

**LE PHENOMENE DES TRAUMATISMES
VECUS PAR LES ENFANTS LORS DE LA
CRISE D'OCTOBRE 1993**

ETUDE REALISEE PAR LE DOCTEUR ASSUMPTA NANIWE

**AVEC L'APPUI DE L'UNICEF
RESUMEE PAR NATHALIE BARRET**

TABLE DES MATIERES

▪ INTRODUCTION.....	3
▪ CALENDRIER HISTORIQUE	4
▪ DES VALEURS TRADITIONNELLES MISES À RUDE ÉPREUVE.....	4
▪ CADRE DE L'ÉTUDE, OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE	5
CADRE DE L'ÉTUDE.....	5
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	5
▪ IMPACT DES CONFLITS SUR LES ENFANTS	6
INTRODUCTION	6
▪ CES ENFANTS, QUI SONT-ILS ?	7
▪ IMPACT DE LA CRISE SUR LA SITUATION FAMILIALE DE L'ENFANT	7
▪ ORGANISATION SOCIALE : LE SYSTÈME DE « TUTORAT » ET LA CRISE.....	8
▪ IMPACTS PSYCHO-AFFECTIFS DE LA CRISE SUR LES ENFANTS	88
▪ LES ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS	9
▪ IMPACT DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS SUR L'ÉTAT PSYCHIQUE DES ENFANTS..	9
▪ RÉMINISCENCES, RÊVES ET CAUCHEMARS.....	10
▪ ANALYSE DESCRIPTIVE DES TROUBLES	10
▪ COMMENT VENIR EN AIDE AUX ENFANTS ?.....	11
▪ UN VÉCU DU TRAUMATISME DIFFÉRENT SELON L'ÂGE	11
▪ LES ENFANTS DE 0 À 6 ANS : GARANTIR UN MILIEU SÉCURISANT	11
▪ LES ENFANTS DE 6 À 12 ANS : CRÉER DE NOUVEAUX « REPÈRES »	12
▪ LES ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS : UNE REMISE EN CONFIANCE.....	13
▪ ATTITUDE DE L'ENFANT FACE À L'AVENIR.....	14
▪ ATTITUDE DE L'ENTOURAGE FACE À L'ENFANT	14
▪ ACTIONS À MENER VIS-À-VIS DE L'ENFANT ET DE L'ENTOURAGE.....	15
▪ LES « ACTEURS DE LA RESTRUCTURATION ».....	15
▪ LES « OUTILS DE LA RESTRUCTURATION ».....	15
▪ UN MILIEU SÉCURISANT	15
▪ UNE ATTENTION PARTICULIÈRE AUX « SIGNES » DE PERTURBATION	16
▪ UNE COMMUNICATION RENFORCÉE.....	16
▪ UNE « AUTO-THÉRAPIE » DE L'ENTOURAGE.....	16
▪ UN SUIVI RÉGULIER.....	16
▪ CONCLUSION.....	17

▪ INTRODUCTION

Citation ?

Les enfants n'ont pas été épargnés par les drames dont a souffert, et souffre encore, la société burundaise. Beaucoup d'entre eux ont été tués, blessés, torturés, séparés de leurs familles, ou témoins d'actes de violences indescriptibles.

Familles, communautés, services gouvernementaux et organisations nationales et internationales ont joint leurs efforts pour tenter de protéger les enfants du mieux qu'ils pouvaient, mais cela n'a pas suffi. Cette triste réalité oblige aujourd'hui à renouveler, de manière encore plus efficace, l'engagement local, national et international vis-à-vis de ces enfants, conformément à la volonté manifeste de faire de la **Convention des Droits de l'Enfant** une réalité au Burundi.

Cette brochure est un résumé de l'étude effectuée pour l'UNICEF par le Professeur Assumpta NANIWE en septembre et octobre 1994 sur l'importance des traumatismes qui ont touché, à des degrés divers, les enfants, accompagnés et non accompagnés¹, âgés de 0 à 18 ans. Il présente les résultats les plus importants qui se dégagent de cette analyse clinique, ainsi que les actions qu'il est possible de mener pour favoriser la réinsertion sociale de ces enfants, et leur réadaptation psychologique. Ces actions peuvent être menées à tous les niveaux, par de nombreux acteurs, proches ou moins proches de l'enfant².

Cette brochure vise également à fournir la preuve que chacun de nous a un rôle à jouer, non seulement pour aider les enfants à surmonter d'éventuels traumatismes, mais aussi pour favoriser le respect des droits de l'enfant. Pour y parvenir, il est nécessaire d'aider prioritairement les familles à mieux protéger leurs enfants, en étant plus sensibles à leurs besoins, ainsi qu'aux désordres psychologiques ou aux traumatismes que certains d'entre eux ont subis.

Il est important de garder en mémoire qu'il est plus facile de répondre aux besoins des enfants si l'on tente d'observer la réalité telle qu'elle est « retraduite » par les enfants, et que cette traduction s'avère parfois très différente de celle de l'adulte.

En dernier lieu, il faut rappeler qu'une aide, si utile soit-elle, ne doit pas être « isolée » pour être efficace. Engagement, efforts, et détermination, ne porteront leurs fruits que s'ils sont menés de front par tous ceux qui souhaitent protéger et favoriser le développement harmonieux des enfants.

¹ Conformément à la définition qu'en a donné l'UNICEF, un enfant non accompagné est un enfant qui n'a pas atteint l'âge de la majorité et qui n'est pas accompagné par un parent, un tuteur ou un autre adulte qui, selon la loi (ou la coutume), est chargé de veiller sur lui.

² Un manuel a été publié par l'UNICEF, en collaboration avec le Professeur A. NANIWE, en direction des parents et des intervenants sociaux, intitulé « Aider un enfant traumatisé », qui résume les actions qu'il est possible d'entreprendre pour aider ces enfants.

▪ CALENDRIER HISTORIQUE

Les violences interethniques qui secouent le Burundi de manière cyclique depuis une trentaine d'années ont atteint leur paroxysme après la tentative de coup d'Etat d'octobre 1993, à l'issue duquel le Président NDADAYE et quelques-uns de ses proches collaborateurs ont été assassinés. Il s'ensuivit une flambée de violences entre les deux groupes ethniques, qui a provoqué des dizaines de milliers de morts, et a jeté sur les routes des centaines de milliers d'hommes, de femmes et d'enfants, fuyant leurs terres. La crise politique qui suivit a eu des conséquences extrêmement néfastes sur la structure économique et sociale du pays.

Malgré un calme « relatif » durant les premiers mois de 1994, il reste que la date du 21 octobre 1993 a marqué une véritable « cassure » entre les différents groupes ethniques. Dans l'inconscient collectif s'est développée une image négative de l'autre, image qui semble parfois pétrie de sentiments meurtriers sans commune mesure, tant elle est irrépressible.

Cette guerre fratricide a eu un impact psycho-affectif important sur le vécu des enfants, quelle que soit leur appartenance ethnique. Sans être à l'origine du drame, et sans parfois même le comprendre, ils y ont été mêlés, directement et indirectement. De nombreux enfants ont été tués, mutilés ou handicapés à vie ; d'autres ont vécu des scènes d'une violence extrême, d'autres encore ont été agressés par ceux en qui ils avaient confiance, le bourreau étant parfois le voisin, l'ami de tous les jours.

Une grande partie de ces enfants a aujourd'hui gardé des séquelles de ces événements.

▪ DES VALEURS TRADITIONNELLES MISES A RUDE EPREUVE

L'« étiquetage » des individus en fonction de leur origine ethnique s'est exacerbé ces trente dernières années, aidé en cela par le développement de certaines idéologies et politiques ethnistes.

Pourtant, il existe, en milieu burundais, une certaine « unité » parmi la population, unité fondée sur la notion de « famille » au sens large. Elle englobe, en plus de la famille nucléaire, oncles, tantes, cousins, mais aussi voisins. Les notions de collectivité, de communauté, qu'ont jusqu'ici favorisé l'utilisation d'une seule langue, le Kirundi, et la croyance en un seul Dieu, Imana, sont à la base de ces valeurs traditionnelles.

Elles se trouvent aujourd'hui, malheureusement, fortement ébranlées.

▪ CADRE DE L'ETUDE, OBJECTIFS, METHODOLOGIE

Cadre de l'étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet « ASSISTANCE AUX ENFANTS NON ACCOMPAGNES » (AENA), lancé par l'UNICEF, en collaboration avec le Ministère de l'Action Sociale, suite à la crise d'octobre 1993. Ce projet vise à fournir une aide matérielle et une protection sociale aux enfants ayant perdu leurs parents et leurs proches. Afin d'être mieux à même de fournir un soutien adéquat à ces enfants, et de mieux cibler les actions à mener en faveur des enfants traumatisés, l'UNICEF a jugé nécessaire de mener une étude sur les enfants ayant été touchés, à des degrés divers, par la guerre civile qui secoue le Burundi depuis 1993.

Objectifs de l'étude

L'étude visait deux objectifs généraux :

- Avoir une connaissance plus approfondie des conséquences de la crise sur les enfants, par une étude des diverses manifestations des traumatismes vécus par les enfants, et leurs conséquences sur le plan psycho-affectif ;
- Sur les bases des résultats de l'étude, formuler des propositions en matière d'encadrement et de thérapie en faveur des enfants traumatisés ; permettre, notamment, aux parents, aux éducateurs, et aux intervenants sociaux, de mieux comprendre le phénomène du traumatisme, et d'être en mesure d'y répondre par l'utilisation de techniques d'expression simple.

L'étude s'est déroulée en deux temps :

- **Dans un premier temps**, une enquête a été effectuée dans trois provinces du pays (Gitega, Ruyigi, Muyinga), provinces qui ont été parmi les plus touchées par la violence. 2.770 enfants ont été enquêtés. Les enfants ont été choisis de manière empirique, et regroupés selon leur statut (enfants accompagnés ou non, avec ou sans tuteur, ...).
- Parmi ces 2.770 enfants, 340 d'entre eux, reconnus comme présentant des troubles graves sur le plan psychologique, ont fait l'objet d'une analyse clinique plus approfondie.
- L'enquête s'est déroulée du 16 octobre au 8 novembre 1994 ; elle a été effectuée par 34 étudiants en psychologie clinique et sociale de l'Université du Burundi. Pour permettre une meilleure connaissance de l'enfant et de son milieu de vie, les enquêteurs ont mené leurs investigations en intégrant le milieu de l'enfant, et celui de son entourage. Les techniques d'investigation ont été très diverses : observations, analyse clinique, entretiens avec l'enfant et l'entourage, ainsi que les « jeux de rôle », lorsque la situation s'y prêtait.

- **Dans un deuxième temps**, une analyse globale et descriptive des données a été effectuée ; celle-ci a permis de mieux circonscrire l'état psychologique des enfants étudiés, et de formuler des recommandations et des propositions de solutions, afin de permettre aux parents, aux éducateurs, et aux intervenants sociaux, de mieux identifier les divers signes pathologiques caractéristiques d'un traumatisme, et de disposer de méthodes thérapeutiques simples facilitant la communication avec l'enfant, et sa réinsertion sociale.

▪ **IMPACT DES CONFLITS SUR LES ENFANTS**

Introduction

De quelle manière les événements tragiques qui ont secoué le Burundi ont-ils affecté l'état psychologique des enfants ? De quelle nature ces événements sont-ils ? Quel a été leur impact sur la situation familiale, sociale, et psycho-affective de l'enfant ? Quels mécanismes sont-ils les mêmes pour tous les enfants, ou varient-ils selon la capacité de maîtrise de l'enfant, ou sa période de développement ?

Il n'est pas toujours facile de répondre à toutes ces questions. Le premier constat d'importance est que la quasi-totalité des enfants enquêtés ont vu de près des actes de violence, et que les blessures « psychiques » que cela a entraîné sont, pour certaines d'entre elles, très lentes à cicatriser ; d'autres ne sont pas toujours en bonne voie de cicatrisation.

S'il n'a pas été constaté, à proprement parler, de symptômes « spectaculaires » parmi les enfants concernés par la violence, l'importance et la persistance d'un certain nombre de troubles « chroniques » ont cependant permis d'avancer l'hypothèse que les enfants ont été très profondément touchés par les événements dont ils ont été témoins, et que faute de traitements appropriés, l'évolution du comportement de certains enfants pourrait se faire dans un sens négatif.

Réminiscences répétitives de scènes d'horreur, cauchemars, rêves emplis de scènes de violence, phobies, comportements de type obsessionnel, agressivité, irritabilité, désintéressement affectif, comportements régressifs, perturbation du langage, maux de tête, troubles digestifs, troubles du sommeil, regards vagues, attitudes apathiques, ..., toute perturbation chez un enfant, même anodine en apparence, doit retenir l'attention de l'entourage.

Afin de mieux cerner l'ampleur des traumatismes et leurs conséquences sur l'état psychique de l'enfant, l'auteur de l'étude a jugé utile de procéder à une approche « culturelle » du phénomène du traumatisme. Cela signifie que pour mieux comprendre les diverses manifestations du traumatisme et les mécanismes de défense de l'enfant – et de l'entourage-, il est important de tenir compte du contexte socio-culturel dans lequel ils se développent. Si la culture burundaise encourage la discrétion et la « sublimation » du chagrin, il n'en reste pas moins que l'enfant souffre. L'entourage doit donc être sensible aux signes qui peuvent paraître anodins chez l'enfant ; certaines attitudes, si discrètes soient-elles, peuvent être à l'origine de névroses traumatiques, des mois, voire des années après le choc.

Cette « lecture culturelle » du traumatisme permet également de mieux cibler les activités thérapeutiques à mener.

▪ Ces enfants, qui sont-ils ?

Mises à part certaines données descriptives caractéristiques des groupes d'étude qui ont été constitués pour les besoins de l'enquête, ces enfants ont tous un point commun : ils ont été touchés, d'une façon ou d'une autre, par la violence.

Une grande partie des enfants réside actuellement dans des lieux proches de leur lieu d'habitation d'origine, la plupart du temps dans des camps de déplacés. Ceux qui ont été contraints de s'éloigner de leur région ou de leur milieu d'origine (environ 5%) ont intégré des milieux institutionnels.

L'échantillon ayant été constitué de manière empirique – les enfants n'ont pas été « choisis » par les enquêteurs sur la base d'une liste de sondage systématique, mais repérés par eux, ou présentés spontanément par l'entourage – deux constats sont apparus concernant le statut de ces enfants :

- Une forte disproportion entre les différentes tranches d'âge, la tranche 6-12 ans étant sur-représentée ;
- Et le nombre légèrement supérieur des filles (54,4% de filles, contre 45,6% de garçons).

Ces deux phénomènes pourraient avoir la même cause : le fait que lors des massacres, les individus de sexe masculin, de la tranche d'âge 12-18 ans, et les très jeunes enfants, trop jeunes pour pouvoir se cacher, aient été les premières cibles des meurtriers. Cependant, la sous-représentation du groupe des plus petits peut également être due au fait que, les signes des traumatismes étant moins apparents dans ce groupe d'âge, l'entourage ne les a pas présentés « spontanément » aux enquêteurs.

▪ Impact de la crise sur la situation familiale de l'enfant

La majorité des enfants, soit plus de 94% menait une vie normale avant la crise, habitant avec leurs parents au sein de la famille. Pour 91% d'entre eux, la crise a été responsable d'une fracture au sein de la famille, la violence ayant emporté, soit le père, soit la mère, soit les deux à la fois. Le pourcentage des mères ayant survécu au massacre est supérieur à celui des pères. Malheureusement, l'état psychique de la mère a été fragilisé, ce qui peut avoir un effet négatif sur l'état psychique de l'enfant.

Hormis les parents directs, beaucoup d'enfants ont perdu au moins un membre de la fratrie ; 63,4% d'entre eux ont perdu avec la crise tous leurs frères et sœurs. Une majorité des enfants, parmi ceux qui ont conservé un de leurs parents, vivent aujourd'hui auprès d'eux. Les orphelins, quant à eux, ont pour la plupart trouvé refuge chez un autre membre de la famille ou un tuteur. Il n'y a donc que très peu d'enfants « non accompagnés » au vrai sens du terme.

Outre une organisation sociale perturbée, les enfants ont également été contraints d'interrompre leur formation scolaire.

Plus de 60% des enfants qui suivaient un enseignement formel ou informel (dans les Yaga Mukama*) ont dû abandonner l'école.

▪ **Organisation sociale : Le système de « tutorat » et la crise**

C'est le système de solidarité burundaise, tel qu'il existe traditionnellement, qui a permis jusqu'à présent à une grande majorité d'enfants (93%) de trouver un tuteur. Ceux qui n'en ont pas trouvé vivent, pour la plupart, dans des camps de déplacés ou des institutions. Ces tuteurs sont souvent des membres de la famille, proche ou éloignée, pour qui l'obligation morale d'accueillir un orphelin a été la raison première de sa prise en charge.

Cependant, ce constat peut être source d'inquiétudes, dans la mesure où l'obligation d'une prise en charge peut ne pas offrir un substitut valable, ou suffisant, des parents. L'enfant a besoin de retrouver un environnement qui lui offre la garantie d'un épanouissement équilibré. Les conditions d'assistance dans lesquelles l'enfant est placé n'offrent pas toujours cette garantie, ni toute l'affection nécessaire à son plein épanouissement.

Pour que l'enfant ne devienne pas un orphelin de « seconde zone », il est nécessaire qu'il bénéficie d'un soutien psychologique ; celui-ci, pour être efficace, doit passer par un engagement responsable de la part du tuteur. Les actions à mener en faveur de l'enfant traumatisé doivent faire de cet élément un axe d'intervention prioritaire.

▪ **Impacts psycho-affectifs de la crise sur les enfants**

▪ **La violence expliquée par l'enfant**

Conformément à la tradition burundaise, l'enfant fait partie intégrante de la famille, voire de la communauté dans laquelle il évolue. Pour cette même raison, il porte également la pleine responsabilité, au même titre que les autres membres du groupe, des actes réels ou supposés qui s'accomplissent au sein du groupe. Lors de conflits, l'intégration de l'enfant au sein de la communauté ne peut plus être regardée comme un élément positif, puisque si le père, ou un membre de la famille, est perçu négativement, ses enfants le seront aussi. L'adage populaire qui dit que « *Umwana w'ingwe, ni yo ngwe !* » (« *L'enfant du léopard, c'est le léopard* » !) prend ici toute sa signification.

Les enfants sont en mesure de donner leurs propres explications des massacres. Le malaise social dans lequel ils baignent leur permet de tirer des conclusions sur la situation socio-politique actuelle ; ainsi, près de 40% d'entre eux répondent que c'est la mort du Président NDADAYE qui a déclenché les massacres (explication véhiculée par le milieu et les médias), et 30% disent avoir été poursuivis, attaqués, ou avoir perdu leurs parents, à cause de leur appartenance ethnique.

* Yaga Mukama : Ecoles catholiques

-
-
- **LES EVENEMENTS TRAUMATISANTS**

93,4% des enfants ont vu de près, et ont vécu des actes de violence.

Pour la grande majorité des enfants, les actes de violence ont été vécus dans l'impuissance la plus totale, mêlant l'atrocité de l'acte à l'essence inattendue et soudaine de l'événement.

Certains d'entre eux portent encore aujourd'hui les traces physiques de ces actes : ceux qui ont été personnellement attaqués, soit 58% ont conservé des cicatrices, des mutilations, ou sont défigurés. Certaines jeunes filles ont subi des sévices sexuels, mais n'ont pas toujours osé, par pudeur, révéler leur douloureux secret. Reste que cette triste réalité a bel et bien existé.

Mais ceux qui ont été les témoins impuissants de ces événements, et qui ont affirmé, pour certains, avoir vu des corps mutilés, des cadavres de proches joncher les rues,, ou qui, pire encore, ont assisté à la mise à mort des propres membres de leurs familles, ceux-là ont également conservé des traces invisibles du drame, traces dont la cicatrisation, quel que soit le traitement, sera longue.

Aujourd'hui, certains enfants développent des phobies à la simple vue d'un couteau. Les « instruments » responsables du carnage ont une charge émotionnelle telle que leur simple vue peut provoquer des crises d'angoisse. Ainsi, près de la moitié des enfants présentent des réactions « phobiques » de manière fréquente, parfois spectaculaires, caractérisés par des tremblements ou des frayeurs sans objet.

UNE VERITABLE « CRISE DE CONFIANCE »

L'agresseur n'était pas un étranger. Les enfants pour l'écrasante majorité d'entre eux (80%), le connaissaient. Le voisin que l'enfant considérait comme l'ami, le frère, s'est transformé en ennemi du jour au lendemain. Aujourd'hui, cette perte de confiance en l'autre est lourde de conséquences. Outre un repli sur soi, et le développement d'une certaine agressivité, un esprit de vengeance domine aujourd'hui les propos d'un grand nombre d'enfants.

▪ IMPACT DES EVENEMENTS TRAUMATISANTS SUR L'ETAT PSYCHIQUE DES ENFANTS

L'enfant réagit aux événements traumatisants de diverses manières. Les comportements qu'il adopte sont des « réponses » qui vont lui permettre, à des degrés divers, de supporter le choc du traumatisme. Ces comportements sont fonction de la réceptivité psychique de l'enfant au départ, et vont se révéler plus ou moins adaptés à la situation. « Filtres » ou « codes » supposés atténuer l'impact des événements, que révèlent-ils de l'ampleur du drame ?

-

▪ REMINISCENCES, REVES ET CAUCHEMARS

L'événement traumatique peut être vécu de différentes façons. En règle général, c'est à travers les réminiscences, les rêves, et les cauchemars de l'enfant, que l'événement est le plus souvent « revécu ». Des images pénibles, telles que celles du massacre de la famille, surviennent très fréquemment, surtout la nuit, avant que l'enfant ne s'endorme. Ces pensées obsédantes, qui assiègent l'esprit des enfants, sont encore omniprésentes, une année après le drame, puisque 74% des enfants ont affirmé qu'ils faisaient fréquemment des cauchemars, et 60% une fois par semaine.

Ces cauchemars mêlent, en grande proportion, scènes de massacres, persécutions, ou fuites. A ces thèmes douloureux, se trouvent parfois mêlés des personnages issus du creuset culturel, tels que l'ogre –*l'igisizimwe*-, cet animal méchant qui peuple les contes burundais.

▪ ANALYSE DESCRIPTIVE DES TROUBLES

Les enfants traumatisés adoptent, pour supporter le traumatisme, des comportements de défense, comportements souvent considérés comme « pathologiques », et qui traduisent l'inadaptation de ces enfants au monde environnant. Plus de 93% des enfants présentent un comportement-trouble. Ce comportement constitue, en quelque sorte, une « réponse » au malaise ressenti par l'enfant. Il peut être isolé, ou associé à d'autres, et peut se traduire de nombreuses manières ; selon les cas, il pourra donc affecter la personnalité de l'enfant proprement dite, ses capacités psychomotrices, alimentaires, cognitives, ou modifier ses interactions sociales avec les autres.

En terme de fréquence, ce sont les troubles de l'humeur et de l'affectivité qui sont de loin les plus importants. Ils se traduisent par des pleurs répétés, de l'anxiété, de la tristesse, de l'apathie, une disparition de l'envie de jouer. Les rêves et les cauchemars, quant à eux, provoquent des troubles du sommeil, des insomnies, des terreurs nocturnes, voire des cris durant la nuit. Plus graves, mais cependant moins fréquents, sont les troubles du niveau cognitif, perte du langage, ou troubles de la mémoire.

Chaque enfant réagit selon sa personnalité. C'est pourquoi la compréhension du trouble nécessite une approche délicate, et doit passer par une analyse clinique approfondie. Un trouble mineur en apparence peut révéler une perturbation psychique importante. De la même manière, le fait qu'il n'y ait pas de trouble apparent chez l'enfant ne signifie pas qu'il n'y a pas de perturbation psychique.

Les réactions d'angoisse et de frayeur, qui peuvent être déclenchées à la simple vue d'une arme blanche, peuvent également apparaître à la vue d'une personne de l'autre ethnie. Ces réactions de type « névrotique » sont une preuve supplémentaire de la déchirure profonde entre les individus, provoquée par le caractère ethnique des massacres.

Il est difficile aujourd'hui d'évaluer la gravité des traumatismes vécus par les enfants, même s'il paraît évident qu'un lien existe entre les troubles comportementaux, psychiques, et les événements vécus. Il est également très difficile de dire si ces

troubles sont éphémères ou durables. En effet, près de 25% des enfants qui présentaient des troubles sérieux au moment de l'étude, troubles tant psychomoteurs que psychosomatiques, ne présentent plus de troubles aujourd'hui ! Seule une observation prolongée et approfondie permettrait de dire si ces troubles ont réellement disparu.

L'évolutivité des troubles est malheureusement très instable, et c'est la raison pour laquelle il faut se garder, aujourd'hui, de poser un diagnostic figé. Un travail approfondi nécessiterait entretiens et contacts réguliers entre le malade et le thérapeute.

▪ **COMMENT VENIR EN AIDE AUX ENFANTS ?**

Attitudes et mécanismes développés par l'enfant et l'entourage pour faire face aux traumatismes, et actions correspondantes

Le traumatisme entraîne souvent une désorganisation chez l'enfant, et cette désorganisation peut intervenir à plusieurs niveaux : intellectuel, affectif, psychomoteur.

Cependant, ces troubles ne sont pas figés, et sont sous l'influence d'un certain nombre de variables, dont les principales sont l'entourage, et le sujet lui-même. Ainsi, il peut y avoir, avec le temps, « réorganisation psychique », et donc retour vers un certain équilibre. Pour d'autres enfants, cependant, l'évolution n'est pas toujours facile, et l'état pathologique peut s'installer, entravant les chances d'une amélioration.

Quels sont les paramètres qui entrent en jeu durant cette phase de réorganisation ? Quelles sont les attitudes adoptées par les uns et les autres durant la période post-traumatique, qui peuvent favoriser, ou au contraire, freiner les chances d'un retour vers une forme d'équilibre ? Quelles sont, compte tenu de ces paramètres, les démarches thérapeutiques que l'on peut envisager ?

▪ **UN VECU DU TRAUMATISME DIFFERENT SELON L'AGE**

Si certains troubles sont identiques chez tous les enfants, d'autres sont caractéristiques d'un âge donné. Ainsi, une thérapie efficace tiendra compte, non seulement de la nature du trouble, mais également de son évolution, liée à l'âge.

Etant donné que cette évolution s'inscrit dans une « dynamique » dont les paramètres ne peuvent pas être fixés à l'avance, il est difficile de considérer les approches thérapeutiques comme des méthodes rééducatives définitives. Par ailleurs, elles devront s'accompagner, selon l'ampleur du traumatisme, de traitements plus appropriés, qui ne peuvent relever, dans certains cas, que d'une expertise ou d'un service spécialisé.

▪ **LES ENFANTS DE 0 A 6 ANS : GARANTIR UN MILIEU SECURISANT**

La période de 0-6 ans est caractérisée par le fait que l'enfant est dépendant, physiquement et psychiquement, de ses parents, et en particulier de sa mère.

L'angoisse naît dès qu'il y a coupure, séparation, que l'enfant n'a plus de contact avec sa mère. Les manifestations des traumatismes sont très souvent liés à cette angoisse de la séparation à cette période du développement.

▪ Cas n° 5 : NL

Agé de 4 ans, l'enfant avait une mère malade mentale et un père qu'elle n'a jamais connu. Sa mère a été tuée lors de la crise, et depuis lors, elle vit avec sa grand-mère qui a environ 70 ans. L'enfant a vu sa mère et sa petite sœur mourir, tuées par des voisins qui les pourchassaient avec des lances et des machettes... L'enfant est très maigre, son état physique est déplorable. Elle ne joue jamais, et reste recroquevillée sur sa grand-mère... Elle a des problèmes de langage... Elle a peur des bruits et se lie très difficilement avec des étrangers.

Le pilier de toutes les thérapies durant cette période est donc le placement de l'enfant dans un milieu sécurisant, et la présence, si possible, d'un substitut valable de la mère. Ces deux éléments, qui s'appuient tous deux sur le principe de stabilité, de permanence des points de repère, peut permettre de « récupérer » facilement l'enfant à cet âge.

Outre l'angoisse de la séparation, on relève également de nombreux troubles durant cette période, souvent caractérisés par une « régression » aux stades inférieurs du développement. Ces troubles, souvent associés à des désorganisations corporelles, nécessitent **des traitements basés sur la psychomotricité, qui aide l'enfant « à se sentir bien dans son corps »** ; ces traitements peuvent accompagner ou précéder toute autre forme de thérapie.

Les psychothérapies peuvent s'avérer efficaces pour permettre à l'enfant de s'exprimer, de « verbaliser » ses conflits . Il est en effet important que l'enfant ne soit pas « coupé » du reste du monde, et c'est en général la communication, et son maintien, qui permet d'éviter cette coupure. Les techniques d'expression peuvent être très diverses : conte, jeu, danse, dessin, théâtre, musique, jeu de rôle,...

▪ LES ENFANTS DE 6 A 12 ANS : CREER DE NOUVEAUX « REPERES »

Les enfants de cette tranche d'âge ont beaucoup plus de rapports et d'échanges avec le milieu environnant que les enfants plus jeunes. De ce fait, les interactions sociales jouent un rôle beaucoup plus important dans le cadre de leur développement. Mais le renforcement du niveau d'échanges avec le monde environnant augmente également la perception qu'a l'enfant des situations douloureuses, alors qu'il n'a pas encore développé suffisamment de défense pour faire face à d'éventuelles perturbations. Des perturbations du milieu environnant peuvent entraîner un bouleversement des modèles auxquels l'enfant s'est identifié durant cette phase de « consolidation » des échanges sociaux.

Ces modèles ne constituent plus des repères satisfaisants, et il y a alors perte de confiance, et développement de comportements de méfiance vis-à-vis de l'autre : l'angoisse qui en découle est généralement importante, et les comportements anti-

sociaux, tels que l'agressivité, le repli sur soi, le désir de vengeance, traduisent en général cette angoisse.

Cas n° 9 : GN

Agé de 12 ans, GN est aujourd'hui orphelin de père et de mère, ses frères et ses sœurs ont également été tués, à l'exception de son petit frère. L'enfant a été témoin de l'assassinat des membres de sa famille. Il a été également attaqué à la machette. Il garde d'ailleurs des cicatrices sur la tête, témoignant des coups qu'il a reçus.

Son regard est vide, il donne l'impression de quelqu'un qui est très fatigué. Il a l'air déprimé. Il reste assis, les mains appuyées contre les joues, et réagit très lentement aux sollicitations de l'entourage. Il avoue avoir fréquemment des réminiscences de ce qu'il a vécu, et il fait des cauchemars où reviennent des images terrifiantes... A la simple vue d'une machette ou d'un couteau, il est pris d'une peur intense, difficile à calmer.

- **Le placement dans un milieu sécurisant et stable** constitue, comme pour les plus jeunes, une thérapie de première importance. Outre un réconfort psychique, elle permet à l'enfant de « construire » de nouveaux repères.
 - **Les autres formes de psychothérapie basées sur l'expression** –chant, danse, musique, théâtre, jeu –sont également très utiles pour permettre à l'enfant de verbaliser ses conflits.
 - **Toutes formes d'activités, et notamment celles qui font intervenir des échanges sociaux, des rapports à l'autre, ou aux autres** (à l'école, au travail, dans le cadre de jeux collectifs), sont indispensables à sa « resocialisation ».
- **LES ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS : UNE REMISE EN CONFIANCE**

A partir de 12 ans, l'enfant – et bientôt l'adolescent –se pose beaucoup de questions sur la vie, sur son entourage, sur ses relations avec ses parents et ses proches. S'il est maintenant capable de développer des « défenses » plus efficaces que les plus jeunes, reste que les mécanismes de défense qu'il utilise peuvent, à la suite d'un bouleversement profond, être de nature « pathologique », et traduire *un deuil non consommé*. Il peut lui arriver de regretter ce qu'il a fait, ou se reprocher tel ou tel fait, quelle que soit la vérité du reproche. Ces sentiments de culpabilité ou de regret peuvent détériorer ses relations sociales. Dans certains cas, l'enfant-adolescent adoptera des comportements délinquants, agressifs ; il s'adonnera à la drogue, à l'alcool, et les jeunes filles à la prostitution. Le rendement scolaire sera fortement perturbé.

Cas n° 10 : ZV

Agée de 16 ans, la jeune fille a perdu ses parents, ses frères et ses sœurs, ainsi qu'une grande partie de la famille. Elle est la seule rescapée, laissée pour morte après avoir été également attaquée. Son corps est couvert de plusieurs cicatrices. Elle vit actuellement avec une tante paternelle.

Elle a assisté au viol de ses sœurs et de sa mère avant qu'elles ne soient tuées. Elle nie l'avoir été, mais elle est manifestement enceinte...

Elle est agressive, grossière ; elle a un comportement délinquant, et aux dires de son entourage, elle s'adonne à la prostitution. Elle avoue souffrir de cauchemars, et ses rêves sont peuplés d'images de ses parents venant la retirer du site des déplacés, puis disparaître...

- **Revalorisation de soi-même et remise en confiance constituent les pivots des démarches thérapeutiques à envisager à cet âge** : l'enfant doit être écouté, ses opinions personnelles encouragées, un accueil chaleureux et bienveillant doit lui être réservé.
- **Le dialogue est indispensable**, non seulement pour permettre une verbalisation du conflit, mais aussi pour fournir à l'enfant des explications de ses problèmes, lui proposer des solutions, et l'encourager à participer à des activités éducatives et sociales.
- **En cas de troubles graves, une psychothérapie individuelle (de type psychanalytique) peut s'avérer nécessaire**. Il faut donc faire appel à des services spécialisés.

▪ ATTITUDE DE L'ENFANT FACE A L'AVENIR

Plus de la moitié des enfants qui ont été étudiés par le Professeur NANIWE en septembre et octobre 1994 évoquent l'avenir dans des termes négatifs. Les mots utilisés pour évoquer l'avenir font référence au malheur, à la haine, à l'incertitude du lendemain, au sentiment de vengeance... Pour les plus âgés, comportements régressifs, délinquance, refus de l'ordre établi, sont autant de réponses qui ne favorisent pas la cicatrisation des blessures occasionnées par les traumatismes et ne permettent pas d'envisager l'avenir de manière positive.

▪ ATTITUDE DE L'ENTOURAGE FACE A L'ENFANT

Si l'ampleur du traumatisme, sa « traduction » comportementale –les signes caractéristiques du traumatisme –dépendent en grande partie des actions du sujet lui-même pour le maîtriser, les réponses de l'entourage, en retour, sont également très importantes : elles vont, selon les cas, permettre à l'enfant d'extirper son mal ou au contraire, l'accabler encore davantage.

De manière générale, l'attitude de l'entourage a été positive après les événements intervenus au Burundi en octobre 1993. La communication a été maintenue entre l'enfant et l'entourage, et l'enfant traumatisé n'a pas été laissé à l'abandon. Les gens proches de l'enfant ont tenté de comprendre ses problèmes, même s'ils reconnaissent qu'ils n'étaient pas toujours suffisamment « outillés » pour répondre aux besoins spécifiques des enfants.

Selon l'étude, si 65% des enfants n'ont pas été en mesure de verbaliser leurs conflits lorsqu'on les interrogeait, le tiers d'entre eux n'a pas éprouvé de résistance à évoquer le passé, ni à parler de l'avenir. Lors des échanges entre l'enfant et l'entourage, un tiers des personnes proches de l'enfant a répondu encourager l'enfant à penser à son avenir, et 18% l'ont encouragé à s'exprimer. La résistance qu'ont affichée près de la moitié des proches à ne pas parler du passé s'explique par la crainte de blesser l'enfant.

Enfin, le tuteur a été une personne de confiance dans une grande partie des cas : les enfants qui n'avaient plus de parents à qui se confier ont fait du tuteur le premier confident de leurs pensées secrètes.

▪ **ACTIONS A MENER VIS-A-VIS DE L'ENFANT ET DE L'ENTOURAGE**

Il existe un certain nombre de stratégies prioritaires qui doivent guider toutes formes d'intervention en faveur de l'enfant traumatisé et de son entourage. Celles-ci peuvent être résumés comme suit :

▪ **LES « ACTEURS DE LA RESTRUCTURATION »**

Les premières personnes concernées par le travail de réinsertion sociale sont celles qui vivent auprès de l'enfant, ou qui sont amenées à côtoyer l'enfant dans le cadre de leur profession : parents, tuteurs, enseignants, personnel socio-sanitaire, et de manière générale, tous les intervenants sociaux. Dans le cas de traumatismes profonds, un personnel spécialisé-thérapeutes, psychologues, psychiatres –peut s'avérer indispensable.

▪ **LES « OUTILS DE LA RESTRUCTURATION »**

Les différentes thérapies qui ont été proposées ne peuvent être appliquées sans un minimum de formation. Il est donc important de former les acteurs à l'utilisation de certaines techniques, qui leur permettent de mieux identifier les signes du traumatisme, et donc de mieux y répondre. A cette fin, un manuel a déjà été élaboré pour les parents et les encadreurs sociaux, intitulé « AIDER UN ENFANT TRAUMATISE ». Enfin, il faut savoir que mener à bien une « cicatrisation psychique » constitue souvent un travail de longue haleine.

▪ **UN MILIEU SECURISANT**

Il est important de garder en mémoire que le fait de retirer l'enfant de son milieu constitue en soi un traumatisme. Il importe donc que le contexte dans lequel vit l'enfant perde son aspect provisoire (comme dans les camps de déplacés), pour laisser la place à une certaine stabilité.

De même, les relations entre le tuteur et l'enfant doivent être des relations de confiance durable, et le tutorat doit très vite être considéré comme définitif : l'enfant doit être placé sur le même pied d'égalité que les autres enfants de la famille d'accueil.

- **UNE ATTENTION PARTICULIERE AUX « SIGNES » DE PERTURBATION**

L'entourage doit être attentif à tout signe de perturbation de la part de l'enfant. Certains signes, anodins d'apparence, peuvent révéler une « fracture » psychologique importante. Il est donc important que l'entourage soit sensible aux différents signes comportementaux de l'enfant, et adopte des conduites qui permettent d'y répondre. Cette approche passe, d'une part, par un minimum de formation, et d'autre part, par un suivi régulier des enfants dans leur milieu de vie.

- **UNE COMMUNICATION RENFORCEE**

Il est important de rechercher les moyens d'entrer en communication avec l'enfant. C'est à travers le dialogue et l'échange que l'enfant pourra « verbaliser » le conflit, s'en détacher. La communication permet également à l'entourage de mieux identifier les symptômes du traumatisme, et donc de mieux y répondre. Cette « verbalisation » peut se faire de différentes manières, et selon le moyen d'expression privilégié de l'enfant, ou de la culture dont il est issu. Jeux, chants, danses, théâtre, techniques picturales, expressions corporelles,... sont autant de thérapies qui peuvent faciliter l'expression.

- **UNE « AUTO-THERAPIE » DE L'ENTOURAGE**

L'état psychologique de l'enfant peut être affecté par celui de la mère, ou d'un proche, si ce(tte) dernier(e) n'a pas été en mesure de surmonter son propre traumatisme. C'est la raison pour laquelle l'entourage doit prendre conscience des efforts qu'il doit entreprendre pour surmonter ses propres troubles, s'il veut être en mesure d'offrir des points de repère « stables » à l'enfant. Ce travail est difficile à faire, mais il peut être facilité par la tenue de réunions régulières avec des encadreurs sociaux, afin d'évoquer en groupe les problèmes spécifiques auxquels les familles doivent faire face, et aborder les techniques les plus adaptées pour y répondre.

- **UN SUIVI REGULIER**

Favoriser l'évolution de l'état psychologique de l'enfant doit passer par un suivi régulier de ce dernier au sein de sa famille d'accueil. Ce suivi est d'autant plus nécessaire que le développement de l'enfant doit être considéré comme un processus en perpétuel changement. Les démarches thérapeutiques, qui doivent s'adapter aux étapes du développement de l'enfant, ne sont donc figées. Leur adaptation ne peut se réaliser que sous l'angle d'un suivi permanent de l'évolution de l'enfant et des progrès réalisés, et dont l'évaluation doit être facilitée par l'utilisation d'indicateurs clairement définis.

▪ CONCLUSION

Les bases de réflexion et d'actions sont larges, mais leur mise en œuvre n'est pas facilitée par le cadre politique et social actuel. En effet, il n'existe pas de structure spécialisée au Burundi, qui soit en mesure de prendre en charge des enfants ayant subi un traumatisme psychique grave. D'autre part, les « feux » de la crise ne sont pas complètement éteints, et un climat de tension sociale est encore perceptible.

Les actions à entreprendre pour favoriser la guérison et la réinsertion sociale constituent un travail de longue haleine. Elles nécessitent, au niveau national, une certaine volonté politique, qui favorise une prise de conscience des intervenants sociaux, et la création d'une institution spécialisée, ou « centre de référence » qui regroupe des spécialistes en psychologie et en psychiatrie. Le Professeur NANIWE a proposé à l'UNICEF la création d'un centre de référence chargé de la conception et de la mise en application d'un programme de soutien psychologique au sein des différentes structures qui existent déjà dans le pays (hôpitaux, écoles, ...). Des réflexions sur ce sujet sont actuellement en cours.