute de certaines attitudes, d'un certain esprit* »[2].

Les premières attitudes du thérapeute déterminent la façon dont la relation thérapeutique va se poursuivre. Elles impressionnent le client et c'est pourquoi nous les qualifions de très importantes. Ce ne sont ni les mots, ni les phrases qui sont nécessaires pour le client, c'est plutôt la manière d'agir du thérapeute. Les propos de C. ROGERS l'expliquent clairement quand il affirme que :

> « *Le fait que l'individu se trompe, même fréquemment, même sérieusement, ne signifie pas que sa capacité de jugement n'est pas fondamentalement digne de confiance. Le fait qu'il s'est montré capable de reconnaître son besoin d'assistance psychique joint*

---

[1] NDIMUBANDI, A., Psychologie clinique, Cours inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 2e cand., 2004-2005.
[2] ROGERS, C., Psychothérapie et relations humaines : Théorie et pratique de la thérapie non-directive, Louvain, P.U.L. & Montréal, I.R.P., 1973, p.86.

au fait qu'il a effectué les diverses démarches conduisant à sa présence actuelle dans le cabinet du thérapeute constituent des preuves tangibles d'une capacité appréciable de jugement autonome »[1].

Le patient qui parvient à consulter malgré sa souffrance nous pousse à dire que la patience, bien que faiblesse d'une part est une force d'autre part. Ainsi, avec la coopération du patient, la relation thérapeutique peut débuter ; laquelle relation fait appel à une écoute attentive non différenciable à l'observation et qui donne accès à une bonne relation d'aide.

2° La relation d'écoute thérapeutique

Nous nous disons que l'écoute attentive est une pratique psychothérapeutique de première nécessité. Elle amène le sujet écouté à retrouver la confiance dans la société bien que ça se fasse progressivement. Elle permet au traumatisé de guerre de renouer de bonnes relations avec les gens, une fois déchargé des sentiments de haine et de vengeance. D'après T. TOURNEBISE :

« *La psychothérapie est un chemin de délicatesse, de simplicité, de respect. On y trouve de la considération, de la douceur, de la reconnaissance. C'est un espace de vie sans ambiguïté où règnent la confiance et l'assurance de ce qu'il y a de meilleur* »[2].

Dans la psychothérapie comme dans l'écoute, la confiance et l'assurance restent importantes. C'est d'ailleurs ce qu'il y a de meilleur car sans elles, l'écoute ne sera plus possible. Cette écoute permet au patient de se confier au thérapeute et lui confier ses malheurs, ses peines, son intimité. C'est une renaissance du traumatisé. Elle exige du thérapeute d'autres qualités comme la bienveillance, la maîtrise de soi, la confiance, la sensibilité et la disponibilité. L'écoute suppose aussi l'observation du souffrant qui peut aussi s'exprimer par des gestes. Il s'agit donc de le regarder et de le comprendre dans ses gestes et mouvements. L'équipe du CRID quant à lui dit que :

[1] ROGERS, C., Op.cit., p.83.
[2] TOURNEBISE, T., Op.cit., p.143.

U. L.

« *Ecouter attentivement, c'est aussi interpréter ce que l'on voit, ce que l'on entend et sent chez l'interlocuteur. Il faut donc le saisir dans sa subjectivité à travers une intuition très active* »[1].

Ce qui signifie qu'une telle écoute dépasse le fait de tendre une oreille. C'est plutôt plusieurs activités combinées dont l'observation des gestes et mouvements. C'est aussi savoir les interpréter car autant qu'il tend l'oreille, il regarde et comprend sinon il pose des questions d'éclaircissement. Le but du thérapeute est loin de changer son interlocuteur, plutôt, il essaie de le rencontrer dans sa subjectivité. C'est une relation dépouillée de toute tendance de mépris, ni de démentis. Les propos de l'écouté sont d'une importance inégalable. Il faut que le thérapeute dispose d'une intuition pour pouvoir interpréter les mots, gestes, mimiques et résistances ou hésitations. Ainsi, il est à mesure de comprendre et d'expliquer que le corps du sujet écouté parle autant que sa langue ne le fait. Pour illustrer cela, G. EGAN cité par A. IRADUKUNDA disait :

« *Celui qui est capable de bien écouter a une pensée plus large car il entend et comprend plus de faits et de points de vue* »[2].

Pour un non averti, il y a risque de penser à la compréhension du psychothérapeute des émotions du patient en vue d'interpréter ou de conseiller ce dernier, mais par contre ces questions interviennent pour aider le client à explorer et à clarifier sa propre situation afin de trouver solution en collaboration avec le thérapeute.

Une écoute active impose à qui la pratique des exigences et des consignes dont nous allons évoquer certains après l'équipe du CRID. Il s'agit de :

« - *Un endroit calme et isolé pour un entretien ;*
- *Une mise en confiance lors du commencement ;*
- *Bien écouter l'aidé ou éviter la distraction et l'impatience ;*
- *Le questionner pour savoir beaucoup plus de ce qu'il dit ;*
- *Lui dire les mots de réconfort s'il relate des événements pénibles ;*
- *Le faire évoluer vers une auto-prise en charge ;*
- *Constater ses besoins urgents, les peines pour savoir en quoi l'aider au préalable ;*

[1] Equipe du CRID, Op.cit., p.163.
[2] EGAN, G. cité par IRADUKUNDA, A., Le rôle de l'écoute psychologique et des activités ludiques dans la prise en charge psychoaffective des enfants orphelins de guerre, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2005, p.28

- Etablir ensemble un calendrier des rencontres avec lui ;

- Faire le suivi »[1].

Pour ce faire, il faut suivre les consignes suivantes :

« *- Se mettre devant la personne qui se confie à toi ;*

- Chercher son regard ;

- Eviter d'autres activités parallèles qui risquent de vous distraire ;

- Remarquer les silences, les mimiques, le poids de certains mots ;

- Savoir retrouver ce qu'elle a de la peine à dire par usage des incitatifs verbaux ;

- Lui manifester de l'empathie ;

- Si possible, convenir avec lui de la duré de votre entretien dès le départ »[2].

En résumé, pouvoir exécuter une écoute active et compréhensive, c'est être capable de reprendre ou de résumer ce que l'interlocuteur vient de dire en obtenant son accord. C'est la capacité d'observer ce qui se passe dans l'ici et maintenant, savoir déchiffrer le ressenti et le vécu dans les propos de l'autre qui est la clé d'une bonne relation d'entretien d'aide.

2.3. PRESENTATION DU C.E.A.P.

2.3.1. Historique

Le C.E.A.P. situé à Saint-Michel est l'initiative de cinq lauréats de la F.P.S.E./P.C&S. L'idée leur est venue en 1993-1994 étant en 2ème candidature, pour être concrète après leur cursus académique. Le groupe, après avoir appris certaines méthodes de psychothérapie a débuté la pratique en 1998 à l'H.C.P.L.R. avec l'écoute psychologique, qui malheureusement n'a pas durée. Seulement l'accompagnement des hospitalisés au C.N.P.K. et le suivi de ceux qui étaient guéris étaient assurés jusqu'en 2004.

Dès 2005, le centre bénéficie d'une infirmière psychiatre d'où la psychothérapie fut associée à d'autres soins psychiatriques ambulatoires. Actuellement, toutes les catégories de

[1] Equipe du C.R.I.D., Op.cit., p.171.
[2] Equipe du C.R.I.D., Loc. cit.

maladies mentales s'observent au centre et les malades nécessitant l'hospitalisation sont référés au C.N.P.K. ainsi que ceux qui exigent l'électroencéphalographie.

2.3.2. Objectifs et fonctions du C.E.A.P.

2.3.2.1. Les objectifs du C.E.A.P.

Le C.E.A.P. s'est assigné les objectifs suivants :

a) Créer un cadre thérapeutique accessible à tous vu la situation de crise que traversait notre société et donner l'espoir aux vulnérables en leur favorisant l'écoute et l'aide thérapeutique ;

b) Appuyer les efforts d'accueil des malades mentaux et des enfants en difficultés d'apprentissage (débilité légère, agraphie, retard mental), des séropositifs du VIH et des sidéens, les enfants orphelins et les victimes des violences sexuelles en leur apportant un appui psychosocial ;

c) Plaider pour une prise en charge médicale et psychosociale des victimes de viol et des divers traumatismes et ayant connu des troubles du comportement ;

d) Plaider pour un appui social et une assistance juridique en faveur des victimes de guerre, victimes de mines, personnes amputées pour avoir été blessées ou (rescapées) échappées à une fusillade en cas de nécessité ;

e) Sensibiliser l'opinion publique et la communauté sur le phénomène de traumatisme en général et sur l'importance du soutien communautaire des personnes traumatisées.

2.3.2.2. Les fonctions du C.E.A.P.

Dans ses fonctions, le C.E.A.P. exerce certaines activités entre autres :

1° Ecoute et accompagnement psychologique des personnes traumatisées, de difficultés diverses ;

2° Suivi thérapeutique des malades mentaux en ambulatoire ;

3° Guidance psychopédagogique des enfants en difficultés d'apprentissage ;

4° Visites à domicile ;

5° Formation des relais communautaires sur la prise en charge des victimes du traumatisme ;

6° Formation en communication pacifique et non-violente pour une édification effective de la paix.

En partenariat avec le C.N.P.K., le M.S.P., le M.S.N. et autres bailleurs de fonds, le C.E.A.P. s'occupe des personnes malades mentales et épileptiques, personnes traumatisées à étiologies diverses, conjoints en difficultés, jeunes en difficultés, orphelins et enfants vulnérables, enfants en difficultés d'apprentissage et autres en provenance de la Mairie de Bujumbura, vicariat apostolique de Buhonga, celui de Muramvya et ceux des localités non citées.

2.4. CONCLUSION DU CHAPITRE

En résumé, dans la vie quotidienne, les gens rencontrent divers traumatismes. Ces derniers affectent la personne victime, la famille, même la société, sous diverses formes. Pour prendre en charge les personnes traumatisées, il faut les considérer chacune dans sa totalité. Cela veut dire qu'il faut la prendre dans sa singularité ainsi que dans ses relations avec ses semblables. Le C.E.A.P., une des institutions qui œuvrent dans ce domaine nous a intéressé et a suscité notre curiosité.

CHAPITRE 3 : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

3.1. PROBLEMATIQUE

La guerre qu'a connue le Burundi depuis environ 15 ans a touché d'une façon ou d'une autre des milliers de Burundais. Elle a emporté beaucoup de biens et des vies humaines. Les cruautés qu'elle causa alors qu'elle opposait les voisins nous poussent à pronostiquer les traumatismes même dans les périodes plus ou moins longues après la cessation des hostilités. Les régressions, les dépressions névrotiques voire psychotiques sont prévisibles aux yeux des clairvoyants. J. NDAYISABA & N. DE GRANDMONT y insistent suffisamment quand ils évoquent le phénomène de deuil à la suite d'une mort violente :

> « *La mort violente meurtrit encore plus profondément les témoins et les endeuillés. Il s'en suit un mélange de questionnements de désir de vengeance, de quête d'un coupable (...). Ce deuil sera long et pénible. Même lorsque la période de deuil sera traversée, la personne restera marquée par de profondes cicatrices pouvant ou non, selon l'individu, carencer sa capacité d'adaptation et de fonctionnement social* »[1].

Ainsi, dans notre pays, celui qui n'a pas été auteur de violence, en fut témoin, si pas victime ou spectateur passif. Dans ces circonstances, peut-on espérer l'efficacité sans faille de l'aide apportée par le C.E.A.P ? Quel genre d'aide pour les personnes traumatisées de guerre dont l'origine de leurs maux est située au niveau de leurs semblables ? Les aidants sont-ils à l'abri de tout a priori, de tout jugement ou de toute tentative de rejet de la part des aidés ? Les agents du C.E.A.P. conçoivent-ils leur rôle comme étant au service de ceux qui les observent? Ne les considèrent-ils pas comme des incapables alors qu'ils écoutent ceux qui écoutent et argumentent à leur façon ? Qu'est-ce qui leur manque pour pouvoir écouter et aider efficacement tous ceux qui le désirent ?

Tout cela exige sans doute des institutions bien outillées, dévouées pour pouvoir réadapter les maladaptés, surestimer les désespérés et leur donner le sens de la vie. O. COTINAUD le souligne bien en disant que :

---

[1] NDAYISABA, J. & DE GRANDMONT, N., 1999, Op.cit., p.373.

« *L'intervenant a confiance dans l'efficacité de son intervention. Il considère - plus ou moins explicitement - que son action est un facteur de changement* »[1].

Par ces propos, l'auteur veut bien encourager l'intervenant à considérer son rôle de meneur de jeu dans le face à face. Il incite les écoeurés par les événements traumatisants à se dépasser afin d'être utiles aux nécessiteux.

3.2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Tout travail qui se veut scientifique doit avoir au moins un objectif bien précis, pouvant se subdiviser en plusieurs objectifs opérationnels sinon ce serait une autre façon de se perdre dans une aventure. Ainsi, selon A. REY & S. CHANTREAU :

« *Vaut mieux un boiteux dans un droit chemin qu'un coureur qui s'égare* »[2].

L'orientation de notre recherche nécessite des objectifs clairs et bien définis qui nous permettront, au bout du travail d'en faire une évaluation et en tirer les conclusions conséquentes.

3.2.1. Objectif général

Généralement, nous voulons identifier, élucider et analyser les problèmes rencontrés par le C.E.A.P. dans la prise en charge, l'écoute et la relation d'aide aux personnes traumatisées de guerre.

3.2.2. Objectifs spécifiques

Spécifiquement, pour rendre plus opérationnel ce travail, il s'avère opportun de dégager les détails de l'objectif général, c'est-à-dire les objectifs spécifiques ou opérationnels.

1° Dégager les conditions requises pour une meilleure prise en charge et les difficultés que rencontre le C.E.A.P dans son travail ;

2° Décrire les catégories des personnes traumatisées prises en charge par le C.E.A.P et la nature d'aide qu'on leur apporte ;

---

[1] COTINAUD, O., Groupe et analyse institutionnelle : L'intervention psycho-sociologique et ses dérives, Paris, Centurion, 1976, p.95.

[2] REY, A. & CHANTREAU, S., Dictionnaire des expressions et locutions, Paris, Les Usuels, 2002, p.235.

3° Evaluer l'impact de l'aide apportée par le C.E.A.P sur la vie de la personne traumatisée.

Ainsi, nous comptons analyser les problèmes que connaît le Centre dans sa pratique de prise en charge et spécialement la prise en charge psychosociale des personnes traumatisées de guerre.

3.3. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

3.3.1. Méthode de recherche

Vouloir entreprendre une recherche scientifique implique la prévision de la méthode et des techniques de récolte des données. Le travail scientifique quant à lui peut nécessiter l'établissement de plusieurs méthodes d'approche car aucune méthode ne se suffit à elle seule. Mais, il s'avère nécessaire de privilégier la méthode qui est la mieux adaptée à un travail donné.

Cette recherche intitulée : « ***Problématique de la prise en charge psychosociale des personnes traumatisées par la guerre*** », s'inscrit dans le domaine des recherches en sciences sociales. C'est une recherche qui fait recours à l'étude des cas, bien qu'au bout de la recherche, lors de la confrontation des données recueillies, nous pouvons quantifier les résultats. Les conclusions portent uniquement sur les enquêtés et ces derniers ne sont représentatifs que pour eux-mêmes. S'agissant du domaine de l'étude de cas, voyons ce que dit D. LAGACHE :

> « *Par étude de cas, le psychologue apprend à aborder les êtres humains, à les faire s'exprimer, à se représenter leur vie et leur conduite à la faveur de l'observation et de l'interprétation compréhensive des comportements considérés comme significatifs et expressifs* »[1].

De par les idées de cet auteur, l'étude de cas ne vise pas la quantité des enquêtés, plutôt la qualité des données fournies par chacun d'eux. C'est une étude qui relève de la vie

---

[1] LAGACHE, D., L'unité de psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique, 5ème éd., Paris, P.U.F., 1979, p.33.

du sujet, de son intimité, ce qui exige une méthode d'approche particulière et plus fine pour aboutir à une telle fin.

Cette recherche exige que nous utilisions la méthode qualitative bien que celle quantitative ne puisse intervenir que lors de l'interprétation des résultats sans pour autant influencer significativement l'une ou l'autre étape de la recherche.

3.3.2. Techniques et outils de recueil des données

3.3.2.1. Techniques de recueil des données

Comme déjà signalé plus haut, une telle recherche est une recherche sociale, qualitative, n'ayant pour but que l'exploration, la découverte de ce qu'est l'être humain. Pour une recherche du genre, il y a des techniques qui sont les plus appropriées que d'autres. Les plus usitées pour le cas présent sont les suivantes.

3.2.1.1. L'analyse des documents

Cette technique a servi pour consulter des cahiers d'enregistrements journaliers des cas traités dans le centre afin de relever les cas de traumatisés de guerre qui nous intéressent et en faire une investigation à caractère monographique. Elle nous a aidé également à travers la consultation des documents sur le traumatisme pour la comprendre davantage. Ainsi, nous pouvons comprendre le traumatisme et le saisir dans ses différents aspects.

3.2.1.2. L'observation

Comme cette technique nécessite beaucoup plus d'attention et de souplesse, le comportement, seul moyen de connaître l'homme est privilégié. Selon P. DEBATY :

> « *Le comportement est révélateur des significations que le sujet donne à ce qu'il perçoit et éprouve* »[1].

Comment allons-nous y parvenir ?

---

[1] DEBATY, P., La mesure des attitudes, Paris, PUF, 1967, p.38.

1° L'observation libre : En élaborant certains traits de comportements visés, les traits relatifs aux moyens disponibles, attitudes, les mettre sur papier et cocher chaque fois que l'élément voulu sera perçu, dans la case y réservée.

2° L'observation directe : elle se fera soit avec les intervenants en ciblant certains traits de comportements plus significatifs et aussi avec les traumatisés visant les comportements qui seront plus ou moins anormaux qu'ils manifestent.

3° L'observation participante : en prenant le rôle d'intervenant et essayer de dégager les comportements, les dires, les mimiques des clients dans le face à face.

3.2.1.3. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif ou l'interview semi-structurée est cette forme de dialogue entre l'interviewer et l'interviewé avec les questions moins nombreuses prévues par l'interviewer à poser à son interlocuteur en guise de point de repère pour la poursuite du dialogue. O. COTINAUD dit que :

> « *C'est s'engager dans un « passage à l'acte » que rien bientôt ne peut contrôler. C'est dériver. Le champ de la parole invite à l'analyse. La dérive affectiviste substitue l'expression à l'analyse. L'expression individuelle ou groupale, voire collective, l'expression spontanée et sauvage ; l'expression émotionnelle et corporelle* »[1].

C'est dans le souci de privilégier la libre expression des enquêtés que nous avons opté pour l'usage de cette technique.

Seront interviewés, les consultants, c'est-à-dire les agents du centre, détenteurs de services et les demandeurs de services pour en savoir plus sur le sujet à l'étude. Parlant de l'efficacité de la technique, A. LEON souligne que :

> « *Les différents thèmes sont obligatoirement abordés mais l'ordre dans lequel ils sont présentés importe peu et à l'intérieur de chacun, on laisse le sujet s'exprimer spontanément* »[2]. J.M. DE KETELE & X. ROEGIERS disent à ce propos que l'entretien semi-dirigé concerne :
>
> > « *Les discours (par paquets) dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé, impliqueront quelques points de*

[1] COTINAUD, O., Op.cit., p.188.
[2] LEON, A., Manuel de psychopédagogie expérimentale, Paris, P.U.F., 1977, p.380.

repère (passages obligés) pour l'interviewer. L'information de bonne qualité orientée vers le but poursuivi, recueillie dans un laps de temps, raisonnable avec une inférence modérée »[1].

Cette technique exige que l'utilisateur soit bien outillé car elle vise les expressions manifestant la vie de l'individu qui raconte son expérience personnelle, exigeant d'abord une mise en confiance.

3.3.2.2. Les outils de recueil des données

Dans tout recueil d'informations, il est nécessaire d'élaborer un ou plusieurs outils de travail. Pour ce cas présent quatre types d'outils s'avèrent indispensables. Il s'agit de :
- Une grille d'observation qui nous a servi à déterminer certains traits observables lors de l'observation ;
- Un guide d'entretien comportant certains thèmes en rapport avec les informations dont nous avons besoin lors de l'entrevue ;
- Un appareil enregistreur ou magnétophone qui a servi à enregistrer les propos de l'interviewé lors de l'entretien.

3.3.3. Univers d'enquête et choix des enquêtés

3.3.3.1. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape importante dans une recherche en sciences sociales. Elle permet de faire connaissance avec le terrain d'enquête et de prendre contact avec les sujets concernés ; mais aussi de tester l'efficacité de l'instrument de recueil des données et la clarté du guide d'entretien.

Puisque nous avons effectué notre enquête là où nous avons fait le stage, la pré-enquête a porté sur deux cas à savoir : « KNRI-B » et « LNBB ».

---

[1] DE KETELE, J.M. & ROGIERS, X., Méthodologie de recueil d'information : fondements des méthodes d'observation, des questionnaires, d'interviews et d'études de documents, Paris, Bruxelles, De Boeck Université, 1996, p.172.

3.3.3.2. L'enquête proprement dite

3.3.3.2.1. Univers d'enquête

De par l'exigence du sujet de recherche, l'univers d'enquête concerne toutes les personnes traumatisées de guerre. Le sujet lui-même porte une certaine délimitation car, il s'intéresse aux personnes traumatisées de guerre prises en charge dans le C.E.A.P. uniquement, sachant que l'enquête a portée et sur les consultants de même que sur les aidés.

3.3.3.2.2. Le choix des enquêtés

Même si le sujet est délimité, la population d'enquête reste vaste et inconnue. Les moyens dont nous disposons ne nous permettent pas d'effectuer pertinemment l'enquête auprès de tous les concernés, raison pour laquelle nous devons procéder au choix des enquêtés.

Ainsi, nos enquêtés sont de deux catégories à savoir les intervenants et les bénéficiaires des services du C.E.A.P. Pour choisir les cas d'intervenants à présenter, nous avons d'abord inventorié les salons d'accueil se trouvant sur le terrain d'enquête. Puis, nous avons simplement choisi les centres à visiter. Sur six intervenants trouvés dans six centres, nous avons choisi trois.

Pour les bénéficiaires traumatisés de guerre, nous avons choisi ceux qui présentaient des symptômes liés à la guerre. Parmi eux, ceux qui présentaient les signes les plus frappants ont été choisis. Nous avons choisi trois parmi tant d'autres qui nous ont confié leur état d'âme et leur situation de vie du passé, du présent et leurs perspectives d'avenir.

3.3.3.3. Procédés de traitement des données

Pour pouvoir traiter les données recueillies, nous avons procédé comme suit :

- L'histoire de la vie du sujet traumatisé par la guerre avant, pendant et après la guerre. Les sujets traumatisés de guerre nous ont raconté les détails de leur mode de vie avant que la

guerre n'éclate, ensuite les grands événements de la crise et la manière dont ils vivent la sidération, le traumatisme.

- Quant aux parcours qui les a conduits jusqu'au C.E.A.P., nous nous sommes adressé aux enquêtés, traumatisés de guerre, leur demandant s'ils seraient passés ailleurs pour s'y faire soigner.
- Nous avons interrogé les traumatisés eux-mêmes, mais aussi les intervenants pour nous enquérir de la dynamique relationnelle. Ainsi nous avons su quelles relations il y a entre le traumatisé et sa famille, son entourage, voire les agents du C.E.A.P., s'il y a amélioration ou détérioration de telles relations.
- Nous ne pouvions pas nous passer d'approcher le sujet traumatisé et/ou l'intervenant pour nous enquérir des informations en rapport avec les perspectives envisagées ou envisageables par le traumatisé lui-même pour sa libération et sa réadaptation efficace. Qui plus est, l'apport de l'intervenant en tant que conseiller n'a pas été négligé.

3.4. CONCLUSION DU CHAPITRE

Avec la méthodologie adoptée pour cette étude, nous avons pu analyser les problèmes que connaît le C.E.A.P. dans la pratique de prise en charge psychosociale, spécifiquement à l'endroit des personnes traumatisées par la guerre. Cette institution elle-même, d'autres institutions oeuvrant dans le domaine ainsi que d'autres chercheurs pourront s'inspirer des conclusions auxquelles nous sommes abouti.

II^{ème} PARTIE : PRESENTATION DES MONOGRAPHIES, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES MONOGRAPHIES

Pour notre travail de recherche, la méthode d'étude de cas s'avère très importante. La rencontre et l'échange avec nos enquêtés nous ont permis de les observer en même temps que nous nous entretenions avec eux. Pour mieux le faire, nous avons rencontré les personnes traumatisées de guerre et les intervenants dans leur prise en charge pour le compte du C.E.A.P. Toutes ces deux catégories ont été approchées pour rendre notre travail authentique et cohérent.

Les intervenants, de même que les personnes traumatisées de guerre ont eu l'occasion de s'exprimer lors de nos entretiens. Les informations recueillies grâce à l'observation, et l'entretien semi-structuré, nous ont permis de présenter six cas dont trois intervenants ainsi que trois traumatisés de guerre, bénéficiaires de la prise en charge psycho-sociale au C.E.A.P.

Ainsi, chaque monographie sera analysée sous les points suivants : Pour les bénéficiaires - traumatisés de guerre.

- Présentation physique du cas ;
- Historique et circonstances de la guerre ;
- Le vécu de la période post-guerre ;
- Commentaire et conclusion sur le cas.

Pour les intervenants :

- Problèmes liés à la prise en charge ;
- Les réalisations et attentes ;
- Commentaire et conclusion sur le cas.

Comme nous venons de l'indiquer, les monographies sont de deux catégories et leur nomination est codée pour être toujours anonyme. Le premier code que nous avons attribué aux trois intervenants sont les trois premières lettres de l'alphabet phonétique français, tandis que le second est réservé aux bénéficiaires dont nous avons attribué les trois dernières lettres de l'alphabet phonétique français aussi, mais sous forme de compte à rebours. Ensuite, il y a des initiales des noms et prénoms soit des intervenants soit des bénéficiaires. Enfin, vient l'initial du mot intervenant et/ou celui du mot bénéficiaire.

Ex. 1 : « AKCI » : A : 1ère lettre de l'alphabet ;
K : initial du nom du sujet ;
C : initial du prénom du sujet ;
I : initial du mot intervenant.

Ex.2 : « YNBB » : Y : avant-dernière lettre de l'alphabet ;
N : initial du nom du sujet ;
B : initial du prénom du sujet ;
B : initial du mot bénéficiaire.

4.1. PRESENTATION DES MONOGRAPHIES D'INTERVENANTS

Dans la présentation des cas d'intervenants, nous avons voulu les distinguer des traumatisés de guerre bénéficiaires pour permettre la distinction des points de vues des uns et des autres. Cela nous a permis également de découvrir la logique sous-jacente à la personne selon sa position, soit qu'il est intervenant, soit qu'il est bénéficiaire.

4.1.1. Monographie du cas « AKCI »

« AKCI », infirmière psychiatre, est religieuse et assure les services d'écoute et de soins psychiatriques ambulatoires au C.E.A.P. Au centre, « AKCI » reçoit les patients qui y viennent soit pour consultation, soit ceux qui sont référés par d'autres intervenants oeuvrant sur terrain appelés « relais communautaires » ou bien ceux qui reviennent sur rendez-vous. Elle est accueillante, souriante, parle posément avec sérénité.

4.1.1.1. Problèmes liés à la prise en charge relevés par « AKCI »

Dans sa pratique quotidienne de prise en charge psychologique, « AKCI » a relevé en général certains problèmes communs aux demandeurs de services face à sa relation d'aide. Elle l'a dit dans ces termes :

> « *Souvent, au C.E.A.P, je rencontre des problèmes majeurs comme ceux liés à la guerre, des difficultés de vie sociale, des problèmes de traumatisme, les personnes présentant des signes de maladies mentales, les drogués, les personnes étant en situation sans issue, nécessitant qu'on prenne décision à leur place, enfin des patients*

avec maladies ordinaires que je réfère aux hôpitaux, centres de santé agréés privés ou nationaux ».

Particulièrement les traumatisés de guerre accusent des problèmes liés à ces situations particulières vécues, les sévices subis, les séquestrations et entorses qui font qu'ils soient devenus schizophrènes. « AKCI » quant à elle le précise dans ces propos :

« *Parfois, il arrive des personnes qui viennent avec les symptômes de psychose phobique, ceux qui ont des troubles de panique suite à des persécutions, poursuites et/ou tueries, ceux ayant passé ou marché entre les coups de fusils, ceux qui ont vu des cadavres ou participé aux massacres en usant des machettes, ceux qui ont connu des viols sexuels, des enfants soldats, ceux qui ont porté des bagages des militaires ou des milice, plus encore, ceux ayant des symptômes de la schizophrénie, de la dépression et de l'anxiété* ».

Toutes ces catégories de patients se présentent, chacun dans sa singularité, avec ses plaintes et sa résilience devant « AKCI » et celle-ci affirme faire de son mieux pour les aider. Elle nous a dit qu'il y a ceux qui s'améliorent beaucoup et très rapidement.

4.1.1.2. Les réalisations et attentes de « AKCI »

Dans le face à face avec son patient tout thérapeute a pour objectif la modification de la position psychique du patient vis-à-vis d'une situation de détresse et de souffrance. En rapport avec cette modification, M. MONTREUIL et J. DORON précisent que :

« *Cette modification peut prendre plusieurs formes : remaniement du mode de pensée et de comportements, levée des symptômes, ...* »[1].

« AKCI » nous a précisé que ses actions aboutissent à de bons résultats. Même pour ceux qui ne manifestent pas d'amélioration aussi rapidement, le fait qu'ils reviennent témoigne de bonnes relations. Pour arriver à cela, notre enquêtée nous a confirmé l'usage de certaines manières dans les termes que voici :

« *D'abord, je leur réserve un accueil suivi d'une écoute active. Ensuite, après avoir témoigné une écoute empathique et un accueil chaleureux, les patients me présentent*

[1] MONTREUIL, M. & DORON, J., Op.cit., p.164.

leur identité et l'histoire de leur maladie. Je ne fais qu'utiliser leurs propres mots pour orienter notre dialogue à caractère détraumatisant ».

L'interviewée nous affirme qu'elle agit sur les patients, surtout en cas de révélation ou manifestation de symptômes anxieux, dépressifs. « AKCI » l'a exprimé ainsi :

« *J'invite les patients à exécuter quelques mouvements de relaxation pour lutter contre les symptômes et leur manifestation. Ces mêmes mouvements sont conseillés en cas de manifestation symptomatique étant à la maison* ».

Puisque les relations de « AKCI » avec ses patients s'améliorent, cela lui donne espoir. Notre enquêtée l'exprime ainsi :

« *Après la première séance, le patient s'ouvre, collabore, se libère de son angoisse et fait espoir d'une possibilité d'intégration* ».

Dans ce cas l'intervenant agit sur le cognitif du patient avec explication du problème afin d'aboutir à une compréhension et un changement thérapeutique. BROMBERG, M. & TROGNON, A. le précisent dans ces propos :

« *La clef du changement thérapeutique se situe donc dans la transmission explicite des valeurs, d'attitudes, et de croyances permettant au patient d'acquérir une image transfigurée de soi et du monde* »[1].

Cela reste de grande importance tant que le traumatisé de guerre se conçoit comme aliéné, anéanti et trouve le monde moqueur ou monstre qu'il faut combattre malgré ses efforts minimes.

4.1.1.3. Commentaire et conclusion sur le cas

Nous constatons que l'intervenant dont il est question essaie de faire de son mieux pour gérer les rencontres thérapeutiques. Quant au contrat thérapeutique, l'accueil et l'explicitation des règles et statuts des interlocuteurs sont en quelques sortes respectés. C'est l'essentiel pour de telles rencontres comme le stipulent BROMBERG, M. et TROGNON, A. :

[1] BROMBERG, M. & TROGNON, A., Psychologie sociale et communication, Paris, Dunod, 2004, p.185.

« En l'absence d'un cadre contractuel définissant explicitement ou implicitement les enjeux, règles et statuts des interlocuteurs, toute tentative thérapeutique serait vouée à subir les aléas des croyances et des désirs des patients et se dissoudrait dans une simple logique conversationnelle »[1].

4.1.2. Monographie du cas « BNAI »

« BNAI » est un intervenant âgé de 41 ans, oeuvrant à RUSHUBI. Ordinairement, il enseigne à l'école primaire. Il fait sa troisième année de service en tant que relais communautaire du C.E.A.P et est associé au P.E.G.M./RUSHUBI où il y a un centre d'écoute et d'aide psychologique. « BNAI » est éloquent, souriant, confiant et déterminé.

4.1.2.1. Les problèmes liés à la prise en charge relevés par « BNAI »

Selon « BNAI », les problèmes sont généralement ceux liés au manque de locaux et même ceux empruntés n'ont pas de garantie. En plus, il y a un effectif élevé de demandeurs de services alors qu'il est seul à faire l'écoute audit centre. Les problèmes financiers l'inquiètent. En cas de crise grave, « BNAI » n'a pas de moyens d'intervenir ou d'amener le patient aux centres de référence. L'autre problème que nous qualifions de majeur est le manque de temps et de moyens de déplacement pour rendre visite aux malades à leur domicile. Particulièrement les traumatisés de guerre éprouvent des difficultés et causent des problèmes aux intervenants en processus de leur prise en charge. « BNAI » le précise comme suit :

« Abasinzikajwe n-intambara, ni bo benshi. Mu kubafasha biratugora, usanga bisaba igihe kirekire cane. Bisaba kubasubiza itoto kugira bakire ingorane bagize. Ibintu vyabo (vyanyoteye) vyahiye, amazu akomeye bari bafise, inka, itunga n-ibindi. Abo bantu, kugira basubire kurema, biragoye kuko vyosaba ko asubira kuronka za nka, itongo, vya bintu vyose ».

[1] BROMBERG, M. & TROGNON, A., Op.cit., pp.181-182.

Ce qui se traduit :

> « *Les traumatisés de guerre sont nombreux. Nous avons des difficultés à les aider car ça prend beaucoup de temps. Il faut les revivifier pour qu'ils se libèrent de leurs affects. Leurs biens brûlés, les maisons en dur détruites, vaches et autres avoirs qu'ils avaient. Ces gens, pour qu'ils retrouvent la vie, c'est difficile, ça demande qu'ils retrouvent leurs vaches, propriété, et tous leurs biens* ».

De ces propos, nous constatons que « BNAI » éprouve énormément de problèmes dans le travail d'aide en rapport avec la réhabilitation psychologique des traumatisés de guerre. La restitution ne peut pas suffire et d'ailleurs, elle n'est pas toujours possible.

4.1.2.2. Les réalisations et attentes de « BNAI »

Il nous a signalé que certains sont passés du stade dépressif au stade de se sentir à mesure d'aider les autres. L'exemple le plus frappant est un intervenant qui fut bénéficiaire de son aide. Ils contribuent à la réconciliation des familles en difficultés, et aident des personnes qui ont été violées sexuellement en leur indiquant le chemin de prise en charge.

« BNAI » nous relate ses attitudes dans le face à face et les attentes dépendantes de la façon dont il s'y est pris :

> « *Amajambo yiwe yambere, kenshi ni ukurira. Urumva na we ni ukwihagararako. Canke akakubwira ibintu ugasanga ni we usigaye uvyikoreye, utuntuye kumusumvya. Ariko, mbwirizwa kumenya ko ndi umuremesha, ko ntegerezwa kwakira uwo muntu ata mubabaro ndamweretse. Arashobora kurira agaheza. Arabwirizwa kubona ko ndiko ndakira uwo mubabaro wiwe, ariko simererwe nk-uko na we amerewe*».

Ce qui veut dire:

> « *Ses premiers mots sont des larmes. Tu comprends bien : il faut manifester de la maîtrise de soi. Ou bien, il me raconte des choses qui me blessent plus que lui. Mais, je dois savoir que je suis intervenant, que je dois l'accueillir sans lui montrer ma consternation. Il peut pleurer jusqu'à épuiser son anxiété. Il doit constater mon attention à ses douleurs sans me substituer à lui* ».

4.1.2.3. Commentaire et conclusion sur le cas

Le fait de ne pas approcher les traumatisés de guerre, dans de leurs ménages, leurs familles et leur entourage constitue un handicap pour l'efficacité de l'aide. « BNAI » nous a dit qu'un blocage est pris pour son propre échec. De surcroît, il invite d'autres membres du comité d'organisation, d'adopter un comportement particulier face aux traumatisés de guerre, tout cela constitue une entrave au processus de détraumatisation.

Malgré ces lacunes, les réalisations sont amplement suffisantes. Plutôt que de relever les défis, nous pouvons bien encourager de telles initiatives, de telles réalisations, et souhaiter l'amélioration.

4.1.3. Monographie du cas « CNDI »

« CNDI » est un étudiant dans une université privée. Agé de 29 ans, de taille moyenne, il assure l'écoute dans une paroisse de la Mairie de Bujumbura, cela depuis trois ans. Il est calme, un peu souriant.

4.1.3.1. Les problèmes liés à la prise en charge relevés par « CNDI »

« CNDI » nous a dit qu'au départ, les gens se plaignent surtout des problèmes financiers. Mais grâce aux explications qu'il leur fournit, ils comprennent petit à petit son rôle qui est celui d'écouter et aider les personnes en situation de problèmes. Il l'a précisé dans ces termes :

> « *Parfois, au début, les gens venaient avec des problèmes de finance surtout ; bien qu'il y aient d'autres* ».

L'écoute et la parole sont utiles, elles suscitent pour la plupart la confiance même chez ceux qui s'irritaient, qui sont repliés sur eux-mêmes, qui ont perdu la confiance. Tous parviennent à dialoguer. Son témoignage est vrai, du fait que le traumatisme psychique qui souvent se répercute sur le soma peut se soigner à l'aide de la « talking-cure » (cure par la parole).

4.1.3.2. Les réalisations et attentes de « CNDI »

Sa première réalisation est de distinguer les traumatisés de guerre des demandeurs de services. Ces premiers, selon « CNDI » présentent la méfiance si pas la phobie des hommes en uniforme comme les militaires et policiers ou d'autres qui portent des armes. Pour aider les traumatisés de guerre « CNDI » nous a fait connaître sa méthodologie dans les termes suivants :

> « *Nous leur montrons les gens qui ressemblent à ceux dont ils ont peur. Nous les aidons à leur rendre visite pour éradiquer cette peur. Comme ça, les traumatisés de guerre se rendent compte que tout le monde n'a pas eu tort* ».

Ce procédé est soutenu par BENESH, H., en le qualifiant de procédés de confrontation. L'auteur explique :

> « *C'est une technique d'amplification systématique des facteurs d'angoisse par des situations angoissantes réelles puis simulées, au traumatisé pour le faire submerger d'angoisse* »[1].

4.1.3.3. Commentaire et conclusion sur le cas

Comme « CNDI » l'a souligné, la cure par la parole est d'une importance capitale. D'autres techniques utilisées par cet intervenant, sont la détraumatisation par confrontation d'objets réels ou simulés, la relaxation, la sociocentration, la thérapie systémique.

En résumé, l'intervenant devrait fournir plus d'efforts pour améliorer son intervention, ses services en s'informant et en côtoyant les plus expérimentés.

4.2. PRESENTATION DES MONOGRAPHIES DES BENEFICIAIRES

Dans le but de recueillir des informations qui soient plus ou moins complètes en rapport avec la prise en charge, nous avons jugé nécessaire d'approcher certains bénéficiaires et de nous entretenir avec eux à ce sujet. Voici les résultats de cette investigation.

---

[1] BENESH, H., Atlas de la psychologie, Paris, L.G.F., 2003, p.387.

4.2.1. Monographie du cas « ZNVB »

Il s'agit d'un traumatisé de guerre choisi parmi tant d'autres. Nous avons choisi « ZNVB » parce qu'il présente des particularités par rapport aux autres cas que nous avons rencontrés.

4.2.1.1. Présentation physique du cas

« ZNVB » est un homme fort, encore jeune compte tenu de son âge. Agé de 50 ans, résidant à KIBUYE. « ZNVB »présente des cicatrices corporelles dues au ligotage et autres formes de torture physique. Il a aussi des symptômes de dépression et d'anxiété car sa mine reste renfrognée, rumine son invalidité en regrettant ses anciennes réalisations. Il avait une tenue sale.

4.2.1.2. Historique et circonstances de la guerre

Avant que la guerre n'éclate « ZNVB » vivait mieux et en harmonie avec ses voisins de toutes les ethnies. Avant, il vivait de ses forces, mais actuellement il vivote grâce au coup de main de la part de ses amis qui reconnaissent son état. Il se plaint de son avenir ainsi que de celui de ses enfants quand il dit :

> « ... *Kare nikorera 55 kg. Mugabo ubu, umpaye 15 kg ngo bidugane ubishikane mu Kibuye, sinobishobora kuko imvuto ni mbi ! Eeeh! Uwabonye ingene nabaye ni we aza aramfasha akampa nk'akantu. Aho sinobesha, ni igitangaza kubabonye ingene nabaye. Hama rero, urabona mfise n'abana, atari abagenzi bazobamfashiriza ngo bazokwige baheze, bizongora* ».

Ce qui se traduit :

> « ... *Avant je portais 55 kg. Mais actuellement si tu me donnais 15 kg pour les transporter à Kibuye je ne le pourrais pas parce que la torture est mauvaise ! Eeeh ! Qui a vu comme je suis devenu, c'est lui qui m'aide en me donnant quelque chose. Là je ne pourrais pas mentir, c'est un miracle pour ceux qui ont vu combien j'ai été torturé. En plus, tu vois que j'ai des enfants, sans le secours des amis qui les aideront dans leur scolarité personnellement j'en suis incapable* ».

Ce fut en 1996, quand « ZNVB » se rendait au marché avec les autres, qu'ils se sont vus attaqués par une bande de malfaiteurs qui les ligotèrent, les transportèrent au cachot où ils furent battus à mort. Les cicatrices des cordes sont encore visibles sur les bras. Il nous a rappelé qu'il avait longtemps crié pour authentifier son innocence mais en vain. Finalement ceux qu'il appelle bienfaiteurs se sont chargés de cette affaire et sont allés consulter ses anciens voisins de l'autre ethnie qui avaient fui la localité et ces derniers dirent qu'il est innocent. Ainsi il fut libéré du cachot de brigade. « ZNVB » le précise comme suit :

> « *Ni Imana yakinze, na yo twe, gupfa twari twapfuye. Hariho abantu bavyirukanzemwo, haraba amatohoza, abo twabana, barababaza babasanze mu buhungiro, bavuye kuri brigade aho twari dupfungiwe, bavuga bati : aba bantu bazize ubusa* ! ».

Ce qui veut dire :

> « *C'est Dieu qui nous a protégé sinon nous étions morts. Il y a des personnes qui se sont investis dans cette affaire en faisant des enquêtes sur nos anciens voisins qui furent interrogés. Ils les ont trouvés au site des déplacés en venant de la brigade d'où nous étions emprisonnés et nos voisins dirent : « Ces gens sont innocents* ! ».
> « ZNVB » a été victime des soupçons jusqu'à devenir invalide.

4.2.1.3. Son vécu pendant la période post-guerre

D'abord, pour connaître le centre « ZNVB » a reçu le message par voie de communiqué à la paroisse « RUSHUBI » comme quoi, les traumatisés de guerre allaient être écoutés et aidés psychosocialement. Soudain, il retrouva la vie en groupe. Voici ses propos en rapport avec son arrivée audit centre :

> « *Nkihashika niyumvise neza kuko nje hamwe n-abandi, ariko kare ntahora ntemberera ino* ».

Ce qui veut dire :

> « *A mon arrivée, je me suis bien senti parce que je venais parmi d'autres, alors qu'avant je ne me promenais pas ici* ».

En rapport avec ses malfaiteurs qui l'ont torturés, « ZNVB » nous a confirmé les avoir pardonnés, qu'il n'a plus de dent contre eux. Il l'a dit ainsi :

« *Oya, nta na kimwe ; narabarekuriye, kuko utarekuye na we ntuzorekurirwa* ».

Cela veut dire :

« *Non, ça ne fait rien ; je leur ai pardonné, car si tu ne pardonnes pas, tu ne seras pas non plus pardonné* ».

Actuellement, « ZNVB » remercie le C.E.A.P. de l'avoir aidé.

4.2.1.4. Commentaire et conclusion sur le cas

Quand nous considérons les aveux de notre enquêté, nous ne sommes pas convaincu de sa détraumatisation car, il y a des signes qui, d'un moment à l'autre peuvent engendrer la rechute et le ressentiment vis-à-vis des bourreaux. Ses membres sont invalides suite à la torture, sa force d'avant et les contraintes de la vie sont susceptibles de causer la régression vers la dépression. Bref, l'œuvre du C.E.A.P et de ses agents est considérable. Néanmoins, le travail demeure, la prise en charge doit se poursuivre jusqu'à rendre le sujet autonome.

4.2.2. Monographie du cas « YNBB »

« YNBB » est victime de la guerre. Elle nous a raconté les effets de la guerre, lesquels effets ont provoqué chez lui des affects psychophysiologiques divers. « YNBB » a connu des forfaits à deux reprises selon ses dires

4.2.2.1. Présentation physique du cas

« YNBB » est une femme âgée de 45 ans, mère de 6 enfants dont deux seuls sont encore en vie. De taille élancée, « YNBB » présente une cicatrice sur son front due à un accident lorsqu'elle fuyait pour se cacher. Son regard est fuyant, mais par contre, notre enquêtée fut très spontanée et coopérative. Avec une tenue bien faite, qui laisse percevoir la propreté comme si elle n'a rien connu de malheurs.

4.2.2.2. Historique et circonstances de la guerre

Ce fut en 1993, quand la guerre éclata, que notre enquêtée laissa à la maison ses quatre petits enfants avec leur père en se rendant chez ses parents à la recherche des vivres parce que c'était tout près de chez elle. Elle l'exprimait dans les termes suivants :

> « *Nagiye gusoroma, abana ndabasigaranye na se bakiryamye, hari mwo n-uruyoya. Nca numva abantu hirya no hino bariko batera induru nyinshi bavuga ngo, "Ng-urya, ng-urya umututsi, mutangire, mutangire!", bayogoye ari benshi cane nca ndanyegera. Ndi mw'ishamba, hageze nka sa yine, akazuba katse karampenda ndasinzira itiro ryinshi nca ndota bavuga ngo : "Yoo ! ngo ehe B... ng-uyu turamubonye aho ari ! ". Nca ndarandamuka ariko mbona ntœwubivuze. Ngize ntya nsanga nataye agahanga kw-ibuye rica ringira uku* ».

Cela se traduit ainsi :

> « *Je suis allée chercher des vivres et les enfants sont restés avec leur père.Il y avait parmi eux un nouveau-né qui dormait. J'entendis des gens crier beaucoup en disant : « la voilà, la violà, « la mututsi », arrêtez-la, arrêtez-là ! », bruit de nombreuses personnes, je me suis cachée. Dans la brousse où j'étais vers 10h, le soleil tapait fort et je fus prise par le sommeil profond et j'entendis dire dans un rêve : « Oooh ! Voici B..., nous la trouvons ! Brusquement je me suis levée mais j'ai constaté qu'il n'y avait personne. Soudain, j'ais cogné le front contre une pierre qui me blessa de cette manière* ».

Finalement, elle se livra, voyant qu'elle allait soit mourir de faim ou par hémorragie. Accueillie par une famille bienfaitrice, elle fut cachée jusqu'à être transférée à Nyakabiga en cachette, où elle se réfugia chez son oncle.

Au camp de déplacés, elle avait eu deux enfants comme consolation selon ses dires. Un jour, comme elle refusait l'ordre de coucher avec des militaires, ces derniers l'ont tabassée. Elle nous a dit qu'elle n'a jamais voulu concevoir un enfant de militaires parce qu'ils bougent souvent et qu'ils n'avaient aucune résponsabilité dans l'éducation de l'enfant.

« YNBB » l'a dit ainsi :

> « *Mu buhungiro, nakubiswe inkoni n-abasoda, kuko ivyo bantegetse ndavyanse, baca baranyomagura inkoni mu kiyunguyungu ! N'ubu hari igihe zivyutse ntashobora*

kwunama. Je nari naravuze nti nta musirikare tuzovyarana kuko baza bava hirya no hino, sinshobora kumenya n-iwabo ngo hagire ico bamfasha ».

Ce qui veut dire :

« *Au camp des déplacés, j'ai été battue par les militaires parce que je refusais leurs ordres, ils m'ont tabassée au dos. Même actuellement, ça arrive que les douleurs reviennent et il m'est difficile de me courber. Moi j'avais dit que je n'accepterai pas un enfant d'un militaire car ils font des allées et venues et on ne peut pas connaître chez eux pour qu'ils puissent m'aider à prendre en charge l'enfant* ».

4.2.2.3. Le vécu de la période post-guerre

Pendant les premiers jours que « YNBB » vivait dans le site des déplacés, elle était presque muette. Ses amis se moquaient d'elle comme quoi elle était arrogante alors qu'elle était sous le choc émotif lié aux atrocités qu'elle a rencontrées. Mais actuellement les relations se sont rétablies suite à l'écoute qu'on lui a faite et la verbalisation sous forme de témoignage des sévices qu'elle subis. Ainsi, elle s'exprime :

« *Ubu, mbere birandyohera rwose ; nk-iyo ndamutse natura ingorane nagize, nca numva ku mutima ndemurutse. Natanguye kuremuruka igihe natangura kwatura, batugendeye abashitsi bo muri C.E.A.P., i Bujumbura, nca numva mpwahutse mu mutima.* ».

Ce qui signifie :

« *Actuellement, je suis contente quand je témoigne des problèmes.que j'ai connus, je me sens soulagée. J'ai commencé à me sentir soulagée après avoir témoigné pour la première fois de mes peines, ce fut quand les visiteurs du C.E.A.P. venus de Bujumbura étaient ici. Soudain j'ai senti le cœur soulagé.* ».

Cela montre les sentiments éprouvés par la victime du traumatisme de guerre, après avoir été aidée et écoutée avec empathie

4.2.2.4. Commentaire et conclusion sur le cas

Notre enquêtée reconnaît l'importance de l'aide lui apportée par le C.E.A.P. Nonobstant, elle avait déjà trouvé sa consolation dans la maternité hors mariage mais celui-ci

pouvait générer d'autres problèmes. En effet, l'éducation d'un enfant, étant dans les conditions pareilles n'est pas du tout facile. En peu de mots, notre enquêtée ne pouvait pas passer trois jours sans connaître des crises liées aux pensées sans issue, avant de consulter le centre. Maintenant, elle se plait du dialogue avec les autres et aussi d'être en compagnie et en groupe.

4.2.3. Monographie du cas « XMAB »

Nous avons choisi ce cas parce que présentant des données un peu particulières par rapport à celles des autres. « XMAB » est traumatisée par les bandes rebelles qui l'ont traquée parce qu'elle était jalousée de sa belle fille qui logeait ces rebelles ainsi que les biens pillés. « XMAB » a été sujet de persécution durant plusieurs années. Ligotée, battue, transportée vers les endroits où on condamnait les gens à plusieurs reprises et à divers endroits.

4.2.3.1. Présentation physique du cas

« XMAB » est une femme âgée de 60 ans, mariée, mère de cinq enfants. Sous le poids de l'âge, son état physique est marqué par la fatigue physique voire psychique. Nous avons remarqué sur ses bras des cicatrices des cordes qui servaient à l'attacher. Elle nous a signalé aussi des traces des coups de fouets sur le dos, sur les fesses et les jambes. Sa manière de parler, son regard aussi sont des signes de traumatisme.

4.2.3.2. Historique et circonstances de la guerre

C'était en 2002, quand « XMAB » fut attaquée par les alliés des combattants FNL, sous prétexte qu'elle était complice de l'armée régulière pour les traquer. Les séquestrations ont perduré en 2003, 2004 voire 2005 ; mais aussi, jusqu'au moment de notre enquête, elle nous disait qu'elle demeurait toujours dans le refuge. Ainsi « XMAB » l'exprimait :

« *Duca turahungira kuri « Peremanansi », baradufasha baduha uturengeti twipfuka. Turahaguma kugeza n-ubu ndacari mu buhungiro* ».

Ce qui se traduit :

> « *Puis nous nous sommes réfugiés à la Permanence et on nous a aidés en nous donnant des couvertures. Nous y sommes restés jusqu'aujourd'hui. Actuellement, je suis encore dans le camp des déplacés* ».

Cela signifie que malgré l'amélioration suite à l'aide lui apportée par le C.E.A.P, elle est sous le choc d'être hors de chez soi, elle est dans la torpeur parce qu'elle a connu des forfaits émanant de ses proches et de ses voisins.

« XMAB » nous a raconté les tours de comparution devant les juridictions des combattants FNL . Parmi ceux qui réclamaient sa condamnation il y avait les voisins J.P.H. et surtout sa belle-fille. Elle fut transportée à RUTEGAMA, dans la forêt de NYABIHUNA, à MBARE-GASARARA, à NYARUKERE (brigade rebelle), à NYARUGONGO chez un certain homme, à CARANKA, chez un autre qu'elle nomma aussi et là elle fut emprisonnée, battue à mort et ligotée à trois reprises. Grâce à Dieu, elle parvint à s'en sortir, à sauver sa vie.

A MUBIMBI, à l'Etat Major des FNL, elle suivait un rapport concernant l'objet de sa condamnation, mais par chance, le rapport, selon ses dires était avec l'argent servant de corruption. Cela lui a été révélé par le Chef d'Etat Major des FNL à MUBIMBI dans ces termes :

> « ... *Nkaja i Mubimbi. Agaca ambaza ati « Ni wewe wagiye uri gusa ? Nti ego! Ngo ni we bajanye amabere ari hejuru? Nti ego! Ngo ku Mana uzokira, ngo abakenyezi baraje kumpa raporo y-iwawe ko ari ivy-urwanko. Nti egome, muzoba mukoze.Ngo kandi ushima ari abantu b'inkozi z-ikibi, ngo mu kuza kubimbarira banzaniye amahera. Ngo ukabona umuntu atanze amafranga azanye raporo y-umuntu, ng-urya buba ari ubwicanyi* ».

Ce qui signifie :

> « ... *Je me rendis à Mubimbi et un agent du F.N.L. me demanda : « C'est toi que l'on transporta nue ? Je dis oui ! C'est toi qu'on a amenée les seins en l'air ? Oui ! lui dis-je. Puis il me dit : par la grâce de Dieu tu t'en tireras, les femmes sont venues en m'apportant ton rapport, disant que c'est une question de jalousie. Je dis, oui et vous ferez mieux. Puis, il me dit qu'ils lui ont amené aussi de l'argent. C'est une preuve qu'ils sont malfaiteurs. Si tu vois quelqu'un qui donne de l'argent avec un rapport d'une autre personne, me dit-il, c'est pour solliciter un assassinat* ».

Notre enquêtée a souligné qu'ils sont venus pendant la nuit la prendre à la maison alors qu'elle était seule avec ses enfants, le mari était allé à Bujumbura. Un homme qu'elle nomma, dont les parents sont bien connus de la victime, était venu avec sa bande munie d'une corde, un couteau caché dans l'écorce de banane et une matraque clouée. Pour la deuxième fois, ils l'amenèrent à leur brigade, ligotée. Ils l'ont battue, puis la jetèrent dans la fosse où elle a failli mourir.

4.2.3.3. Le vécu de la période post-guerre

Puisque « XMAB » nous a dit qu'elle est encore dans le lieu de refuge, là aussi elle rencontre des problèmes. Ses cohabitants se sont entendus pour charger un militaire qu'elle nomma d'avoir violé une fille des voisins d'où il montait la garde. Notre enquêtée a témoigné pour la vérité pour dire que cela n'a pas eu lieu. « XMAB » affirme avoir entendu, ceux qui accusaient le militaire, fomenter qu'ils gagneraient des millions.

Là aussi, elle a été obligée d'être traînée devant l'O.P.J. (Officier de la Police Judiciaire) voire comparaître au parquet pour cet effet. Le fait d'avoir témoigné pour l'innocence du militaire a valu à notre sujet l'expulsion du lieu d'hébergement au centre de RUSHUBI. En retournant chez elle, on lui annonça que les perdants du procès avaient débloqué un million pour chaque individu, afin d'éliminer les autres temoins. « XMAB » l'exprime comme suit :

> « *Kubera ngo ni amaronko, uwabigiriwe ngo bamuha umuriyoni kandi na twe ariho twari. Jewe nti ivyo bintu nta vyo nabonye. Aho twari twatse indaro baca baratwirukana, dusubiye muhira batugerera umwe umwe umuriyoni. Urumva rwari urupfu* ».

Ce qui veut dire :

> « *Puisqu'ils y tiraient des profits, celle qu'on a violée devait recevoir un million de francs, alors que nous étions sur les lieux. Moi j'ai dit que je n'ai pas vu ces choses. Après nous avons été chassés de là où nous avions demandé un logement. De retour à la maison, on débloqua un million pour tuer chacun de nous. Nous avons failli être tués* ».

4.2.3.4. Commentaire et conclusion sur le cas

Notre enquêtée manifeste une reconnaissance vis-à-vis de l'aide lui apportée par le C.E.A.P. Actuellement « XMAB » dialogue avec les autres, elle a retrouvé la sérénité alors qu'avant, elle accusait des fugues, du mutisme, du repli, des hallucinations auditivo-visuelles, de l'insomnie voire de l'anorexie.

Néanmoins, elle a aussi besoin de soutien socio-affectif, d'accompagnement, de la compréhension pour la gestion des traumatismes subis. Aussi, être hors de chez soi est une caractéristique du déséquilibre psychique, même physique directement liée au manque d'autonomie. Bref, notre enquêtée nécessite d'être approchée et aidée. Elle a besoin de thérapie cognitivo-comportementale.

4.3. CONCLUSION DU CHAPITRE

En gros, les monographies que nous venons de présenter en deux catégories nous ont fourni des données amplement suffisantes pour analyser les problèmes que rencontre le C.E.A.P. dans la pratique de prise en charge psychosociale des personnes traumatisées de guerre. Avec ces informations nous pouvons vérifier nos objectifs fixés au début de ce travail. Cette vérification se retrouve dans les chapitres qui suivent.

CHAPITRE 5 : CONDITIONS REQUISES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE ET LES DIFFICULTES QUE RENCONTRE LE C.E.A.P. DANS SON TRAVAIL

Pour entreprendre toute activité, il est indispensable d'évaluer ses capacités vis-à-vis de ses buts ou de ses aspirations. C'est cela, avoir une bonne vision de son travail. Néanmoins, les difficultés ne peuvent pas manquer. Toutefois, toutes ces difficultés doivent être surmontées moyennant des efforts pour subvenir aux besoins ou pour venir en aide aux autres. La prise en charge des traumatisés de guerre nécessite d'avantage de se surpasser et d'endiguer les obstacles qui nous empêcheraient de mieux aider.

5.1. LES CONDITIONS REQUISES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

Le phénomène de prise en charge est délicat, même s'il y a des gens qui le font sans savoir ce qu'elles pratiquent. C'est une action exigeant beaucoup de précautions et autres qualités, soit intuitives, soit acquises sous diverses formes. Traditionnellement, la prise en charge était considérée comme une pratique de charité. Certains peuvent la confondre avec l'œuvre de foi ou leur propre vocation comme le soulève notre enquêtée « AKCI » en disant :

> « *En tant que religieuse, c'est lié à notre charisme, je suis préparée à tels contacts car c'est compatissant. Je n'ai jamais détecté un blocage qui soit lié à mon statut. Je suis plutôt appelée à chercher le bien-être familial* ».

Cela rentre dans le cadre des assurances à nos inquiétudes, lesquelles inquiétudes, nous les partageons avec le Dictionnaire des civilisations africaines qui dit que :

> « *Les activités religieuses sont extraordinairement diverses, insérées dans le quotidien ou exécutées dans un temps et un espace qui leur sont réservées* »[1].

Actuellement, la prise en charge est une technique plus que nécessaire dans la vie quotidienne. Elle exige un certain niveau d'instruction, un endroit tranquille, des compétences comme l'attitude affable, la confidentialité, la disponibilité, l'écoute active, l'empathie, l'équilibre psychologique, la clairvoyance, l'attitude rassurante pour ne citer que cela.

---

[1] Dictionnaire des civilisations africaines, Paris, Monnier, 1968, p. 357.

5.1.1. Le niveau d'instruction de l'intervenant

Pour bien mener une prise en charge, particulièrement la prise en charge psychosociale des personnes traumatisées par la guerre, il faut au moins savoir déceler les divers symptômes du traumatisme de guerre, être à mesure de dresser et dispenser un bon counselling et assurer un suivi-évaluation ou le feed-back de son action. C'est l'instruction et la pratique qui donnent à l'intervenant la lumière de ce qu'il doit faire et ce qu'il ne doit pas faire. Voici ce qu'a dit l'enquêté « BNAI » :

> « *Jewe, si umurwayi aza kundondera, ni jewe riho nja kumurondera. Abakize tubatuma kubibwira abandi, ni bo baheza bakaja gufasha abandi hariya mu kibano iwabo kuko si bose bemera kuza kutwitura, hari ho n-abatemera kuza ngaha* ».

Ainsi pour dire :

> « *Moi, ce n'est pas le malade qui vient me chercher, c'est plutôt moi qui vais le chercher. Les améliorés, nous leur demandons de témoigner de leur guérison, aider d'autres traumatisés de leur entourage car tous ne se confient pas à nous, il y en a qui n'acceptent pas de venir ici* ».

De ces propos, nous décelons deux idées principales et qui prêtent confusion : le fait de se rendre à la recherche des malades lui-même pour les inviter à venir consulter au centre et le fait de confier la pratique d'aide aux améliorés qui n'ont probablement pas de connaissances appropriées. Dans le même ordre d'idées, nous pouvons affirmer que les techniques d'écoute et d'aide ne sont pas du ressort de l'intuition. Il est vrai que, naturellement certaines personnes calmes, sereines et compétentes peuvent user de l'une ou l'autre technique sans l'avoir apprise. Mais nous nous disons que rien ne lui rassure de son action ou réaction. Il faut être suffisamment instruit pour utiliser telles techniques et surtout savoir s'en servir au moment opportun. La seule instruction ne suffit pas à elle seule, il faut d'autres conditions comme celles liées à l'endroit où se déroule la prise en charge psychosociale.

5.1.2. L'endroit sûr, calme ou tranquille

Les institutions de prise en charge doivent avoir une organisation particulière. Elles doivent permettre la communication entre les malades et d'autres personnes de l'entourage. L'O.M.S., dans son rapport sur la santé mentale en 2001 le conçoit ainsi :

> « *Les grands hôpitaux psychiatriques de type carcéral doivent être remplacés par des structures de soins communautaires d'une aide à domicile des malades autrefois pris en charge à l'hôpital* »[1].

Ce qui veut dire que la prise en charge psychosociale des malades mentaux en général et des traumatisés de guerre en particulier se déroule dans un espace bien aménagé. Aussi, les personnes qui concourent dans cette pratique doivent être considérées dignement, sans ignorer l'endroit et les services rendus. Dans la même logique, l'O. M. S. dit que :

> « *De telles structures nécessitent des agents de santé et des services de réadaptation au niveau local ainsi que des dispositifs d'aide d'urgence, d'hébergement et d'emploi protégé* »[2].

Ainsi et l'entourage physique, et l'entourage humain de la personne traumatisée de guerre sont confiants. Notre enquête nous a prouvé que le dispositif lié au salon d'écoute est presque respecté sauf l'hébergement.

5.1.2.1. De l'entourage

La prise en charge doit se faire dans une bonne atmosphère. L'entourage du milieu où se déroule l'écoute doit être calme et tranquille où l'aidant et l'aidé trouvent ensemble sérénité et inspiration. Dans ce cas, les deux, avec le consentement de l'aidé, peuvent revisiter l'histoire de ce dernier sans résistance. A ce sujet, Gustave- Nicolas FISCHER dit :

> « *Dans la prise en charge des malades, la psychologie de la santé devra tenir compte de leur état, de la nature de la maladie et leur environnement social, pour aboutir à des interventions plus adaptées, plus écologiques* »[3].

---

[1] O.M.S., Rapport sur la santé dans le monde 2001 ; La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, OMS, 2001, pp.114-115.
[2] O.M.S., Ibidem.
[3] FISCHER, G.-N., Traité de psychologie de la santé, Paris, Dunod, 2002, p.402.

Le salon d'écoute aussi doit être aménagé au point de ne susciter ni doute, ni inquiétude chez la personne traumatisée en consultation. Alors, au C.E.A.P., l'entourage physique n'est pas serein. Le salon d'écoute se trouve près du garage où les bruits ne cessent pas de se faire entendre. Les passants parlotent d'un côté et font des va et vient de l'autre.

5.1.2.2. L'aménagement du salon d'écoute

L'endroit où se fait l'aide de face à face est normalement doté d'une table, fauteuils, lit pour d'éventuels évanouis ou fatigués. Mais un seul salon remplit ces exigences, parmi les multiples salons que nous avons visités. Notre enquêté, l'intervenant « BNAI » nous l'a précisé comme suit :

> « *Ingorane ya mbere ni ikibanza dukoreramwo. Twategerezwa kuba dufise aho twakirira umuntu ari we nyene, kandi hadatuma yibaza ko hari umuntu wundi yumva ibintu vyiwe. Ivyo bituma ico dukora kitamera nk'uko twacipfuza* ».

Ce qui se traduit :

> « *Notre premier problème c'est l'endroit où nous travaillons nous devrions avoir un endroit où l'on écoute un seul à la fois, qui puisse lui garantir l'anonymat et la confidence de ses confidences .Cela fait que notre action soit imparfaite* ».

Lors de nos investigations, nous avons constaté la confirmation de nos pré-requis en rapport avec les difficultés de confiance et de sérénité d'une personne traumatisée. Nous avons rencontré des traumatisés de guerre qui présentent de l'hypervigilance, du mutisme durant les premières heures du face à face. Donc les premières rencontres exigent du traitant une attitude particulière.

5.1.3. De l'attitude affable du traitant

Pour pouvoir exercer une bonne prise en charge, l'aidant doit d'abord songer à l'accueil. Les traumatisés de guerre qu'a connue le Burundi depuis 1993, ont des symptômes particuliers surtout en rapport avec les interactions. L'aidant doit se préparer pour un accueil aussi chaleureux afin de ne pas rater le premier cadeau, l'offre de soi de la première rencontre.« BNAI » notre enquêté l'a exprimé comme ceci :

« *Twebwe dushimikira ku kubakira kugira bumve ko bisanze, ko ata bwoba, ko ngaha ata ngorane bashobora kugira* ».

Ce qui se traduit de la façon suivante :

« *Nous, nous insistons sur l'accueil pour qu'ils se sentent naturellement à l'aise et ils constatent qu'ici ils sont à l'abri des problèmes* ».

Aussi « AKCI » l'a dit dans ces propos :

« *Il y a d'abord l'accueil puis l'écoute active. Dans l'écoute active, il y a la présentation suivie de l'histoire, comment ça s'est passé* ».

Ainsi, le message de bienvenu, accompagné du gestuel, de la part du thérapeute, est adressé au sujet traumatisé de guerre qui entre en consultation. Bref, il lui montre la chaise, tranquillement en lui témoignant son amabilité, sa douceur avec courtoisie et sociabilité.

5.1.4. La confidentialité du thérapeute

Dans le face à face, le thérapeute rassure son interlocuteur qui est le détenteur de la vérité du dialogue. Le traitant annonce le but de l'entretien à deux et sa détermination à garder confidentiellement ce qui s'y déroule et s'y déroulera sous l'accord du traité. Tout cela, il le fait pour demeurer authentique, honnête et gagner la confiance du traumatisé. TOURNEBISE, T. parlant de la psychothérapie, nous explicite ce qui suit :

« *La psychothérapie est un espace de vie sans ambiguïté où règnent la confiance et l'assurance de ce qu'il y a de meilleur. Quand ce n'est pas le cas, c'est peut-être simplement qu'il ne s'agit pas de psychothérapie* »[1].

L'accent est mis sur la confidentialité confirmée par le thérapeute à son client, le premier est dans la quête de l'ouverture du second. Il cherche à débusquer la crainte et/ou la résistance éventuelle de la part de son client. « BNAI » le précise ainsi :

« *Tumufasha kubona ko dushobora kuganira na we ; kumwumviriza, gushika aho atwizigira*».

[1] TOURNEBISE, T., Op.cit., p.143.

Ce qui dit :

> « *Nous l'aidons à constater que nous pouvons dialoguer avec lui, l'écouter jusqu'à ce qu'il se confie à nous* »

Le thérapeute fait cela pour élucider son engagement à demeurer confident et le *Dictionnaire Hachette, Langue Encyclopédique : Noms propres* dit :

> « *Est confident, cette personne à qui l'on confie ses pensées intimes, à qui l'on communique son secret personnel* »[1].

Ainsi, le client sera sûr de la présence tant physique que psychique de l'aidant et par conséquent l'aide aboutira à la décharge émotive et à la libération d'affects.

5.1.5. La disponibilité de l'aidant à écouter

Etre à l'écoute de l'autre pour le servir après, c'est se défaire de toute autre préoccupation, c'est être disponible tant psychologiquement que physiquement. Psychologiquement, le thérapeute se défait de tout a priori en rapport avec le patient. Etre imprégné de la situation sociale et circonstancielle lui est d'importance capitale. Selon le vocabulaire de la psychologie :

> « *Le praticien écoute et doit se mettre en état d'entendre, permettre aux signes, paroles lacunaires de s'ordonner jusqu'à ce que le sens latent apparaisse, puis soit réapproprié par le sujet pour en poursuivre les élaborations* »[2].

A son tour notre enquêtée « AKCI » nous a signalé que :

> « *Et puis en l'écoutant, on essaie d'utiliser ses propres mots pour essayer de l'orienter et de revivre présentement son histoire afin d'atteindre ensemble la détraumatisation* ».

Physiquement, le thérapeute doit veiller à ses mouvements, sa position, ses mots quand il est en train d'écouter. Ainsi, il est authentique avec lui et empathique envers l'aidé.

---

[1] Dictionnaire Hachette, Langue, Encyclopédie : Noms propres, Paris, Hachette, 1980, pp.282-283.
[2] Vocabulaire de la psychologie : Références et positions, Paris, Erès, 2006, p. 313.

5.1.6. L'équilibre psychologique de l'aidant

Dans la relation d'aide ou d'écoute active, tout comme dans la prise en charge, l'on aimerait que le thérapeute, soit psychologiquement équilibré pour mieux aider. Nous espérons pouvoir mesurer l'équilibre psychologique par deux grandes attitudes qui sont l'authenticité et l'empathie.

5.1.6.1. L'authenticité

Nous qualifions une personne d'authentique quand elle est à l'aise avec elle-même, en accord avec soi-même intérieurement, quand elle se remarque dans ses actions et interactions. Surtout quand ces dernières ne lui causent pas de gêne. C'est quand elle ne ressent pas le besoin de changer de comportements en étant avec les autres. Voyons ce qu'en disent nos enquêtés. Parlant de son œuvre, « BNAI»avance que :

> « *Kuri paruwasi, ni igikorwa ngirakamaro. Kuri jewe naho, ni igikorwa kintera iteka, nkacemera, kikandyohera ; n-abantu b-ino baramaze kukimenyera, abize n-abatize* ».

Ce qui veut dire :

> « *Pour la paroisse, c'est une activité importante. Et pour moi, c'est un travail qui me fait honneur et que j'accepte volontiers, qui me plait. Même les gens de notre entourage, instruits ou non instruits sont déjà habitués à cette activité* ».

L'authenticité s'avère une qualité extrêmement importante pour l'aidant, car elle lui permet de surpasser ses propres préoccupations pour être à la disposition de l'autre. « AKCI » dans ses propos en rapport avec l'appréciation de son œuvre dit que :

> « *N-aho mu kirundi bavuga ngo ntawishima, umuntu ashimwa n-abandi, jewe aho ngeza, ndabona ko abaje ngaha ata n-umwe asubira inyuma uko yaje. Bose barakira neza n-abo turungitse ahandi, na bo nyene ndabakurikirana, kandi barakira bakagaruka bakanyiyereka* ».

Ce qui se traduit :

> « *Même si en kirundi on ne s'apprécie pas, l'homme est apprécié par d'autres, moi à mon sens, je constate que parmi ceux qui nous approchent, personne ne retourne sans être servi. Tous sont guéris, même ceux qui sont référés ailleurs, je leur accorde un suivi et ils guérissent aussi, ils reviennent même me montrer qu'ils sont guéris* ».

L'authenticité permet à l'aidant de vaincre d'éventuels assauts liés à son histoire individuelle pour manifester de l'empathie envers son semblable en quête d'aide.

5.1.6.2. L'empathie

Selon le Dictionnaire de psychologie :

« L'empathie est une intuition de ce qui se passe en l'autre, sans oublier toutefois qu'on est soi-même, car dans ce cas, il s'agirait d'identification. Pour Carl ROGERS, l'empathie consiste à saisir, avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et les comprendre comme si on était cette autre personne »[1].

Dans le même ordre d'idées, l'aidant en situation d'écoute active, qui est authentique avec lui-même peut ipso-facto accéder à l'empathie. A partir de ce qu'il entend du traumatisé et de ses propres observations, il reçoit autrui, cette partie de la vie qui souffre.

Notre enquêté, « BNAI » parlant de comment il se sent en accueillant les traumatisés de guerre nous a signalé que :

« Hari aho akubwira ibintu ugasanga ni we usigaye uvyikoreye, muri wewe na we ugatuntura ku musumvya. Na none n-uko twize inyifato dutegerezwa kugira. Urumva na we ni ukwihagararako ».

Ce qui se traduit :

« Des fois il te raconte des choses et tu te trouves les supporter en toi tu deviens plus affecté que lui. Notre chance est que nous avons appris comment nous devons nous y prendre. Tu entends que nous devons nous retenir ».

Ainsi, il acquiert les références internes de l'autre pour qu'il puisse s'en servir en l'aidant à les intégrer dans sa vie comme composantes de son être au lieu de les considérer comme des caractères d'une vie ratée. Bref, cette attitude de se mettre dans la peau de l'autre tout en restant soi-même exige que celui qui l'exerce puisse être rassuré de ses actions et réactions, donc d'être authentique.

---

[1] DORON, R. & PAROT, F., Op.cit., p.241.

5.1.7. La clairvoyance du thérapeute

Dans sa pratique d'aide, le thérapeute doit savoir utiliser les incitatifs verbaux pour relancer le dialogue en cas de silence du traumatisé. Il doit être doté de la capacité d'exercer un coup d'œil clinique. Aussi, il relève des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs, significatifs, afin de leur donner un sens en les resituant dans l'histoire du sujet et dans le contexte actualisé. Il utilise l'observation intra et intersubjectif, dite observation clinique. Voyons ce qu'en disent PEDINIELLI, J.-L. & FERNANDEZ, L. :

> « *L'observation clinique concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité* »[1].

Il agit dans le vif désir de rendre autonome le traumatisé, l'aider à regagner la confiance en soi, en son entourage, en son avenir, voire en l'estime de soi. Le thérapeute laisse la latitude au traumatisé de décider les voies de sortie et les stratégies d'actualisation de ses propres forces vitales. La souffrance du traumatisé ne doit en aucune façon leurrer le thérapeute jusqu'à penser que ce premier n'y peut plus. Il crée les conditions sociales favorables à la liquidation collective des affects à favoriser la cohésion sociale et l'esprit de tolérance des pensées et comportements des autres.

Bref, les conditions exigées pour une meilleure prise en charge sont nombreuses et diversifiées. Mais nous nous limitons à celles-ci que nous qualifions d'importantes pour embrayer sur les difficultés liées à la pratique y relative.

5.2. LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE C.E.A.P DANS L' EXECUTION DE SES ACTIVITES

Les difficultés liées à la prise en charge des traumatisés de guerre dans le cadre du C.E.A.P. sont multiples et diverses. Elles relèvent en grande partie des difficultés liées à la prise en charge psychosociale, celles liées à la prise en charge médicale, ainsi que les difficultés organisationnelles.

---

[1] PEDINIELLI, J.-L. & FERNANDEZ, L., L'observation clinique et l'étude de cas, Paris, Armand Colin, 2007, p.14.

5.2.1. Les difficultés liées à la prise en charge psychosociale

La prise en charge en général est un phénomène qui exige des sacrifices matériels voire temporaires. La prise en charge psychosociale quant à elle exige de l'intervenant des compétences exceptionnelles ainsi que des connaissances suffisantes pour être à la hauteur des difficultés y relatives. Entre autres difficultés nous pouvons citer :

- La peur de se confier aux intervenants ;
- La peur d'être dans un groupe ;
- L'inhibition psychomotrice.

5.2.1.1. La peur de se confier aux intervenants

Les traumatisés manifestent des difficultés liées aux forfaits subis, commis par les hommes de chair et de sang, leurs voisins. Ces bourreaux ressemblent à ces intervenants, disposés à écouter et aider. « CNDI », dans la même logique nous a signalé que :

> « *Parfois au début, les gens viennent avec des problèmes de crainte, de peur et souvent ceux financiers* ».

Même les personnes traumatisées éprouvent des inquiétudes, des doutes et manifestent de l'hébétude comme le précise l'enquêtée « YNBB » dans les termes suivants :

> « *Bakinyakira, sinarinzi gutaramura ururimi ngo mvuge wamengo ururimi rwagobwe. Naca nguma mpoze gushika aho umutwe uparangana, sinishure umuntu ambajije, nkuma nk-igiti* ».

Ce qui signifie :

> « *Lorsqu'on m'a accueilli pour la première fois je ne savais pas bouger ma langue pour parler. On dirait que la langue était paralysée. Je restais silencieuse et on aurait cru que j'étais troublé, je ne répondais pas à la personne qui me parlait, je restais immobile comme un poteau* ».

Ainsi, le sujet traumatisé de guerre se sent isolé, privé de relations ; c'est aussi une difficulté pour les intervenants.

5.2.1.2. La peur d'être dans un groupe

La plupart des fois, les traumatisés de guerre, restent dans la torpeur suite aux massacres et persécutions qu'ils ont endurés. Ils ont peur d'affronter le groupe parce que cela leur rappelle les situations traumatiques des tueries en masse. Ainsi le traumatisé va développer d'autres symptômes comme le repli sur soi. « YNBB » nous l'a précisé dans les propos suivants :

> « *Kare, mbonye umuntu inyuma yanje, naravundera cane, nkiruka kugira ngo ntaje kumpamvya.* ».

Ce qui se traduit ainsi :

> « *Avant, voyant une personne derrière moi, je courrais à toutes jambes pour qu'elle ne me rattrape pas.*».

C'est-à-dire que l'autre lui faisait peur, la vie en groupe ou en société n'était autre chose qu'une souffrance, une agression. Le sujet se crée une distance entre lui et son entourage, éprouve de l'anxiété pouvant aller jusqu'à l'angoisse. Il s'enferme dans un vase clos, croyant échapper aux dangers quelconques alors qu'il se nuit à lui-même. Pourtant, SUGURU S. nous rappelle que :

> « *Le murundi éprouve de la satisfaction dans sa communauté, le groupe, le clan sont pour lui quelque chose d'indispensable pour le bon équilibre de sa santé* »[1].

La vie est interactive et chacun doit son existence à ses semblables, n'est qu'une partie d'un tout et ne peut pas vivre seul. Cependant certaines gens l'écartent, se moquent de lui au lieu de le consoler et l'aider à surmonter son angoisse. « XMAB » l'a révélé ainsi :

> « *Ngiye muhira ingorane nagira barampunga nk-igikoko. Ndidegemvya mu nzira, ndashika muhira* ».

Ce qui veut dire :

> « *Me rendant à la maison, les problèmes que j'ai rencontrés, ils me fuyaient comme si j'étais un animal! Toute seule en cours de route je suis parvenue à la maison* ».

Bref, la cicatrisation normale des blessures corporelles et la libération des affects sont freinées. C'est le processus d'anéantissement qui s'installe dans son psychisme et elle devient incapable du plan psychomoteur.

---

[1] SUGURU, S., Approche psychosociologique des Baganza dans le Mugamba sud, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 1978, p. 44.

5.2.1.3. L'inhibition psychomotrice

Souvent, les traumatisés de guerre, corporellement ou psychiquement, accusent des perturbations comportementales diverses. Nous décelons deux principales à savoir la dépression et l'impulsion. Un dépressif se caractérise par l'insensibilité, il est peu émotif, peu actif. Il devient apathique. L'impulsif quant à lui, se laisse emporter par ses tendances ou ses émotions. Il a du mal à les contrôler. Nos enquêtés nous l'ont confirmé à travers ces termes évoqués par « YNBB » :

> « *Nari igikehabwenge, nca ndabura ikindemesha. Kenshi bambwiye gukora ikintu, naca nguma ninumiye, niyicariye sindabishure*».

Ce qui veut dire :

> « *J'étais déficiente mentale et je n'avais personne pour m'encourager . Souvent quand on me disait de faire quelque chose, je restais silencieuse, assise sans réagir* ».

« XMAB » l'a aussi ainsi souligné:

> « *Jewe nta kantu k'akenge n-aka nari mfise. Mu bwonko, wamengo ni ahantu baguma bahanagura, ndi uruntu rw-urujuju, rw-urupupe* »

Ce qui signifie:

> « *Moi je n'avais aucune trace d'intelligence. On dirait que l'on avait nettoyé mon cerveau pour faire de moi comme un idiot, une poupée.*»

Dans leur état apathique, les personnes traumatisées ont des capacités psychomotrices qu'elles inhibent tout en ruminant les situations critiques vécues. Selon C. ROGERS :

> « *Le fait que l'individu se trompe, même fréquemment, même sérieusement, ne signifie pas que sa capacité de jugement n'est pas fondamentalement digne de confiance* »[1].

Le fait de reprendre les propos moqueurs, de raconter les événements endurés, les comportements qu'ils ont adoptés chaque fois en témoignent. Ces difficultés se répercutent aussi sur la prise en charge médicale comme nous allons nous en rendre compte dans le paragraphe qui suit.

---

[1] ROGERS, C., Op.cit., p.83.

5.2.2. Les difficultés liées à l'assistance médicale

A vrai dire, les structures sanitaires suscitent de la gêne chez la plupart des burundais. Concernant les personnes traumatisées par la guerre, la complexité de ces structures vient s'ajouter aux difficultés personnelles qu'elles éprouvent. Nous pouvons souligner entre autres difficultés : l'incapacité de se procurer des moyens financiers pour les soins de santé car la plupart de ces traumatisés de guerre sont des déshérités, ensuite il y a la non-observance, la rupture des prises de médicaments sans oublier le manque de moyens matériels et financiers voire du personnel suffisant du centre qui assure leur prise en charge.

5.2.2.1. L'incapacité de se procurer les moyens financiers pour les soins de santé

Dans le but de subvenir aux besoins élémentaires des demandeurs de services, le C.E.A.P a mis sur place un service de soins de santé psychiatrique ambulatoire. Les bénéficiaires sont démunis et des fois ils sont désespérés. En se plaignant, l'enquêtée « YNBB » nous a adressé la demande suivante :

> « *Ndabona noshimira Imana ubwa mbere, na C.E.A.P, n'aho n-ubu ndi muntu wazanga - mahwera - . Ariko na mwe muradufasha turonke umuti* ».

Ce qui se traduit :

> « *Je remercie Dieu en premier lieu, puis le C.E.A.P, même si je reste sous le choc. Mais, vous aussi, aidez-nous à avoir des médicaments* ».

Cela veut dire qu'ils ne sont pas sécurisés au point de vue de la santé. Surtout la sécurité dont nous parlons c'est la sécurité interne. D'après ROGERS, C. :

> « *La sécurité permet aux éléments refoulés ou complètement négligés d'émerger dans le champ de la conscience et d'en changer la configuration* »[1].

Le C.E.A.P préconise des médicaments aux nécessiteux mais à un prix abordable. Le problème est que cette aide n'est pas garantie au point de vue de sa régularité. C'est une action purement charitable et ponctuelle.

---

[1] ROGERS, C., Op.cit., p.85.

5.2.2.2. La rupture de la prise de médicaments (psychotropes)

Tout traitement exige une durée de prise de médicaments et un nombre de prises fixe. De plus,les médicaments constituent aussi un traumatisme, surtout pour cette catégorie de personnes dont l'affectivité est fragile. Le traitement des traumatismes, surtout ceux liés à la guerre, prend une longue durée et exige de la ténacité et de l'engagement du traité.

Nonobstant, la plupart des patients pensent qu'une cure suffit pour qu'ils atteignent la guérison. A leur surprise, peu de temps après cet arrêt, les symptômes réapparaissent. Soudain, la rechute et le déséquilibre psychophysiologique se rétablissent dans la vie du sujet. Nous saisissons cette occasion pour signaler que la prise de médicaments occasionne des effets non escomptés et le sujet naguère traumatisé est davantage perturbé. Là aussi la réaction la plus fréquente, c'est l'arrêt ou la rupture de la prise des médicaments en cours. A propos de cela, voici ce que dit « XMAB »:

> « *Arambaza ingene vyagenze, arampa ibinini bimwe mira ndyama, ibindi mira nikanguye. Vya bintu vyo kugangamuka bikagabanuka, akenge kakagaruka buhorobuhoro. Ariko n-ubu ndacakeneye gufashwa kuko hari n-aho bimvyuka simbashe n-ugukonya, singire ico nkora* ».

Ce qui veut dire :

> « *On me demanda comment ma situation s'est déroulée, on m'a alors donné des comprimés à prendre les uns au coucher, les autres au lever. Les agitations cauchemardesques diminuèrent et l'intelligence se rétablit petit à petit. Mais j'ai encore besoin d'aide car les symptômes reviennent des fois et m'empêchent de travailler, ni de bouger* ».

A côté de la rupture de la prise des médicaments avec toutes les conséquences, d'autres difficultés comme le refus d'obtempérer aux prescriptions médicales peuvent avoir lieu. C'est cela que nous présentons sous le titre de non-observance.

5.2.2.3. La non-observance

Selon MONTREUIL, M. & DORON, J. :

« *Actuellement le phénomène de non-observance est envisagé comme le résultat de plusieurs facteurs liés à la spécificité de la maladie, et à son traitement, liés à la relation médecin/patient, mais également aux ressources du patient* »[1].

Ainsi, le traumatisme de guerre est une maladie spécifique du fait qu'il n'affecte pas toutes les facultés de la victime. Souvent, de tels patients n'admettent pas qu'ils sont réellement malades. Cela les pousse à réfuter les médicaments qu'on leur propose. Ils sont plongés dans une mare de problèmes au risque de s'y noyer. Ils manifestent une passivité complice alors que l'observance exige l'implication et la détermination du soigné.

Les traumatisés de guerre peuvent adopter la non-observance parce qu'ils incriminent les intervenants en les confondant aux bourreaux. Ainsi ils doutent de leur action et les médicaments qui leur sont proposés sont pris pour le moyen de les achever. Aussi le traitement qui exige la combinaison des médicaments peut être cause de la non-observance. Qui plus est, le C.E.A.P. qui accompagne de tels individus constate comme nous l'incapacité économique de ces derniers.

5.2.2.4. Le manque de moyens matériels et financiers du C.E.A.P.

Normalement, lorsqu'une personne en situation de nécessité parvient à se faire accepter par une institution ou un autre bienfaiteur, quel qu'il soit, elle devrait bénéficier de l'assistance tant médicale que psychosociale. Dans le même ordre d'idées, PEYRE, V. & JACQUEY, M. disent que :

« *Si les clubs doivent disposer d'une large autonomie de fonctionnement, l'obtention des moyens nécessaires n'est possible que dans la mesure où les organismes subventionneurs, quels qu'ils soient ont la faculté de contrôler la réalité et le sérieux de l'action éducative* »[2].

---

[1] MONTREUIL, M. & DORON, J., Op.cit., p.284.

[2] PEYRE, V. & JACQUEY, M., Clubs de prévention : Expériences de socio-pédagogie en milieux urbains, Paris, Cujas, 1964, p.157.

Ceci indique qu'entre les subventionneurs et les exécutants se trouve une relation de feed-back. Au C.E.A.P., nous avons rencontré des demandeurs de services qui selon la gravité de leur problème, exigent des soins spécifiques qu'ils ne trouvent pas audit centre. Ceux-là doivent poursuivre le processus de se faire accepter par le ministère de la solidarité, aidés par les agents du C.E.A.P. Cette situation fait que le traumatisé qui accuse des blessures physiques, en souffre psychiquement. L'enquêté « BNAI » le précise en ces termes :

> « *Ico nokwongerako n-uko C.E.A.P boyongerereza uburyo bw-ugukora, ikabasha gusahiriza abagize imigambi y-ukwiteza imbere muri aba, na cane cane n-imiti kugira turabe ko abakirwaye bokira* ».

Ce qui veut dire :

> « *Ce que je peux ajouter, c'est que l'on puisse augmenter les fonds du C.E.A.P, pour qu'à son tour il soutienne les projets de développement des bénéficiaires de ses services, surtout l'accès aux médicaments pour que ceux qui sont encore malades puissent guérir* ».

En résumé, même s'il y a des patients qui, après s'être consultés au C.E.A.P vont chercher des soins complémentaires ailleurs, il y en a aussi qui viennent consulter le centre pour son service d'écoute active, malgré que les services du psychologue de formation soient rares. Cela nous pousse à mener des investigations au point de vue organisationnel dudit centre.

5.3. LES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES

En nous basant sur les structures du C.E.A.P., nous avons aussi jeté un coup d'œil sur son historique. Nous constatons que parmi les membres fondateurs qui sont cinq psychologues cliniciens, la seule représentante légale, religieuse, prise par d'autres fonctions est très active pour le centre. Trois sont pour le moment au CANADA, tandis qu'une autre a été exclue suite aux fautes graves, lui accusées par l'assemblée générale.

S'agissant des difficultés, lors de notre entrevue, la représentante légale nous a cité celles du début des activités du centre ainsi que celles qu'il connaît actuellement. Elle disait :

> « *Nous avons manqué de moyens et de prestataires volontaires pour poursuivre les services assurés aux malades qui nous consultaient à l'Hôpital Clinique Prince Louis*

RWAGASORE. Seulement des visites irrégulières ont duré quelques mois. Aussi, la salle d'écoute qui nous a été disponibilisée était inconfortable ».

Cela nous permet de songer à l'épreuve qu'a endurée ce centre dès le début jusqu'à nos jours. Nous pouvons penser que peut-être des difficultés ont été résolues. Néanmoins, notre enquêtée l'a précisé ainsi :

« *Actuellement, le centre est aux mains de la congrégation des sœurs « BENE MARIYA », dont je suis membre* ».

Cela laisse imaginer l'efficacité et les contraintes des services et surtout des intervenants dudit centre. Ainsi nous observons des effets de cette situation sur la façon d'assurer le service d'écoute et d'aide psychologique. A ce propos, voici ce que dit la représentante légale :

« *Je n'interviens plus régulièrement, raison pour laquelle les difficultés que je relèverais restent superflues. Je pense que vous pouvez garder celles relevées par les intervenants réguliers* ».

Malgré tout cela, nous espérons que grâce au courage et à la détermination des responsables du C.E.A.P., les choses iront de mieux en mieux. Nous nous basons sur la réponse qui nous a été donnée par la même représentante légale concernant les services qui seraient assurés par un psychologue de formation. Elle nous a dit :

« *Puisque notre centre est agréé au Ministère de la Santé, nous sommes en train de plaider à ce que nos intervenants soient pris en charge - salariés - par le ministère de tutelle. Aussi, nous aimerions embaucher un psychologue pour compléter les services que nous donnons aux demandeurs* ».

5.4. CONCLUSION DU CHAPITRE

En résumé, toutes les conditions de travail ne sont pas réunies raison pour laquelle certaines difficultés sont inévitables. Par contre, les activités du C.E.A.P. sont importantes et louables. Ce que nous pouvons faire ici, c'est de suggérer aux responsables dudit centre d'ouvrir les portes aux volontaires et de chercher ceux qui peuvent les appuyer techniquement, matériellement voire financièrement. Ainsi les spécialistes pourront y œuvrer sans contraintes.

CHAPITRE 6 : CATEGORIES DE PERSONNES TRAUMATISEES PRISES EN CHARGE PAR LE C.E.A.P. ET NATURE D'AIDE QU'ON LEUR APPORTE

Au C.E.A.P, comme dans toute autre institution de prise en charge, les demandeurs de services viennent se faire consulter auprès des intervenants. Certains d'entre eux manifestent des traumatismes divers et à des degrés variables. Les aidants conscients que chaque cas est un cas à part qu'il faut considérer dans sa singularité, apportent une aide qu'ils jugent adéquate à sa plainte.

6.1. CATEGORIES DES PERSONNES TRAUMATISEES PRISES EN CHARGE PAR LE C.E.A.P.

A considérer la dénomination dudit centre ainsi que ses pratiques, il y a risque de croire que toute personne qui consulte le C.E.A.P. est soit traumatisé ou malade mental. Mais nous avons constaté que certains viennent consulter sans manifester une des pathologies catégorisées au centre. Concernant les traumatisés de guerre, BARRAL, J.-P. a dit que :

> *« Les blessures se referment mais la peau reste marquée d'une cicatrice visible alors que l'intérieur du corps, mémorise de manière invisible, cicatrices, douleurs et stress. Ces tensions sous-jacentes peuvent ressurgir à tout moment »*[1].

Ce qui signifie que le traumatisme de guerre ne se limite pas seulement aux événements ponctuels. Les symptômes sont persistants en période post-guerre. Nous avons catégorisé quatre grandes catégories de traumatisés à savoir :

- Les traumatisés de guerre ;
- Les épileptiques ou ceux à troubles neurologiques ;
- Les malapprenants ou inadaptés scolaires ;
- Les maladaptés ou traumatisés sociaux.

[1] BARRAL, J.-P., Comprendre les messages de votre corps, Paris, Albin-Michel, 2005, p.17.

6.1.1. Les traumatisés de guerre ou mutilés

La guerre, comme celle qu'a connue le Burundi, qui oppose les compatriotes affecte les victimes de diverses façons. Il y en a qui sont touchés moralement, économiquement, psychiquement voire physiquement. Parmi eux, au C.E.A.P., nous avons rencontré des amputés, des blessés, des torturés, des persécutés et des déshérités.

6.1.1.1. Les amputés

La période de guerre a emporté une multitude de vies humaines a laissé les victimes en souffrance tant physique que psychique. Parmi ceux qui souffrent physiquement, nous pouvons signaler ceux qui ont perdu un membre ou des membres, une partie du corps avec toute son importance. Nous parlons d'amputés quand l'organe retranché l'a été par l'opération chirurgicale ou par l'ablation. S'agissant de sa perception, GAHUNGU, L. disait que :

> « *La prise en charge équivaut à l'acceptation du mutilé de guerre en son cercle familial et à l'assurance de ses besoins vitaux en conséquence* »[1].

Cette relation d'acceptation ne devrait pas se limiter au cercle familial. Plutôt, l'entourage voire la société toute entière devrait l'intégrer dans la vie quotidienne. Il faut concourir en son adaptation sociale plutôt que le prendre pour malade, invalide. Sinon, quand ce dernier est pris comme une lourde charge, lui-même se perçoit autrement. « ZNVB » l'a exprimé comme suit :

> « *Abashoboye ni bo bokwirukanga bakadukomera induru (amashi) bakagira ico badutererеye* ».

Ce qui signifie :

> « *Les personnes aptes pourraient courir à notre secours et sensibiliser le public pour nous afin de nous apporter une aide* ».

Cela laisse percevoir l'invalidité physique intériorisée par notre enquêté. Dans sa conscience le sentiment de dépréciation, dénégation jusqu'à ce qu'il se sente incapable est déjà installé. Finalement, l'amputé perd même le sens de la vie, déprime et ne parvient plus à

---

[1] GAHUNGU, L., Quelques obstacles qui s'opposent à la réinsertion des amputés de guerre en milieu socio-professionnel, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2004, p.120.

exercer les capacités qui lui sont propres. Par conséquent, d'autres membres finissent par s'affaiblir.

6.1.1.2. Les torturés ou les blessés

Le Burundi a été le théâtre des guerres incessantes qui ont engendré la multiplication des victimes. Parmi ces dernières nous décelons les blessés physiquement ou psychiquement qui sont victimes de la torture. La torture étant la violation de la personne humaine, sa privation de liberté, d'intégrité physique et/ou morale. Souvent, les bourreaux usent de la violence dans le but d'obtenir des renseignements, des aveux ou avantages non mérités auprès des victimes. Notre enquêtée « YNBB » l'a révélé comme suit :

> « *Kubera ntashaka kuvyara uwundi, n'ivyo bantegetse ndavyanse, baca baranyomagura inkoni zo mu kiyunguyungu* ».

Ce qui se traduit :

> « *Puisque je ne voulais pas enfanter un autre, et refusais leurs injonctions, ils m'ont frappée avec des bâtons au dos* ».

Même ceux qui n'accusent pas de blessures physiques, sont blessés moralement et psychiquement jusqu'à vivre presque inlassablement dans la torpeur. Elles ruminent les coups de fouets, le fait d'être ligoté et jeté dans des fossés. Ils se rappellent de l'alerte incessante, des informations, des réunions à propos de leur condamnation, des menaces nocturnes comme les jets de pierres sur les toits de leurs maisons, voir les bourreaux amener des gourdes à clous, des cordes, machettes, fusils et couteaux lors de la persécution.

6.1.1.3. Les persécutés

Pendant la guerre opposant les compatriotes, ce sont les voisins qui se sont pourchassés. Ces victimes ayant échappé à plusieurs attaques restent cachées, de peur d'être achevées. Elles continuent à vivre dans l'insécurité, à se cacher sous le joug des douleurs physiques et psychologiques lancinantes. Cette insécurité persistante annihile des fois les efforts des victimes de la persécution. Notre enquêté « XMAB » nous relatant les périodes de persécution qui l'ont plus marqué nous a révélé ceci :

« Nca nguma ngaho, bongera bavuga bati : « ko twamujanye ntibamwice, nta co tuzoja kumwiyicira twebwe ». Iyo ntembereye haruguru y-imuhira ngasanga bashizeho ibimenyetso vy'ibigombo bikitse mu nzira, bija kubarangira aho bururukana mw'ijoro. Hakaza ikete ryanditseko umusaraba n-imva ».

Ce qui se traduit de la manière suivante :

« Je suis resté là mais ils ont dit ceci : « puisque elle n'a pas été tuée par eux alors que nous l'avions emmenée, nous allons la tuer nous-mêmes ». Quand je me déplaçais près de chez moi, je trouvais des tiges de manioc qui servaient comme orientation au cours de leur passage nocturne. Puis vint une lettre avec une croix et tombe ».

Ce témoignage montre combien la période de guerre fut difficile pour les victimes. Non seulement à cause des exactions somato-psychiques, mais aussi les biens péris ont causé des perturbations.

6.1.1.4. Les déshérités

Durant la guerre qui secoua le peuple burundais, non seulement les vies humaines furent affectées, mais aussi les animaux domestiques, les biens matériels tant mobiliers qu'immobiliers. Les personnes qui avaient fourni leurs efforts et investi dans l'un ou l'autre domaine de la vie se sont vues démunies. « AKCI » nous l'a dit ainsi :

« Il y a ceux qui arrivent et qui portent plainte pour leurs biens, ceux qui sont dépourvus de biens ».

Certains se plaignent même d'avoir aidé les malfaiteurs dans le transport des biens pillés, du bétail volé, des magasins pleins de marchandises brûlés. Leurs maisons en dur furent détruites et ils n'ont plus de logement. Ils regrettent leurs propriétés non encore exploitées alors qu'ils meurent de faim.

6.1.2. Les épileptiques

Parmi les multiples patients qui consultent le C.E.A.P., les épileptiques représentent une proportion non négligeable. Avant d'abonder dans le sens des épileptiques pris en charge par le C.E.A.P., nous pouvons d'abord nous intéresser à savoir ce qu'est l'épilepsie. D'après POROT, A. :

« *Epilepsie est un vaste ensemble nosographique qui groupe des accidents neuropsychologiques paroxystiques d'origine centrale, se reproduisant à intervalles variables et plus ou moins réguliers* »[1].

Les aspects cliniques que nous pouvons distinguer sont de deux grandes catégories. Il y a la crise convulsive tonico-clonique généralisée appelée communément « crise de grand mal » et le petit mal épileptique.

6.1.3. Les malapprenants

Parmi les demandeurs de service au C.E.A.P, y figurent des élèves et étudiants qui éprouvent des difficultés d'apprentissage, sans savoir localiser les causes ni gérer ces situations stressantes. Pour cadrer l'impact de l'échec dans la vie d'un individu, POROT. A nous dit :

« *L'échec, dans la vie pratique est avec la frustration affective, la principale des causes dites morales de la psychonévrose. Lorsque la relation est reconnaissable entre les événements réels dits « échecs » (sentimentaux, sexuels, scolaires, professionnels, sociaux, etc.) et le trouble psychique qui leur succède, celui-ci rentre dans le cadre clinique des névroses ou psychoses « réactionnelles »*»[2].

Pour le moment, nous sommes plus intéressés par les malapprenants ou ceux qui connaissent l'échec scolaire. Ce sont des étudiants ou élèves ayant soit des problèmes de concentration, d'accéder à la scolarité suite au manque de moyens financiers, des perturbations d'origines diverses mais se répercutant sur le travail scolaire.

Soudain, la guerre qu'a connue le Burundi a secoué les familles et peut souvent être à l'origine de ces perturbations. Nos enquêtés comme « YNBB » nous l'ont signalé dans les propos que voici :

« *Ubu rero birageze ahantu binanira kubagurira amakaye kuko ndakenye, merewe nabi* ».

Ce qui se traduit :

---

[1] POROT, A., Manuel alphabétique de psychiatrie, Paris, P.U.F., 1975, p.235.
[2] POROT, A., Ibidem, p.216.

« Actuellement, il m'est impossible de leur acheter des cahiers car je suis pauvre, je suis dans une position inconfortable ».

Et « ZNVB » de dire :

« Hama rero, urabona mfise n'abana, atari abagenzi bazobamfashiriza ngo bige baheze, bizongora ».

Ce qui veut dire :

« Puis, tu vois que j'ai des enfants, n'eût été les amis qui vont les aider à faire leurs études, moi ce me sera très difficile ».

Ceci souligne la tendance démissionnaire des parents à l'éducation de leurs enfants suite à cet événement hors du commun, qui est la guerre. Sans pour autant nous détacher sur des idées de POROT à propos de l'échec dans la vie pratique, nous classons ceux qui accusent les échecs sentimentaux, sexuels, professionnels et sociaux parmi les maladaptés.

6.1.4. Les maladaptés

Notre travail s'inscrivant dans la logique des services rendus par le C.E.A.P. aux divers demandeurs qui cherchent à s'accommoder, à adopter la conformité aux normes soit institutionnelles, soit sociales. Ils sont plutôt dans une situation de déséquilibre relationnel, homéostatique et aux processus qui s'y rapportent.

6.1.4.1. Les maladaptés professionnels

Dans la plupart des communautés, les gens sont formés pour pratiquer les connaissances acquises. Mais nous observons que des fois, tous ne s'adaptent pas facilement à leurs emplois. D'un côté les conditions de travail ne leur sont pas commodes et de l'autre, les relations latérales avec des collègues ou supérieurs hiérarchiques sont contraignantes. Ces relations contraignantes font que l'homme soit inadapté à son travail.

Nous pouvons aussi signaler le cas des professionnels qui ratent leurs objectifs en se bornant surtout aux critères inadéquats. Sur ce, PEYRE, V. & JACQUEY, M. disent que :

« Il existe un danger de voir adopter des critères superficiels ou fallacieux, tels que la tenue des locaux, le décompte du nombre de jeunes fréquentant le club ou la mesure de tel aspect de l'activité de l'éducateur »[1].

Les professionnels devraient plutôt se limiter à leurs objectifs, aux stratégies visant l'accomplissement de leurs activités ainsi qu'au temps qu'ils y consacrent. Une fois que cela n'est pas fait, nous remarquons une crise d'autorité qui se manifeste des fois par le manque de reconnaissance de pouvoirs et dissimule tant de critiques. Cela engendre la perte d'autonomie et aggrave la situation familiale.

6.1.4.2. La crise d'autorité parentale

D'après RENAUT,:

« L'autorité n'a pas besoin certes d'être autoritaire : nul besoin, d'autoritarisme, en effet, quand l'on se fait aimer ou vénérer (...).Moins d'adhésion, plus de distance. Moins de soumission consentie, souhaitée, aimée même, plus d'autonomie à l'égard de ceux qui détiennent tel ou tel pouvoir »[2].

Nous précisons que cela s'observe dans certains ménages où le père peut par mégarde abuser de son autorité. Quand il ne s'agit pas de contrainte, c'est la négation inconsciente de son rôle, la fuite de sa responsabilité, dilapider les biens de la famille en se soûlant par exemple. Ainsi, la distance se crée au détriment de l'adhésion et l'autonomie familiale, c'est-à-dire sans autorité. Bref, toutes ces situations nécessitent des interventions appropriées chacune à chaque situation.

6.2. DE L'AIDE APPORTEE PAR LE C.E.A.P. AUX TRAUMATISES DE GUERRE

Dans ses fonctions, le C.E.A.P œuvre pour la bonne santé des patients ou autres demandeurs de services. Quant à nous, nous sommes intéressé par l'aide apportée aux traumatisés de guerre. Ainsi nous pouvons déceler deux grands axes d'aider ces patients. L'axe psychologique et l'axe social.

---

[1] PEYRE, V. & JACQUEY, M.,Ibidem.
[2] RENAUT, A., La fin de l'autorité, Paris, Flammarion, 2004, p.260.

6.2.1. L'intervention psychologique

Dans le cadre d'aider un traumatisé de guerre au point de vue psychologique, nous avons constaté que le C.E.A.P. a beaucoup privilégié les aspects cognitifs et comportementaux afin d'amorcer le réajustement ou la réadaptation biopsychosociale. D'après BROMBERG, M. & TROGNON, A. :

> « *Les relations entre les différents contenus référentiels privilégiées par les thérapeutes cognitivistes sont en effet davantage centrées sur les sphères cognitives et comportementales* »[1].

Dans l'approche thérapeutique cognitive s'inscrivent les techniques de counselling et d'écoute active, tandis que dans celle comportementale s'inscrit la technique de relaxation.

6.2.1.1. L'approche thérapeutique cognitive

Cette approche est mise en pratique comme processus d'évaluation, d'intégration et d'acceptation de l'événement soit stressant voire traumatique. Partant des propos de G.- N. FISCHER disant que :

> « *La signification de l'événement stressant est déterminée par les processus d'évaluation cognitive* »[2].

Ainsi, l'activité thérapeutique concerne les processus mentaux et les capacités intellectuelles liées à la croyance et à la perception du risque.

6.2.1.1.1. Le counselling ou le conseil

Le counselling intervient dans le processus thérapeutique au niveau des interventions du C.E.A.P. auprès des traumatisés de guerre. Il a pour but, dans une famille comme dans un groupe voire chez un individu, d'amorcer la relaxation individuelle, d'orientation, de sensibilisation communautaire ainsi que la prévention et l'observance de la chimiothérapie. Selon le PNLS/MST cité par NIYIBIGIRA, A. :

> « *Le conseil est une relation d'aide, un dialogue confidentiel, suivi entre consultant et conseiller, dans le but de l'aider à :*

---

[1] BROMBERG, M. & TROGNON, A., Op.cit., p.184.
[2] FISCHER, G.-N., Op.cit., p.263.

- *Savoir la nature du problème auquel il fait face ;*
- *Comprendre les aspects sociaux ;*
- *Décider comment s'y attaquer de façon réaliste et réalisable ;*
- *Surmonter le stress* »[1].

Pourtant, face au problème, le traumatisé de guerre a encore besoin de soutien de la part de celui à qui il confie ses peines.

6.2.1.1.2. L'effet thérapeutique du counselling

Le counselling est d'une importance capitale en thérapie car le consultant reçoit l'aide qui stimule la relation et les processus de perception de soi, d'autrui et du monde. C'est une thérapie basée sur les techniques non directives, qui mène le malade ou la personne traumatisée à se réadapter psychologiquement. L'enquêté « ZNVB » parlant de ce qui lui a plu a dit ceci :

« *Ikintu canshitse ku nyota ni ukuba mu bandi, tukaba kumwe, tukumviriza ijambo ry-Imana* ».

Ce qui se traduit :

« *Ce qui m'a plu, c'est être en compagnie des autres en écoutant ensemble la parole de Dieu* ».

Bien que des inquiétudes ne manquent pas, nous admirons le fait que les traumatisés de guerre soient satisfaits de la compagnie, de côtoyer les autres. Ainsi, le traumatisé se souvenant de l'événement, le verbalise, se sécurise et se rétablit normalement dans la vie sociale. Le counselling s'intéressant à la fois à l'individu de même qu'à la collectivité, voyons ce qui se fait individuellement.

6.2.1.1.3. L'écoute active (ou individuelle)

Ecouter attentivement, c'est se mettre totalement à la disposition d'un malade, ou d'un patient afin de lui permettre de se confier à vous. Au C.E.A.P., la bienveillance et la

---

[1] PNLS/MST, cité par NIYIBIGIRA, A., Op.cit., p.97.

disponibilité s'imposent. L'enquêté « XMAB » a confirmé ces attitudes de l'aidant, agent du C.E.A.P en disant ce qui suit:

« Ndavyiganira umuremesha, arumviriza, araheza ati ambura impuzu, araraba ibikovu, ingene nabaye, aca arambaza ingene vyagenze, abona gutangura kumvura ».

Ce qui signifie :

« Quand j'ai raconté cela à l'intervenant, elle m'a écouté, puis me demanda d'enlever les habits, elle regarda les cicatrices, comment j'ai été torturée. Puis elle me demanda comment les choses se sont passées et après elle a commencé à me soigner ».

L'écoute active amène quelqu'un à retrouver progressivement confiance dans la société et à nouer de nouveau des relations sociales avec les gens. Elle suppose aussi l'observation du souffrant qui peut aussi s'exprimer par des gestes afin de le comprendre dans ses gestes et mouvements. C'est aussi interpréter ce que l'on voit, ce que l'on entend et sent chez l'interlocuteur. Il faut donc le saisir dans sa subjectivité à travers une intuition très active.

6.2.1.2. L'approche de thérapie comportementale

Le traumatisé qui a un regard particulier de soi, de l'environnement et de l'avenir, nécessite d'être aidé à adopter un regard positif et positivant. Au C.E.A.P, les intervenants aident les patients traumatisés de guerre à exercer des mouvements de relaxation. Aussi les enquêtés nous ont confirmé l'apport du C.E.A.P. en rapport avec leurs comportements. Voici ce que dit « ZNVB » :

« Ubu, C.E.A.P. ndayishimira cane vy-ukuri, kuko yaradutoje indero, indero rupfasoni, indero rukristu. Ubu, n'iyo hari umuntu arenganijwe tubona, dukora uko dushoboye ngo tumurenganure ».

Ce qui veut dire :

« Actuellement, je remercie vraiment le C.E.A.P. car il nous a inculqué une éducation humaine et chrétienne. Si une personne est traitée injustement en notre présence, nous faisons tout nos efforts pour lui rendre justice ».

BENESH, H., en parlant de la thérapie comportementale, a décelé quelques catégories comme les suivantes :

« - *La désensibilisation systématique ;*

- *Les procédés de confrontation ;*

- *L'entraînement à la résolution de problèmes* »[1].

Cette technique de relaxation aide à détendre brusquement les muscles, améliore la respiration et la phonation du patient. Le thérapeute invite le traumatisé à décrire hiérarchiquement ses angoisses, puis à se les représenter en situation de jeux de rôles.

6.2.2. L'intervention sociale

Tout en restant dans la conception de l'individu comme une unité biopsychosociale, nous pouvons, aborder le volet social tout en gardant l'intégrité de ces trois aspects et en nous appuyant sur les propos de FISCHER, G.-N., qui dit que :

> « *(...) Lors de l'évolution de l'état de santé, l'on considère l'interaction des aspects biologiques, psychologiques, et sociaux (...). Il s'agit d'un modèle intégré, qui vise à dépasser la conception simpliste de causes individuelles et des séquences unilinéaires lors de la manifestation de la maladie, en identifiant, sur base des altérations de la santé, l'interaction dynamique des facteurs multiples* »[2].

Ainsi, l'auteur joint les trois aspects, biologique, psychologique et social aux autres facteurs. Nous insistons sur l'aspect social comme famille, amis et entourage.

Puisque la guerre opposait les compatriotes, voisins, le CEAP devrait concentrer ses efforts sur la thérapie familiale, le réseau social et la thérapie systémique. Ce qui n'est pas le cas car les intervenants affirment ne pas avoir le temps et les moyens pour le faire.

6.2.2.1. La famille et son soutien

Quand nous parlons de groupe familial, ce sont ceux qui partagent le même toit avec la victime. Même s'ils ne sont pas admirés par le traumatisé, leur apport reste fondamental comme ZECH le souligne ainsi :

---

[1] BENESH, H., Ibidem.
[2] FISCHER, G.-N., Op.cit., p. 46.

« *Bien que le soutien de la famille et des amis n'accélère pas le processus de deuil, il est possible qu'avec le non soutien de la famille et des proches soit néfaste pour l'adaptation au deuil* »[1].

L'accélération dont nous parle ZECH, va dans le sens de la durabilité du deuil par rapport au soutien que l'on manifeste à l'endeuillé. Tout de même, l'absence du soutien des proches a des effets néfastes. Par contre, la présence des confidents améliore le moral, le sentiment d'être soutenu et renforce la participation dans la vie groupale et sociale.

6.2.2.2. Les groupes de support

Un autre moyen d'apporter une assistance psychosociale aux personnes en difficultés, surtout celles traumatisées par la guerre, c'est la formation des groupes de support. Ces groupes appelés aussi groupes de soutien réunissent des membres ayant presque les mêmes difficultés pour se soutenir mutuellement et s'entraider à rompre l'isolement que chacun ressent. Nos enquêtés reconnaissant l'importance de tels groupes nous ont signalé leur satisfaction. « ZNVB » l'a exprimé ainsi :

« *Ikintu canshitse ku nyota n-ukuba mu bandi, tukaba kumwe, twumviriza ijambo ry-Imana* ».

Ce qui veut dire :

« *Ce qui m'a plu, c'est être avec les autres, en écoutant la parole de Dieu* ».

« YNBB » abonde dans le même sens :

« *Icanshitse ku nyota, jewe nararyohewe n-uko bangize umukomite ngashobora na nje kubiyagira abandi* ».

Ce qui signifie :

« *Ce qui m'a plu, moi j'ai été contente d'avoir été choisie membre du comité pour ainsi partager avec les autres les joies et les peines* ».

Les personnes traumatisées par la guerre sont réunies régulièrement et discutent en groupe sur les souffrances spécifiques qu'elles ont vécues. Les intervenants quant à eux, essaient d'amener les traumatisés à la libre expression et d'encourager ceux qui éprouvent les difficultés à exprimer leurs sentiments et souhaits.

---

[1] ZECH, E., Psychologie du deuil. Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche, Liège, Mardaga, 2006, p. 210.

La société burundaise est faite de catégories de personnes dont les rôles joués pendant la guerre diffèrent selon les conceptions des traumatisés. Nous ne pouvons citer que deux à savoir l'ethnie et la tenue catégorisée.

6.2.2.3. La perception de l'autre ethnie

Nous avons signalé que la guerre qu'a connue le Burundi opposait les voisins, prisonniers des clichés ethniques et même politiques. Nous allons, dans les lignes qui suivent relever certaines attitudes des traumatisés vis-à-vis des personnes de l'autre ethnie que la plupart des victimes qualifient de bourreaux. L'O.M.S. souligne que :

> « *Les services de santé mentale, doivent donc être assurés dans la communauté et à l'aide de toutes les ressources disponibles. Les services à assise communautaire sont propices à une intervention précoce et limitent la stigmatisation associée au traitement* »[1].

En adaptant les propos de l'O.M.S. à notre sujet, nous pouvons dire que le C.E.A.P., a essayé d'adjoindre ses services aux souhaits de l'O.M.S. Le problème est que les traumatisés de guerre ne sont pas aidés étant dans leurs familles, ils viennent plutôt au C.E.A.P. « BNAI » nous l'a rapporté comme suit :

> « *Naje nari nkeneye ikinyunguruza kugira ngo nshike n-iwabo. Niko nategerezwa gufasha abo maze kwumviriza, nkabakwirikirana mu kibano iwabo. Hari n-abandi benshi badashobora gushika ino kubera ubwoba* ».

Ce qui signifie :

> « *Moi aussi j'avais besoin de moyens de déplacement pour parvenir chez eux. Je devais faire le suivi de ceux que j'ai écoutés, dans leur voisinage. Il y a aussi beaucoup d'autres qui ne parviennent pas ici suite à la panique* ».

Ce qui a trait à l'ethnie ici est la peur de se confier aux intervenants. Les membres de la communauté sont divisés selon qu'ils sont pris pour malfaiteurs, souvent d'ethnie qui diffère de celle du stigmatiseur.

---

[1] O.M.S., Op.cit., p.114.

6.2.2.4. La perception des hommes en uniforme

Depuis 1993, le Burundi a connu des circonstances particulières où les voisins se sont massacrés. La situation s'est empirée au point de voir certains citoyens se rebeller et se constituer en bandes armées pour combattre le gouvernement et ses forces armées.

Toutefois, tous les belligérants étaient habillés en uniforme, tenue de combat comme nous le signifie l'enquêtée « XMAB » :

> « *Nti si jewe banyakubahwa, nti sinamenye ko ari mwebwe. Kandi bakaba bavuga ngo mu Kibuye abasoda ba Leta barembeje abantu, namye ngira ni abasoda ba Leta, bavyeyi* ».

Ce qui se traduit :

> « *Ce n'est pas moi honorables, je ne savais pas que c'est vous. En plus on a dit qu'à Kibuye les forces gouvernementales font du mal aux gens, je croyais que ce sont eux qui venaient, chers messieurs* ».

"BNAI" l'a aussi souligné dans les termes suivants :

> « *Benshi bavuga ko babona abasoda, kuko n'aho baba ari abo mu migwi yari ikiri mw-ishamba irwana, baza biyambitse gisoda* ».

Ce qui veut dire :

> « *Beaucoup disent qu'ils voyaient des soldats parce que même les rebelles encore au combat s'habillaient en tenue militaire* ».

Comme nous l'avons souligné, au C.E.A.P., on aide les traumatisés de guerre à côtoyer et à rendre visite les hommes en uniforme pour arriver à la confrontation réelle avec l'objet traumatisant. Ainsi, le dialogue, l'outil important pour rapprocher les groupes en conflit, est créé. D'après RENAUT, A. :

> « *Plus d'espaces de discussion, mais aussi davantage de conflits de confrontation entre les individus ou entre les groupes où ils se rassemblent autour de leurs dernières convictions* »[1].

---

[1] RENAUT, A., Op.cit., p.261.

Ce qui importe le plus, c'est de voir les victimes et les bourreaux en train d'échanger, soit sur l'histoire du traumatisme ou sur autre chose. C'est une réussite importante dans la prise en charge psychologique.

6.3. CONCLUSION DU CHAPITRE

En résumé, le C.E.A.P a fait beaucoup d'efforts dans la prise en charge psychologique des personnes traumatisées par la guerre. Seulement, la prise en charge des traumatisés dans leurs communautés leur reste un défi à relever. A voir les catégories de traumatisés qui consultent le C.E.A.P., nous concluons que l'aspect psychologique ne suffit pas pour que la prise en charge soit efficace. Il faut qu'il y ait de la sensibilisation et des animations communautaires pour entraîner l'acceptation des divers traumatisés par leur communauté et que la société puisse s'occuper de la prise en charge integrée de ses propres composantes.

CHAPITRE 7 : IMPACT DE L'AIDE APPORTEE PAR LE C.E.A.P. SUR LA VIE DE LA PERSONNE TRAUMATISEE

Parmi les mobiles qui sont à la base de la création du C.E.A.P., la santé des populations souffrantes était mise en avant. L'impact peut se concevoir comme une trace et un effet, laissés par une action dans une population donnée. Il s'agit des changements causés par une situation ou action nouvelle sur une vie quelconque. Cela nous permettra d'évaluer l'impact de l'écoute et de l'aide psychologique sur le vécu du bénéficiaire, son impact sur la mentalité, le comportement, la relation, même l'organisation socio-économique.

7.1. IMPACT PSYCHOLOGIQUE

Généralement, la personne traumatisée accuse des troubles psychologiques, sociaux et autres. Sa prise en charge consiste à alléger si pas éradiquer ces troubles en agissant sur les mobiles du traumatisme et sur ses conséquences.

Psychologiquement, le traumatisé aura à changer de mode de pensée et de comportement, quand l'aide aura provoqué une modification de son mode de vie. Cette modification cognitivo-comportementale est fonction de plusieurs facteurs. Dans ce cas, le nouveau comportement est le résultat des conditions de vie, de la manière dont la victime-traumatisée est aidée.

7.1.1. Impact sur les processus cognitifs

Nous appelons médiateurs cognitifs, les informations et autres connaissances en rapport avec la situation vécue. Le rôle du C.E.A.P. est de déclencher le processus cognitif du traumatisé de guerre. Selon LAFON, R., ce processus est :

> « *Une suite de phénomènes présentant une certaine unité ou se reproduisant avec une certaine régularité. Se dit surtout des phénomènes physiologiques, psychologiques, ou sociaux ; normaux ou pathologiques* »[1].

[1] LAFON, R., Op.cit., p.846.

Nous avons constaté l'impact positif de l'aide que le C.E.A.P. fournit à ses bénéficiaires car il y a eu regain de l'unité, la régularité ou la cohérence des pensées de plus d'un de nos enquêtés. D'après « YNBB » :

« Ubu ndaremurutse ku mutima. N-iyo mpuye n-abantu nahora ntinya, ndashobora kwumva yuko ndabatinyutse, kandi tukayaga neza tugatwenga ».

Ce qui signifie :

« Actuellement mon cœur est soulagé. Même quand je rencontre les personnes que je craignais avant, je me sens rassurée et nous dialoguons et rions ».

Ce qui est du cognitif est ce domaine qui permet au traumatisé d'évoluer à l'acceptation de soi, des autres et faire face aux contraintes de la vie du moment ainsi que songer à l'avenir. C'est l'impact positif de la prise en charge.

Négativement, au lieu de s'en libérer, le traumatisé de guerre rumine la rancœur, plonge davantage dans l'anxiété, dans la peur. Il développe le syndrome d'hospitalisme, les délires, la dépendance, la naïveté voire l'attachement excessif à l'aidant. Voyons ce que nous dit « ZNVB » en rapport avec sa contribution à l'endroit du C.E.A.P. :

« Jewe, ico nogiterera, n'uko twoguma tuza kuko ata co dufise co kubaterera. Dusigaye turi abantu ata co dufata. N-aha mu mutima ntihameze neza ».

Ce qui signifie :

« Moi, ce que je peux offrir à C.E.A.P., c'est de continuer à nous y présenter car nous n'avons rien à leur offrir. Nous sommes devenus des personnes incapables et nos cœurs ne sont pas encore en bon état ».

Ainsi la victime du traumatisme adopte un comportement adapté ou désadapté au stress. Dans ce sens, PONGY et BABEAU disent que :

« La réaction de stress ne se limite donc pas au syndrome général d'adaptation et à ses conséquences pas plus qu'au strict biologique. Elle englobe l'ensemble des réactions mentales, comportementales et somatiques adaptées ou désadaptées au stimulus stresseur »[1].

Cette réponse peut parfois être liée à l'émotion.

---

[1] PONGY, P. & BABEAU, R., Psychologie et médecine, Paris, Sauamps médical, 2003, p.76.

7.1.2. Impact sur le vécu psycho-émotionnel

Dans le même ordre que les médiateurs cognitifs, les constats, informations et explications sont à l'origine de la psycho-émotivité de la personne traumatisée. Le fait de s'informer et de s'expliquer ne la laisse pas indifférente. Nos enquêtés nous ont rassuré du changement émotionnel. « ZNVB » nous l'a précisé dans ces termes :

« *Imisonga n-ubwoba nari mfise ubu vyaraheze* ».

Ce qui se traduit :

« Les *douleurs et la peur qui me hantaient sont actuellement dissipées* ».

« YNBB » le précise en ces termes :

« *Kare, nta misi itatu yahera ntaryamye mu nzu kubera ivyiyumviro. Ariko ubu, n'umwaka urahera canke ibiri* ».

Ce qui veut dire :

« *Avant, je ne pouvais pas passer trois jours sans tomber malade suite aux soucis. Mais, maintenant je peux passer une année ou deux sans être malade* ».

Les traumatisés de guerre sont ainsi sous l'effroi pouvant se prolonger des jours durant même des années. Mais, les traumatisés de guerre ne manifestent pas la même résilience. BARRAL nous dit que :

« *Selon son degré d'éveil, l'émotion aide l'individu à avancer, le laisse piétiner ou, pire, le fait régresser* »[1].

L'émotion se manifeste soit par les paroles, les gestes ou la mimique.

7.1.3. Les modifications comportementales

L'impact causé par les connaissances nouvelles est que le traumatisé adopte un langage compréhensible, se meut alors qu'avant il affichait l'incapacité motrice. Au sujet du changement de comportement résultant de l'aide du C.E.A.P. l'enquêté « ZNVB » nous a déclaré ce qui suit :

« *Mu misi yahera, ntaraza muri C.E.A.P., nta muntu twashobora kuvugana, kugira ntanshavuze. Anshavuje naho sinemera kurihonyorerako, nashaka kugera ingere ku*

[1] BARRAL, J.-P., Op.cit., p...

yindi. None ubu vyose vyaraheze, n'uwongirira nabi canke akanshavuza, ndamubabarira, tukaganira neza, mbere na we nyene akavyibagira ».

Ce qui veut dire :

« *Auparavant, avant que je ne vienne au C.E.A.P., je ne pouvais dialoguer avec personne de peur de m'énerver. Si lui m'énervait, je ne le tolérais pas, je cherchais plutôt à me venger. Et maintenant tout est fini, même celui qui me ferait du mal ou m'énerverait, je lui pardonne, nous dialoguons jusqu'à ce qu'il oublie l'incident* ».

A ce propos l'intervenant « BNAI » précise que :

« *Hari akarusho, hari mwo n-abakize. Bakiza ntibari bameze kurya (...), hari abavuga bagangamuka, abavugana intimba, abatinya n-ukwegera abandi, mbere bagatinya n-ibikoresho vya misi yose, abatinya ababagwa mu nda - nk-abafashwe ku nguvu - cane cane abagore batinya abagabo*».

Ce qui se traduit:

« *Il y a une amélioration, il y en a même qui sont guéris. A leur arrivée, ils n'étaient ainsi. Certains avaient un langage brutal, un langage dépressif, d'autres s'isolaient, avaient peur d'objets d'usage courant, ceux qui avaient peur d'être embrassés comme les personnes violées, surtout les femmes avaient peur des hommes* ».

L'intervenant, de même que le bénéficiaire se réjouit de l'impact de l'aide. Le comportement des clients selon eux a changé de façon positive. En principe, le traumatisme psychique se répercute sur le somatique. De la même façon, la libération d'affects psychiques se manifeste par la délivrance des organes somatiques longtemps anéantis par le choc émotif subi. Dans le même ordre d'idées, BRESSON et al., précisent que :

« *On aime concevoir la conduite et sa motivation comme une adaptation ou une réadaptation de l'organisme au milieu sous l'influence d'une rupture momentanée de l'équilibre qui est supposé exister entre les deux pôles. Cette rupture se manifeste comme un besoin ou un état de tension* ».

Le rétablissement de l'équilibre rompu par cette guerre est l'adaptation du comportement de la victime, à la période post-guerre.

Nonobstant, le sujet traumatisé peut manifester l'inertie de certaines parties du corps, ne trouve pas solutions à son problème aussi vite qu'il le souhaitait. Notre enquêté « ZNVB » nous l'a révélé ainsi :

« Ubu ndumva ko biriko biraza. Iyo ataba iki kigo, n'aha mu Rushubi, simba nkihashika. Na co ico nkora nta co nshobora ».

Ce qui veut dire :

« Actuellement, il y a amélioration. N'eût été ce centre, je ne pouvais même plus arriver ici à Rushubi. Je ne peux rien faire».

Même si l'enquêté reconnaît l'amélioration, nous restons inquiets de sa conviction d'être invalide physiquement. De ce fait, il y a encore à faire.

Bref, pour mieux expliquer le passage de l'intention au comportement, les connaissances et informations précitées sont prises pour voies d'accès. PourG.-N. FISCHER, ce sont des modèles intégrés qu'il qualifie ainsi :

« Les modèles intégrés prennent en considération non seulement les variables cognitives et émotionnelles, mais aussi le rôle des variables émotionnelles et les aspects dynamiques et de processus liés à la dimension temporelle de l'action »[1].

7.2. IMPACT SOCIAL

La guerre qui opposait les voisins, les personnes qui avant partageaient tout, nécessite une attention particulière, l'aide aux victimes ne devant pas ignorer les bourreaux ni les spectateurs passifs. Une fois que cette aide ne touche pas la communauté, elle reste parcellaire et les troubles risquent de devenir chroniques.

Alors, les soins communautaires, surtout pour ces maux communautaires sont d'une importance capitale. L'OMS l'a précisé dans les termes suivants :

« Les soins communautaires influent plus favorablement que le traitement en institution sur l'issue des troubles mentaux chroniques et sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Ils sont aussi plus économiques et plus respectueux des droits de l'homme. Les services de santé mentale doivent donc être assurés par la communauté à l'aide de toutes les ressources disponibles. Les services à assise

[1] FISCHER, G.-N., Op.cit., p.46.

communautaire sont propices à une intervention précoce et limitent la stigmatisation associée au traitement »[1].

Comme nous allons le faire remarquer avec les paragraphes qui suivent, l'impact d'une telle aide se remarque dans les rapports du traumatisé avec son entourage, son vécu associatif, comment il le perçoit et le conçoit, sans oublier l'épanouissement socio-économique.

7.2.1. Impact sur les relations avec l'entourage

Dans la prise en charge des malades, le C.E.A.P, comme toute autre institution oeuvrant dans ce domaine, a pour objectif spécifique le rétablissement du sentiment de contrôle chez le malade ou la victime du traumatisme. Il aide le sujet à se réintégrer dans la vie familiale et sociale. Selon FISCHER :

« *Dire au patient que la dépression est une conséquence habituelle à certains troubles, peut soulager les patients et les membres de leur famille concernés. Car le fait de se résigner, c'est-à-dire de développer des sentiments d'impuissance face à un événement perçu comme incontrôlable, inhibe la mobilisation de ressources pour faire face à la maladie* »[2].

Ainsi, cette information ou cette connaissance fournie au patient, élimine cette inhibition et est bénéfique non seulement pour le sujet qui souffre mais aussi pour les membres de sa famille.

Nous ne pouvons pas nous passer des constats de nos interviewés. Pour cela, « BNAI » nous a révélé ce qui suit :

« *Turafise n-ingorane y-ugushika iwabo kugira dukurikirane abo tumaze kwumviriza* ».

Ce qui veut dire :

« *Nous avons des difficultés de nous rendre chez eux pour assurer le suivi à domicile de ceux que nous avons déjà écoutés*».

C'est un handicap à la fois pour le centre dans ses réalisations et pour les patients dont l'aide est incomplète. Selon REY, :

---

[1] O.M.S., Op.cit., p.114.
[2] FISCHER, G.-N., Op.cit., pp.398-399.

« *L'être humain ne naît pas social, il le devient* »[1].

Ainsi, l'aide n'est efficace que quand il y a participation et de la famille et de l'entourage social du traumatisé. Il trouve le sentiment de sécurité dans la confiance en soi, dans la foi aux valeurs qui orientent le comportement voire dans la certitude à participer dans un groupe humain solidaire. Or, la solidarité ne provient que de la clairvoyance ainsi que de l'organisation.

7.2.2. L'organisation et la participation dans la vie de groupe

La société est constituée de systèmes ou de sous-systèmes sociaux qui sont liés entre eux par les fonctions qu'ils remplissent les uns par rapport aux autres. Ainsi, tout membre de la société pour être intègre doit avoir des fonctions à exercer en vue d'améliorer sa vie et celle de sa société. Selon CORTEN :

> « *Toutes les activités humaines se réalisent à l'intérieur de systèmes sociaux. Il s'en suit dès lors que ces systèmes doivent être considérés comme contigus* »[2].

Alors, les activités organisées dans les systèmes sociaux permettent la contiguïté. Comme ça l'isolément, la méfiance qui hantent le traumatisé de guerre sont jugulés. A ce sujet « YNBB » nous a dit que :

> « *Icanshitse ku nyota jewe nararyohewe ni uko bangize umu « comitard », ngashobora na nje kubiyagira abandi* ».

Ce qui se traduit :

> « *Ce qui m'a touché, moi j'ai été contente d'être choisi comme membre du comité pour qu'à mon tour je puisse sensibiliser aux autres* ».

Et pour « ZNVB » :

> « *Ikintu canshitse ku nyota, ni ukuba mu bandi, tukaba kumwe, tukumviriza ijambo ry-Imana* ».

Ce qui signifie :

> « *La chose qui m'a touché, c'es d'être parmi les autres, pour écouter ensemble la parole de Dieu* ».

---

[1] REY, A., Etude des insuffisances psychologiques, Neuchatel, Delachaux et Niestlé, 1962, p.16.
[2] CORTEN, A., Valeurs sociales et économies : essai de sociologie de la connaissance, Louvain, Nauwelaerts, 1967, p.57.

Des propos de ces deux enquêtés, nous comprenons que le C.E.A.P., à travers les groupes de parole a aidé les traumatisés de guerre à rompre avec l'isolement. De plus, « YNBB » se réjouit d'avoir un rôle à assurer dans le groupe.

La participation ou même l'appartenance à un groupe peut affecter le comportement d'un partenaire. Petit à petit, l'identité sociale se crée ou se recrée, laquelle identité est considérée comme le fondement du comportement intergroupal. Voici comment AZZI & KLEIN définissent l'identité sociale :

> « *L'identité sociale est la partie de soi qui provient de la conscience qu'a l'individu d'appartenir à un groupe social (ou à des groupes sociaux), ainsi que la valeur et la signification émotionnelle qu'il attache à cette appartenance* »[1].

Donc, dans le but d'aider le sujet à intégrer cette identité dans son mode de vie, le C.E.A.P. cultive en lui cette conscience, cette valeur et cette signification émotionnelle d'appartenance au système d'organisation qui l'héberge. Tout système social doit répondre à un certain nombre de problèmes ou d'exigences fonctionnelles soit socialement soit économiquement.

7.2.3. La participation dans la vie socio-économique

Le C.E.A.P. a aussi pour but de rendre la personne traumatisée autonome. La thérapie cherche à confronter le traumatisé avec les sources de son angoisse sur un mode symbolique tandis qu'elle lui offre un cadre sécurisant réel fait de relations humaines et de conditions matérielles privilégiées.

En effet, c'est la façon d'adapter le traumatisé de guerre, qui souvent est démuni, déshérité à affronter cette dure épreuve qui crée en lui la sécurité socio-économique. Pour ce, SIVADON & GANTHERET disent que :

> « *Les méthodes d'adaptation cherchent à éliminer les sources de l'angoisse et à proposer au sujet un cadre de vie à la mesure de ses moyens, c'est-à-dire simplifié* »[2].

Des propos de ces deux auteurs, nous comprenons que le sujet traumatisé de guerre confronté aux sources de son angoisse élimine ces dernières. De surcroît, en utilisant les moyens qui lui

---

[1] AZZI, A.-E. & KLEIN, O., Psychologie sociale et relations intergroupes, Paris, Dunod, 1998, p.66.
[2] SIVADON, P. & GANTHERET, F., La rééducation corporelle des fonctions mentales, Paris, E.S.F., 1977, p.33.

sont disponibles et simplifiés, l'aidant lui propose un cadre de vie, un mode de vie adapté à son milieu de vie.

Du point de vue du développement socio-économique, nos enquêtés nous ont témoigné une amélioration en rapport avec la projectivité. « BNAI » l'a exprimé ainsi :

« Turafise umugambi wo kugira udusandugu two kwiteza imbere, tworonka abaduterera tukiyungunganya, gurtyo n-ababuze ivyabo bokwisununura na gatoyi ».

Ce qui veut dire:

« Nous avons un projet de constituer des caisses de développement. Si nous pouvions trouver des gens qui nous prêtent main forte.Cela nous aiderait à nous surélever économiquement, comme cela même ceux qui sont démunis pourraient améliorer un peu leurs conditions de vie».

Et « CNDI »le dit en ces termes:

« Puisque ces personnes ont plus besoin d'affection, victimes et bourreaux, à côté des groupes de rencontre où il y a confrontation des deux catégories, nous avons aussi un projet de les interpeller à accomplir ensemble des activités génératrices de revenus et de celles culturelles ».

Des dires de ces deux intervenants, nous comprenons que le C.E.A.P. essaie d'accomplir l'action de prise en charge plus ou moins efficace. Mais, nous restons inquiets de son aboutissement vus les problèmes d'organisation interne et les difficultés matérielles et financières. Dans cette même logique, AZZI & KLEIN nous informent que :

« Les chances qu'une action collective a de durer dans le temps sont intimement liées à leur degré d'organisation »[1].

Compte tenu de ces propos, nous saisissons que l'organisation d'action collective et l'investissement des meneurs, leurs efforts, le temps et les risques doivent être coiffés de rémunération financière, qu'elle soit symbolique ou non. Seulement le problème que nous avons détecté c'est celui lié à l'expansion d'une telle sorte de thérapie ainsi que les difficultés financières. Pour authentifier ce constat, voici ce que nous a dit « ZNVB » :

« Twebwe, kubera babonye ingene batwakiriye tumeze, baradufasha mbere no mu kugira udushirahamwe two kwiteza imbere. Ariko ntitwikwiye, turacakeneye

[1] AZZI, A.-E. & KLEIN, O., Op.cit., p.100.

abadufata mu mugongo, ababasha bagakora, na twe tugaterera kuja turaza tubayagira n-ijambo ry-Imana, tukaba kumwe».

Ce qui veut dire:

« *Etant donné qu'ils ont vu combien nous étions affectés quand ils nous ont accueillis, ils nous aident à créer des caisses d'entraide et des associations. Mais, nous avons encore besoin de soutien. Nous qui ne pouvons pas travailler, nous pourrons soutenir ceux qui le peuvent en partageant la parole de Dieu et par notre présence* ».

Ainsi, le traumatisé se réjouit d'être avec ses amis, d'être approuvé. D'où l'estime de soi et le courage, vont ressurgir. Ainsi le confirment ORTIGUES & ORTIGUES en disant que :

« *Le meilleur de la vie c'est d'être avec les amis. Leur présence et leur approbation sont nécessaires au sentiment d'être soi et de bien faire* »[1].

7.3. CONCLUSION DU CHAPITRE

De là, nous concluons que la production sociale donne à l'emploi ou au travail un sens vital car elle est source de revenu dont l'être humain a besoin pour se nourrir, se loger, s'habiller, se distraire, en un mot pour vivre. Il s'agit d'une règle fondamentale exigée par notre vie en société et son absence pose des problèmes d'intégration des individus dans le domaine de la vie sociale. C'est cela qui constitue un des problèmes que rencontrent les personnes prises en charge par le C.E.A.P. en matière de participation à la vie économique et sociale au sein de leurs communautés.

[1] ORTIGUES, M.-C. & ORTIGUES, E., L'Oedipe africain, Paris, Plon, 1966, p.129.

CONCLUSION GENERALE

Au bout de ce travail, il nous convient de rappeler les grandes articulations sur lesquelles reposait notre recherche. La première partie était consacrée au cadre théorique et méthodologique, tandis que la deuxième contient la présentation des données, l'analyse et l'interprétation des résultats.

Avant de parler du contenu des deux parties, nous avons d'abord introduit notre travail de recherche où nous avons brossé en peu de mots les causes des traumatismes, et les mobiles de l'intervention au profit des traumatisés de guerre. Ainsi, nous avons justifié le choix de notre sujet tel que libellé : « ***Problématique de la prise en charge psychosociale des personnes traumatisées par la guerre*** », pour ensuite procéder à sa délimitation dans le temps et dans l'espace.

Dans la première partie dite cadre théorique et méthodologique, il y a trois chapitres dont le premier qui servait à l'élucidation des concepts-clés qui sont les suivants : problème, prise en charge, prise en charge psychosociale, écoute, aide ou relation d'aide, traumatisme et guerre. Le deuxième chapitre quant à lui a été réservé aux généralités sur le traumatisme et leur prise en charge. Nous tenons à rappeler la spécificité et l'exception des soins préconisés aux traumatisés de guerre. S'agissant du traumatisme de guerre, c'est cet événement qui crée la détresse du « Moi » avec comme manifestation la peur, l'impuissance, l'anxiété, la dépression voire l'horreur.

Nous avons aussi découvert que, malgré les diverses opinions, les victimes et bourreaux en sont tous touchés, traumatisés. Nous avons décelé les traumatisés physiques entre autres : les blessés, les amputés et les traumatisés crâniens. Ensuite les traumatisés psychiques qui sont soit les bourreaux, les spectateurs passifs et les victimes professionnelles. Ces traumatisés manifestent des signes, symptômes voire des syndromes psycho-traumatiques divers. Nous avons pu catégoriser ces derniers en symptômes physiques et physiologiques, ceux de la perturbation comportementale ou liés aux troubles de la vie en société.

Quant à la prise en charge des personnes traumatisées, nous avons été intéressé par les côtés : matériel, psychosocial. La relation d'aide avec sa propre philosophie allant dans le

sens de l'organisation des séances thérapeutiques, de la gestion des rencontres thérapeutiques, ainsi que l'écoute active. Nous avons profité de cette occasion pour présenter le Centre d'Ecoute et d'Aide Psychologique (C.E.A.P.) avant d'entamer le chapitre trois consacré à la problématique, les objectifs et la démarche méthodologique de notre recherche.

Après la problématique nous avons ciblé l'objectif général de notre recherche lequel se subdivise en trois autres dits spécifiques. Il s'agit de :

- Dégager les conditions requises pour une meilleure prise en charge et les difficultés que rencontre le C.E.A.P. dans son travail ;
- Décrire les catégories des personnes traumatisées prises en charge par le C.E.A.P. et la nature d'aide qu'on leur apporte ;
- Evaluer l'impact de l'aide apportée par le C.E.A.P. sur la vie de la personne traumatisée.

Par la suite nous avons déterminé la méthode de recherche, les techniques et outils de récolte des données. Nous avons privilégié la méthode qualitative, par rapport à celle quantitative car notre recherche est l'étude de cas. L'analyse des documents, l'observation libre, directe même participante ainsi que l'entretien semi-directif sont pris pour techniques utilisées pour recueillir plus de données possibles. Les outils que nous avons utilisés sont : une grille d'observation, un guide d'entretien ainsi qu'un appareil enregistreur. Enfin, nous avons précisé l'univers d'enquête ainsi que le procédé de choix des enquêtés et de traitement des données recueillies.

Dans la deuxième partie de notre travail nous avons d'abord présenté les cas monographiques des intervenants ainsi que ceux des bénéficiaires. Cela faisait l'objet du quatrième chapitre. Dans le chapitre suivant nous avons vérifié le premier objectif spécifique, à savoir : les conditions requises pour une meilleure prise en charge et les difficultés que rencontre le C.E.A.P. dans son travail. Nous avons ainsi élucidé certaines des conditions requises entre autres : le niveau d'instruction de l'intervenant, la tranquillité de l'endroit, l'entourage et l'intérieur du salon d'écoute, l'attitude affable du traitant, sa confidentialité, sa disponibilité, son équilibre psychologique qui relève de l'authenticité et de l'empathie, sans oublier sa clairvoyance. Toutes ces conditions ont été explicitées.

Après cela, nous avons relevé certaines difficultés que rencontrait le C.E.A.P. dans son travail, comme la peur des traumatisés de se confier aux intervenants, peur d'être dans un groupe, l'incapacité psychomotrice ; celles liées à l'assistance médicale comme la pauvreté, le non respect de la dose prescrite, la carence matérielle et financière du centre, ainsi que les contraintes organisationnelles, que nos enquêtés ont confirmés dans les propos recueillis.

Nous nous retrouvons alors au sixième chapitre lié au deuxième objectif spécifique : les catégories des personnes traumatisées prises en charge par le C.E.A.P. et la nature de l'aide qu'on leur apporte. Elles sont les suivantes: les traumatisés de guerre ou mutilés comme les amputés, les blessés, les torturés, les persécutés et les déshérités. Ainsi, après avoir consulté nos enquêtés, nous avons pu rencontrer toutes ces catégories de traumatisés de guerre bien que nous n'avons pas présenté tous les cas sur chaque catégorie de traumatisme.

A côté des traumatismes de guerre, il y a des épileptiques, des malapprenants, des maladaptés professionnels ou ceux accusant la crise d'autorité. Psychologiquement, le C.E.A.P. fournit aux bénéficiaires la thérapie cognitive, le counselling et l'écoute active individualisée. Aussi, il y a la thérapie comportementale qui vise l'amélioration du vécu psychologique du sujet.

Le C.E.A.P. dispose aussi de l'intervention sociale. Nous avons constaté que cette pratique n'est pas aussi fréquente qu'il le fallait, nous avons aussi vérifié l'aide qu'on leur offre en rapport aux problèmes liés à la peur des personnes de l'autre ethnie et des militaires en uniforme. Les traumatisés gardent avec une mémoire fraîche les exactions subies.

Avec le septième chapitre, nous avons essayé d'évaluer l'impact de l'aide apportée par le C.E.A.P. sur la vie de la personne traumatisée. Le C.E.A.P. anime des groupes de traumatisés de guerre et ceux qui accusent d'autres trauma. Ainsi, nous avons rencontré des traumatisés de guerre qui racontent aisément leurs problèmes et qui ne gardent plus rancune vis-à-vis de leurs bourreaux.

Ils ont pu modifier le vécu psycho-émotionnel des traumatisés de guerre, ceux qui avaient des signes de repli, actuellement dialoguent et côtoient facilement les autres. Seulement il y a le côté socio-familial qui reste à améliorer.

D'après nos observations, de bonnes relations probables avec l'entourage, une bonne cohabitation et la participation dans la vie de groupe commencent à voir le jour. Concernant l'épanouissement socio-économique, les traumatisés de guerre se plaignent du manque de moyens financiers. Mais, de ce côté, nous devons garder les pieds sur terre et sensibiliser les gens pour que toutes les composantes sociales sachent se développer avec les moyens de subsistance qu'ils ont à leur disposition. D'autres chercheurs pourraient nous compléter en abordant :

- La contribution du C.E.A.P. à l'étude la thérapie systémique ;
- L'efficacité de la thérapie contextuelle et de l'éthique relationnelle ;
- L'utilisation du réseau social comme thérapie sociale par excellence.

QUELQUES SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Nous ne pouvons pas mettre fin à ce travail sans émettre quelques suggestions et recommandations qui vont à l'endroit des intervenants, des familles et de l'entourage des traumatisés, du Ministère de la Santé comme pouvoir public.

➢ ***Aux intervenants, particulièrement au C.E.A.P. ,nous recommandons de :***

- Travailler activement pour endiguer les traumatismes de guerre au Burundi ;
- Informer les familles sur les traumatismes, leurs causes, symptômes et conséquences et partant les éduquer à une bonne gestion des problèmes psychiques ;
- Multiplier les centres de prise en charge psychosociale ainsi que les sessions de counselling ;
- Doter ces centres du personnel qualifié pour améliorer les services rendus ;
- Concerter d'autres intervenants du domaine pour constituer une synérgie en vue de promouvoir la santé mentale qui reste ignorée au Burundi.

➢ ***Aux familles et à l'entourage des traumatisés, nous recommandons ce qui suit :***

- En cas de manifestation de symptômes de traumatisme d'un de leurs membres, il faut contacter les gens qui ont la capacité d'aider et d'orienter les victimes du traumatisme vers les centres de prise en charge psychosociale ;

- Contribuer dans la lutte contre les situations traumatisantes chacun dans ses possibilités ;
- Ne pas étiqueter les traumatisés ou autres malades mentaux, mais plutôt les aider à redevenir des membres actifs de la société ;
- Eviter toute forme de rejet ou de discrimination à l'endroit des personnes traumatisées ;
- Aider les victimes du traumatisme à verbaliser leurs problèmes et les encourager dans les activités d'épanouissement psycho-émotionnelles qu'ils initient ;
- Manifester la compréhension et la tolérance à l'égard des personnes traumatisées.

➢ ***Au Ministère de la Santé Publique, nous suggérons de :***

- Mettre sur pied un programme de secours humanitaires permanent pour répondre aux besoins des personnes traumatisées ;
- Soutenir et renforcer les services d'écoute et d'aide psychologique et de prise en charge psychosociale afin d'aider les personnes traumatisées à surmonter leurs problèmes émotionnels ;
- Investir dans la construction des centres d'accueil des personnes traumatisées et de prise en charge des malades mentaux ;
- Promouvoir la formation du personnel spécialisé dans le domaine psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

A) Ouvrages généraux

1. AZZI, A.-E. & KLEIN, O., Psychologie sociale et relations intergroupes, Paris, Dunod, 1998.
2. BARRAL, J.-P., Comprendre les messages de votre corps, Paris, Albin-Michel, 2005.
3. BRESSON, F. et al., Les processus d'adaptation : Symposium de l'association de psychologie de langue française, Paris, PUF, 1967.
4. BROMBERG, M. & TROGNON, A., Psychologie sociale et communication, Paris, Dunod, 2004.
5. CORTEN, A., Valeurs sociales et économies au seuil de la croissance : essai de sociologie de la connaissance, Louvain, Nauwelaerts, 1967.
6. COTINAUD, O., Groupe et analyse institutionnelle : L'intervention psychosociologique et ses dérives, Paris, Centurion, 1976.
7. COTTRAUX, J., Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité (2ème édition), revue et augmentée, Paris, Masson, 2006.
8. DEBATY, P., La mesure des attitudes, Paris, PUF, 1967.
9. DEKETELE, J.-M. & ROGIERS, X., Méthodologie de recueil d'information : fondements des méthodes d'observation, des questionnaires, d'interviews et d'études de documents, Paris, De Boeck Université, 1996.
10. FESTINGER, L. & KATZ, D., Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, (T.II), Paris, PUF, 1974.
11. FISCHER, G.-N., Traité de psychologie de la santé, Paris, Dunod, 2002.
12. HANUS, M., Les deuils dans la vie, Paris, Maloine, 2006.
13. LAGACHE, D., L'unité de psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique (5e éd.), Paris, PUF, 1979.
14. LEON, A., Manuel de psychopédagogie expérimentale, Paris, PUF, 1977.
15. MONTREUIL, M. & DORON, J., Psychologie clinique et psychopathologie, Paris, PUF, 2006.
16. MUCCHIELLI, R., L'entretien de face à face dans la relation d'aide : applications pratiques, Paris, E.S.F., 1975.
17. NDAYISABA, J. & DE GRANDMONT, N., Les enfants différents, Québec, Montréal, Les éditions LOGIQUES, 1999.
18. ORTIGUES, M.-C. & ORTIGUES, E., L'Oedipe africain, Paris, Plon, 1966.

19. PEDINIELLI, J.-L. & FERNANDEZ, L., L'observation clinique et l'étude de cas, Paris, Armand Colin, 2007.
20. PEYVRE, V. & JACQUEY, M., Clubs de prévention : expériences de socio-pédagogie en milieux urbains, Paris, CUJAS, 1964.
21. PONGY, P. & BABEAU, R., Psychosomatique et médecine, Paris, Sauramps médical, 2003.
22. POROT, A., Manuel alphabétique de psychiatrie, Paris, PUF, 1975.
23. RENAUT, A., La fin de l'autorité, Paris, Flammarion, 2004.
24. REY, A., Etudes des insuffisances psychologiques, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1962.
25. ROGERS, C., Psychothérapie et relations humaines : théorie et pratique de la thérapie non-directive, Louvain ou Montréal, P.U.L. ou I.R.P., 1973.
26. ROSENBERG, M.-B., Nous arriverons à nous entendre : suivi de qu'est-ce qui vous met en colère ?, Saint-Julien en-Genevois Cédex, Jouvence, 2003.
27. SIVADON, P., GANTHERET, F., La rééducation corporelle des fonctions mentales, Paris, E.S.F., 1977.
28. TOURNEBISE, T., L'écoute thérapeutique : cœur et raison en psychothérapie, Paris, E.S.F., 2005.
29. UNICEF/BURUNDI, Aider un enfant traumatisé, manuel à l'usage des parents et autres éducateurs, Bujumbura, Unicef, 1996.
30. ZECH, E., Psychologie du deuil, Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche, Liège, Mardaga, 2006.

B) Mémoires et autres publications

1. DECLERCQ & LEBIGOT, cités par AMANIMANA, C., Les traumatismes de guerre au Burundi, Bujumbura, Centre UBUNTU, 2007.
2. EGAN, G., cité par IRADUKUNDA, A., Le rôle de l'écoute psychologique et des activités ludiques dans la prise en charge psychoaffective des enfants orphelins de guerre, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 2005.
3. Equipe du C.R.I.D., Thérapie sociale et réconciliation, Bujumbura, A.C.A., 2004.
4. GAHUNGU, L., Quelques obstacles qui s'opposent à la réinsertion des amputés de guerre en milieu socio-professionnel, Mémoire, inédit, Bujumbura, U.B./F.P.S.E., 2004.
5. HELLBRUN, R. cité par NKINABACURA, E., Rôle et attitudes de l'éducateur du foyer d'accueil face à l'enfant victime de la guerre, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2000.

6. KAZOVIYO, J.-M., Efficacité et limites d'une prise en charge psychosociale institutionnelle des orphelins du SIDA, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2007.
7. NGENDAKUMANA, I. & NDUWARUGIRA, C., Guide de prise en charge psychosociale des séropositifs asymptomatiques et des malades du SIDA, Bujumbura, Minisanté : P.N.L.S./M.S.T., 1991.
8. NIYIBIGIRA, A., La contribution des thars dans la réhabilitation psychosociale des personnes traumatisées : cas des victimes de la torture, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2006.
9. O.M.S., Rapport sur la santé dans le monde : 2001 ; la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, OMS, 2001.
10. ONIKOV, L. et CHICHLINE, cités par NSHIMIRIMANA, L., Le vécu psychosocial des élèves sinistrés de guerre : cas des élèves qui restent à l'internat pendant les vacances, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2004.
11. SUGURU, S., Approche psychosocialogique des Baganza dans le Mugamba Sud, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 1978.

C) Dictionnaires

1. BENESH, H., Atlas de la psychologie, Paris, L.G.F., 2003.
2. Dictionnaire de psychologie, Paris, Larousse, 1978.
3. Dictionnaire des civilisations, Paris, Monnier, 1968.
4. Dictionnaire Hachette, Langue, Encyclopédie, Noms Propres, Paris, Hachette, 1980.
5. Dictionnaire universel (2e éd.), Hachette, Edicef, 1996.
6. DORON, R. & PAROT, F., Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 2e éd., 1998.
7. LAFON, R., Vocabulaire de psychopédagogie et psychiatrie de l'enfant, Paris, PUF, 1991.
8. REY, A. & CHANTREAU, S., Dictionnaire des expressions et locutions, Paris, Les usuels, 2002.
9. Vocabulaire de la psychologie ; références et positions, Paris, érès, 2006.

D) Cours inédits

1. NDIMUBANDI, A., Psychologie clinique, 2ème candi, Cours inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E. 2004-2005.
2. SUGURU, S., Séminaire de psychologie clinique, 2ème Lic., Cours inédit, Bujumbura, U.B., F.P.S.E., 2007-2008.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Présentation et consignes pour les traumatisés en Kirundi

Mwaramutse,

Jewe nitwa NDAYIRAGIJE Dieudonné, ndi umunyeshure wo mw-ishure Kaminuza y-Uburundi ; nkaba ndiko ndategura igikorwa nzoshikiriza kikampa uburenganzira bwo kuronka urupapuro rw-umutsindo.

Nashaka kugusaba ngo unkundire tuyage ingorane mugira mu vyerekeye ugufashwa kwanyu mwebwe mwasinzikajwe n'intambara.

Ivyo uza kumbwira vyose bimfitiye akamaro, ni co gituma nza gukoresha aka kuma gafata amajwi kugira ngo ntihagire ikinsoba canke ngo mpindure muvyo uza kunganirira.

Ntugire amakenga, ivyo uza kumbarira vyose, ntawuzomenya ko ari wewe wabimbariye.

Mbaye ndagushimira k-umwumvikano uza kuranga kino kiganiro.

Urakoze !

ANNEXE 2 : Présentation et consignes pour les traumatisés en Français

Bonjour,

Je m'appelle NDAYIRAGIJE Dieudonné, je suis étudiant à l'Université du Burundi à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Je prépare un travail de fin d'études.

Je voudrais te demander de m'accorder un entretien en rapport avec : « *Problématique de la prise en charge psychosociale des personnes traumatisées par la guerre* ».

Tout ce que tu vas me dire m'intéresse, c'est pourquoi je vais utiliser cet appareil enregistreur (magnétophone) que voici pour que je n'omette aucun détail ou en ajouter des informations que vous allez me livrer.

Je tiens à te garantir de l'anonymat d'un tel entretien et des informations y relatives.

Je te remercie d'avance pour une franche collaboration que tu vas y réserver.

Merci.

ANNEXE 3 : Guide d'entretien avec les traumatisés en Kirundi

A. UWO ARIWE

- Izina :
- Amatazirano :
- Imyaka :
- Aho aba :

B. IBIBAZO

1. Iyo ndwara yabafashe ryari ?
2. Vyagenze gute ?
3. Imbere y-uko iyo ndwara yaduka wari ubayeho gute ?
4. Hari ibimenyetso utari umenyereye wabonye biturutse kuri iyo ndwara? Ni nk-ibihe?
5. Nta bwoba ugira bwo kwitura umuremesha, umuvuzi?
6. Mbega ikigo C.E.A.P. coco wakimenye gute?
7. Wombwira ukungene wiyumvise ugishika muri C.E.A.P.?
8. Mbega infashanyo uronka canke waronse muri C.E.A.P. yoyo imeze ite?
9. Woshobora kumbwira ico witeze kuri ben-iyo mfashanyo?
10. Wogereranya ute igikorwa c-ugufasha co muri C.E.A.P.
11. Hari ico woterera C.E.A.P. kugira ngo infashanyo baha abasinzikajwe n-intambara yisununure?
12. Mbega C.E.A.P. yoba yarabatoreye inyishu y-ingorane zanyu? Atari uko naho, kubwanyu intambamyi zoba ari izihe?
13. Atari muri C.E.A.P., hari ahandi woba warageregeje kuronderera umuti w-ingwara yawe?
14. Ufatiye ku muryango wawe, ku runganwe, ku kibano, ubu wiyumva gute?
15. Woshobora kumbwira icahindutse mu buzima bwawe kuva aho ushikiye muri C.E.A.P. kugira bagufashe?
16. Mu twigoro C.E.A.P. igira, n-ikihe cagushitse ku nyota?
17. Hari umugambi wo kwiteza imbere woba ufise, wewe muri kumwe n-abandi?

ANNEXE 4: Guide d'entretien avec les traumatisés

A. Identification

- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Résidence (Quartier ou Zone) :

B. Guide d'entretien proprement dit

1. Comment est-ce que vous avez attrapé une telle maladie ?
2. Comment s'est-elle manifestée ?
3. Quel était votre mode de vie avant la maladie ?
4. Quels sont les signes inhabituels qui sont apparus avec la maladie (signes physiques et psychiques).
5. N'avez-vous pas peur de vous confier au psychologue ?
6. Comment avez-vous pris connaissance du C.E.A.P. ?
7. Quel a été votre sentiment à l'arrivée au C.E.A.P. ?
8. De quelles formes d'aide bénéficiez-vous (avez-vous bénéficié) au C.E.A.P. ?
9. Qu'est-ce que vous attendez de cette aide ?
10. Comment appréciez-vous le travail d'aide du C.E.A.P.
11. Avez-vous à proposer au C.E.A.P en vue d'améliorer sa qualité de prise en charge des traumatisés de guerre ?
12. Le C.E.A.P. a-t-il trouvé solution à vos problèmes ? Sinon quels en sont à votre avis les obstacles ?
13. A part le C.E.A.P., avez-vous tenté la consultation ailleurs ?
14. Quel est actuellement votre sentiment vis-à-vis de votre famille, vos pairs, et de votre entourage ?
15. Qu'est-ce qui a changé dans votre vie depuis vos contacts avec le C.E.A.P. ?
16. Qu'est-ce qui vous a frappé le plus dans les interventions du C.E.A.P. ?
17. Avez-vous l'idée de projet de développement socio-économique une fois en groupe ?

ANNEXE 5 : Présentation et consignes pour les intervenants en Kirundi

MUSHINGANTAHE, MUPFASONI, MAMA (WIHEBEYE IMANA),

Jewe nitwa NDAYIRAGIJE Dieudonné, ndi umunyeshure wo mw-ishure Kaminuza y-Uburundi; nkaba ndiko ndategura igikorwa nzoshikiriza kikampa uburenganzira bwo kuronka urupapuro rw-umutsindo.

Nashaka kubasaba ngo munkundire tuyage kuvyerekeye ingorane zijanye n-infashanyo muha abasinzikajwe n-intambara.

Ndabatumbereye nizeye ko muheza mukanterera agacumu k-ubumwe ata wundi yari kubikora. Ivyo muza kunganirira vyose ndabikeneye; nico gituma nibangikanije aka kuma ko gufata amajwi kugira ngo ntihagire ikinsoba canke ngo mpindure muvyo muza kumbarira.

Ntimugire amakenga, ivyo muza kunganirira vyose, ntawuzomenya ko ari mwebwe mwabimbariye.

Mbaye ndabakengurukira k-umwumvikano uza kuranga iki kiganiro cacu.

ANNEXE 6 : Présentation et consignes pour les intervenants en Français

Ma Sœur, Madame, Monsieur,

Je m'appelle NDAYIRAGIJE Dieudonné, je suis étudiant à l'Université du Burundi à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education et je suis en train de réaliser mon travail de fin d'études.

Je voudrais vous demander de m'accorder un entretien sur le sujet portant sur : « *Problématique de la prise en charge psychosociale des personnes traumatisées par la guerre* ».

Je m'adresse à vous avec toute conviction que vous êtes mieux indiqué et que les informations que vous me ferez, personne d'autre n'y parviendrait. Je reconnais l'importance de tout ce que vous allez me dire, raison pour laquelle j'ai amené avec moi un magnétophone qui me servira d'enregistrer tout, au risque d'omettre ou d'ajouter d'autres détails à vos pertinentes informations.

Je vous garantis que les informations que vous allez me donner seront couvertes d'anonymat.

Je vous remercie d'avance de la franche collaboration durant notre entretien.

Merci.

ANNEXE 7 : Guide d'entretien avec les intervenants en Kirundi

1. Mwoshobora kumbwira ingorane mugira mugikorwa canyu ca misi yose c-ugufasha ?
2. Mbega, abasinzikajwe n-intambara, hari ingorane bisangije babatera iyo muriko murabafasha ?
3. Murashobora kumbwira ibimenyetso bibemeza ko umurwayi abituye aba ari uwasinzikajwe n-intambara ?
4. None mwonyiganira ingene mubigenza mugufasha uwasinzikajwe n-intambara ?
5. Dufatiye ku migenderanire ya mwe n-umurwayi canke umurwayi n-ikibano ciwe, hari ibimenyetso vy-akarusho murabona bivuye ku mfashanyo mubaha ?
6. Mugereranije, mubona igikorwa canyu cifashe gute ?
7. Hari intererano mwotanga kugira igikorwa mukorera abasinzikajwe n-intambara cisunununre kuruta ?
8. Ingorane nkurunkuru muterwa n-abarwayi nk'abo zoba ari izihe ?
9. Mwiyumva gute iyo mwakiriye abarwayi nk-abo ?
10. Iyo bishitse ntimwumvikane ho, mwiyumva gute ?
11. Hari aho mubafata cokimwe n-abandi barwayi ?
12. Muravye abasinzikajwe n-intambara babitura, hari akunguko mubona mu ntumbero y-ukwiteza imbere mu mibano n'ubutunzi?

ANNEXE 8 : Guide d'entretien avec les intervenants en Français

1. Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans la pratique quotidienne de prise en charge ?
2. Y'auraient-ils des problèmes particuliers que vous rencontrez dans la prise en charge des traumatisés de guerre ?
3. Pourriez-vous me parler des signes qui vous montrent que tel patient est traumatisé par la guerre ?
4. Est-ce que vous pouvez m'expliquer la manière dont vous procédez pour aider une personne traumatisée par la guerre ?
5. Y'a-t-il des signes d'amélioration du sujet dans ses relations avec vous-même et avec son entourage grâce à votre intervention ?
6. Comment appréciez-vous vos efforts dans la pratique de la prise en charge ?
7. Quelles sont vos propositions pour améliorer vos actions en facteur des traumatisés de guerre ?
8. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez avec cette catégorie de clients ?
9. Lorsque vous entrez en contact avec eux, quels sentiments éprouvez-vous ?
10. En cas de blocages, quels sentiments éprouvez-vous ?
11. Agissez-vous de la même manière comme pour d'autres patients ?
12. Constatez-vous une amélioration de la participation au développement de la vie socio-économique chez vos clients ?

ANNEXE 9 : Grille d'observation

1. L'emplacement du bureau d'écoute :
   - calme - près du lieu publique - près de l'industrie
2. L'équipement du bureau d'écoute :
   - beaucoup d'objets et d'affiche multicolores - extrêmement vaste
   - trop étroit - contient trop de chaises - contient une seule chaise
   - sans table - pas de lit - contient beaucoup de cellules
3. Gestes et attitudes pendant l'entretien :
   a. Pour les intervenants :
      - accueil indifférent
      - accueil chaleureux
      - la gêne lors de l'entrevue
      - se montre surpassé par la situation

b. Pour les personnes traumatisées :
   - pleure
   - tremble
   - agressive
   - triste
   - calme
   - indifférente
   - distraite
   - parle sans arrêt
   - hésite
   - muettes
4. Tenue vestimentaire :
   - sale
   - propre