

Le traumatisme dans les catastrophes humanitaires



Evelyne josse

2006

evelynejosse@yahoo.fr

<http://www.psychologiehumanitaire.netfirms.com>

14 avenue Fond du Diable, 1310 La Hulpe, Belgique

Psychologue clinicienne. Hypnose éricksonnienne, EMDR, thérapie brève
Psychothérapeute en consultation privée, psychologue du programme ASAB, expert en hypnose judiciaire,
consultante en psychologie humanitaire

Table des matières

Traumatisme psychique et événement traumatique	5
1. UN PEU D'HISTOIRE.....	5
2. PTSD, ESTP, SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES	6
3. L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE	6
4. LES DIFFÉRENTS TYPES DE TRAUMATISME	8
4.1. Les traumatismes de type I, II, III et IV	8
4.1.1. Les traumatismes de type I.....	8
4.1.2. Les traumatismes de type II	8
4.1.3. Les traumatismes de type III.....	9
4.1.4. Les traumatismes de type IV.....	9
4.2. Les traumatismes simples et complexes	9
4.2.1. Les traumatismes simples	9
4.2.2. Les traumatismes complexes	9
4.3. Les traumatismes directs et indirects	10
4.3.1. Les traumatismes directs.....	10
4.3.2. Les traumatismes indirects, la traumatisation vicariante	10
5. LES PARAMÈTRES DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS	11
Les traumatismes individuels dans les contextes humanitaires.....	12
Les traumatismes collectifs dans les contextes humanitaires	13
1. CRISE ET CATASTROPHE HUMANITAIRES, DÉFINITION.....	13
2. TRAUMATISMES ET CONFLITS ARMES	14
2.1. La situation de guerre.....	14
2.2. Les déplacements de population comme conséquence de la guerre	15
2.3. La situation de réfugiés et de déplacés	16
2.4. Le cas particuliers de la violence chronique	18
2.5. Quelques témoignages	18
2.5.1. Traumatismes au Burundi.....	19
2.5.2. Traumatisme au Rwanda.....	20
2.5.3. Traumatismes en ex-Yougoslavie	21
3. TRAUMATISMES ET CATASTROPHES NATURELLES	22
3.1. Les étiologies traumatisantes des catastrophes naturelles	23
3.2. Quelques témoignages	24
4. LES CATASTROPHES ÉPIDÉMIQUES ET PANDEMIQUES	25

4.1. Les facteurs de risque, intrications de facteurs naturels et humains	25
4.2. Quelques portraits de Serial killers	27
4.2.1. Les maladies anciennes.....	27
4.2.2. Les maladies émergentes	28
4.2.3. Un suspect sous haute surveillance	29
4.3. Les facteurs traumatisants	30
4.4. Quelques témoignages	31
Les groupes et les personnes à risque dans les contextes de crise humanitaires	33
1. LES GROUPES VULNERABLES.....	33
2. LES FAMILLES A RISQUE	34
3. LES PERSONNES A RISQUE	34
Bibliographie.....	35
L'AUTEUR	37

J'ai vu des hommes qui courent, une terre qui recule,
Des appels au secours, des enfants qu'on bouscule.
(Patrick Bruel)



Burundi, Centre des Blessés de Kamengé, Bujumbura (photo Evelyne Josse, 2004)

**Ni giti kirakurira mu babaji, L'arbre peut grandir malgré la présence des menuisiers
(Parabole burundaise)**

Référence du présent texte : Evelyne Josse (2006), «Le traumatisme dans les catastrophes humanitaires », <http://www.psychologiehumanitaire.netfirms.com>

Photo de couverture, mannequin regardant vers le barrage de l'ONU qui sépare la partie « croate » du village de Pakrac de la zone occupée par les serbes, Croatie, 1992 (Photo Evelyne Josse)

Traumatisme psychique et événement traumatique

1. Un peu d'histoire

Les premiers témoignages relatifs aux réactions psychotraumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ et révèlent la souffrance des Sumériens de Basse-Mésopotamie à la suite de la destruction de Nippur¹.

L'histoire sera ensuite émaillée d'observations ponctuelles de troubles post-traumatiques mais il faudra attendre le début du 19^{ème} siècle pour qu'ils suscitent l'intérêt du monde médical (en 1809, première description d'une névrose traumatique par Philippe Pinel, aliéniste français, dans son traité pour l'humanisation du traitement des aliénés).

La seconde moitié du 19^{ème} siècle verra cet intérêt s'accroître. Les scientifiques français et anglais se penchent alors sur les réactions post-traumatiques manifestées à la suite d'accidents ferroviaires et en 1884, Herman Oppenheim, un neurologue allemand, les regroupe sous le vocable de « névrose traumatique ».

Tout au long du 20^{ème} siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaîtra un essor progressif et continu. Les guerres, particulièrement les deux conflits mondiaux ainsi que la guerre du Vietnam, se révéleront un terrain particulièrement fertile d'études théoriques² et d'expérimentations pratiques. Sigmund Freud, Pierre Janet, Sandor Fénénczi et Otto Fénichel notamment enrichissent les connaissances par leurs réflexions sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques. Ils initient également les premiers traitements psychothérapeutiques³ (hypnose, psychanalyse), en particulier des séquelles de traumatismes anciens. L'armée, quant à elle, met en place des soins immédiats et la « psychiatrie de l'avant »⁴ voit ainsi le jour pendant la guerre russo-japonaise de 1904 -1905. Progressivement, psychiatres et psychologues du monde entier élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à réduire les réactions aiguës qu'à prévenir les séquelles à long terme⁵ des événements traumatiques. Ils affinent les procédures et les adaptent aux différentes populations de

¹ In "A Century of Controversy Surrounding Posttraumatic Stress-Spectrum Syndromes : The Impact on DSM-III and DSM-IV", Journal of Traumatic Stress, Vol.9, n°2, April 1996; J. David Kinzie and Rupert R. Goetz.

² Dès 1907, on parle de « névrose de guerre » (terme introduit par Honigman, un psychiatre allemand). (Dialogues in clinical neurosciences, Posttraumatic Stress Disorder, Vol.2, N°1, 2000, <http://www.dialogues-cns.org/brochures/04/pdf/04.pdf>)

³ Nous recommandons particulièrement au lecteur intéressé les ouvrages de Pierre Janet.

⁴ Aide psychologique mobile dispensée à proximité du front aux soldats blessés visant à réduire les réactions post-traumatiques immédiates.

⁵ La dernière et probablement la plus efficace est l'EMDR.

victimes (militaires, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de violences sexuelles, de torture, population tout venant, etc.).

Dernier pas décisif du siècle dernier, en 1980, suite aux séquelles traumatiques durables manifestées par les vétérans du Vietnam, le DSMIII¹, introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique nommé « Post-Traumatic Stress Disorder » et généralement signalé par l'acronyme PTSD (traduit en français par Etat de Stress Post Traumatique ou ESPT). Ce syndrome, bien que largement critiqué et critiquable aura cependant permis de faire connaître la notion de traumatisme psychique à un large public. A mon sens, son plus grand mérite aura été de « normaliser » les réactions post-traumatiques trop longtemps attribuées à une vulnérabilité individuelle et en conséquence, considérées comme l'attribut des faibles.

2. PTSD, ESTP, syndromes psychotraumatiques

Le PTSD ou ESPT est restrictif et tient compte principalement des reviviscences, des conduites d'évitement et de l'activation neurovégétative. Or, certaines personnes ne présenteront pas ou pas uniquement ce type de symptômes mais souffriront de dépression, de troubles anxieux, de maladies psychosomatiques ou de troubles comportementaux (abus d'alcool ou de drogues, comportement suicidaire, conduites agressives). Ces symptômes sont non spécifiques des psychotraumatismes et se manifestent dans d'autres affections mentales. Ils peuvent prédominer, voire occulter, un tableau clinique traumatique plus discret. Ainsi, les équipes humanitaires d'aide psychologique rapportent rencontrer davantage de syndromes psychotraumatiques à plaintes somatiques dominantes dans les cultures non occidentales².

Le PTSD ne constituant qu'une partie des réactions que peuvent manifester les personnes à la suite d'un événement traumatique, je lui préfère le terme de syndrome psychotraumatique englobant les symptômes spécifiquement traumatiques ainsi que les troubles non spécifiques.

3. L'événement traumatique

Freud³, en 1920, dans son ouvrage « Au-delà du principe de plaisir » définit le traumatisme comme suit : « Toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet ».

¹ Le DSM III est la troisième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, American Psychiatric Association, 1980.

² In « Psychosocial Effects of Complex Emergencies », symposium report, Washington, 1999

³ Freud S. (1920), « Au delà du principe du plaisir », Nouvelle éd. 1971, Paris, Petite bibliothèque Payot.

Le traumatisme est donc un choc émotionnel important, généralement lié à une situation où une personne ou un groupe de personnes a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique.

« La situation traumatique est **porteuse de sens** et **vécue comme une rupture et un enjeu** : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants »¹.

- Selon cette définition, **la situation traumatogène se constitue massivement et brusquement. Elle est hors du commun, exceptionnelle et grave et elle entraîne les individus dans un tourbillon de violence.**

Les catastrophes naturelles (tremblements de terre, tsunamis, inondations, tornades, etc.), les catastrophes épidémiques et les faits de guerre (bombardements, évacuation massive de population, etc.) répondent à cette conception de l'événement traumatisant.

- Néanmoins, force est de constater que dans certains cas, la situation à l'origine de la souffrance traumatique n'est pas un événement massif mais **un épisode mineur. Cet incident fait** passer la personne au-delà de son seuil de tolérance **car il s'additionne à une charge** progressivement **accumulée de facteurs stressants** (parfois mineurs, prévisibles et répétitifs) **ou à une série d'événements difficiles** (au niveau professionnel et/ou privé).

Exemple : en Croatie, un réfugié bosniaque déclenche un syndrome psychotraumatique après avoir été témoin d'une rixe opposant ses compagnons dans l'univers stressant du camp qui les héberge depuis plus d'un an.

- Dans d'autres cas encore, **un fait mineur réactive un événement ancien** qui malgré ses potentialités traumatogènes n'avait pas produit de symptomatologie au moment de son occurrence.

Exemple : l'évacuation préventive d'une personne dans le cadre d'un risque d'ouragan réactive un événement qu'elle a vécu quelques années auparavant, un glissement de terrain qui a failli lui coûter la vie.

- Il arrive également qu'**un événement stressant déclenche** une symptomatologie traumatique lorsque que la victime n'a pas résolu **un deuil** significatif.

Exemple : une femme a fui les massacres survenus en Côte d'Ivoire et s'est réfugiée en Guinée. Elle est installée depuis près de trois années dans un camp de transit. Elle ne présente pas de plaintes particulières jusqu'à ce que fuse la rumeur que les réfugiés vont être déplacés dans un camp dit « durable » (baraquements offrant davantage de confort et de commodité). Concomitamment à l'avènement des symptômes traumatiques (états d'alerte, cauchemars relatifs aux tueries en Côte d'Ivoire, souvenirs intrusifs répétitifs et envahissants, vécu « comme si » les événements allaient se reproduire, etc.), elle commence à pleurer le décès de son fils plus d'un an après sa disparition. Elle dira : « Je ne sais pas pourquoi mais c'est comme si ça sortait de mon cœur le chagrin. J'ai vécu beaucoup de choses. On a déjà dit qu'on allait nous mettre ailleurs mais j'étais forte. »

¹ Crocq L.(1999), « Les traumatismes psychiques de guerre », Paris, Editions Odile Jacob.

² Les exemples cités dans le présent document sont tirés de l'expérience de l'auteur. Ils ont été glanés au cours des missions humanitaires qu'elle a effectué depuis 1992.

Soulignons qu'un même événement peut se révéler traumatisant pour une personne et non pour une autre ou s'avérer traumatisant pour un individu aujourd'hui alors qu'il ne l'aurait pas été hier.

4. Les différents types de traumatisme

4.1. Les traumatismes de type I, II, III et IV

4.1.1. Les traumatismes de type I

C'est à Lenore Terr¹ que l'on doit la première catégorisation des traumatismes en deux types.

Elle entend par traumatisme de type I **un événement traumatique unique présentant un commencement net et une fin claire. Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif.**

Exemples : une agression, un incendie, une catastrophe naturelle.

Ce type de traumatisme peut survenir dans le cadre de n'importe quelle crise humanitaire. Les vols, par exemple, sont fréquents dans les conflits armés et sont motivés par le manque de biens de consommation. Le banditisme et la criminalité sont monnaie courante dans la foulée d'une catastrophe naturelle et résultent du chaos.

Notons qu'un traumatisme de type I peut avoir des conséquences à long terme, elles-mêmes à l'origine d'une souffrance psychique, voire traumatique. Ainsi, une personne blessée lors d'une agression peut garder un handicap physique ; une famille déplacée pour cause de destruction de son logement dans un tremblement de terre peut souffrir des conditions de vie précaires dans un camp.

4.1.2. Les traumatismes de type II

Lenore Terr parle de traumatisme de type II **lorsque l'événement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps.** Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif.

Exemples : la violence intra-familiale, la violence politique, les faits de guerre, les abus sexuels, etc.

Tout traumatisme est, pour commencer, de type I. Les réactions présentées par les victimes sont identiques à celles faisant suite à un agent stressant de type I mais lentement, avec le développement d'un type II, se manifestent des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques.

Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux traumatismes de type I (par exemple, perdre ses biens dans un incendie puis, quelques années plus tard, être délestée de son argent lors d'une agression ; être témoin d'un accident grave,

¹ Terr L.C. "Childhood traumas : an outline and overview". Am. J. Psychiatry, 1991 ; 148 : 10-20

échapper à la mort dans un tremblement de terre, etc.) avec celle qui souffre de traumatisme de type II.

Les traumatismes induits par un abus sexuel ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type II, voire aux traumatismes de type III (voir infra), même si l'agent stressant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie de la personne.

4.1.3. Les traumatismes de type III

Solomon E.P. and Heide K.M.¹ ont différencié une troisième catégorie de traumatisme. Ils parlent de traumatisme de type III pour désigner **des événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période de temps. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif.**

Exemples : les camps de prisonniers de guerre et de concentration, la torture, l'exploitation sexuelle forcée, la violence et les abus sexuels intra-familiaux, etc.

Les victimes de traumatisme de type II et III nécessitent des psychothérapies adaptées à la spécificité de leur souffrance et menées par des professionnels avertis.

4.1.4. Les traumatismes de type IV

Nous proposons une quatrième catégorie pour désigner les traumatismes en cours. Ce qui les différencie des traumatismes de type I, II ou III, c'est qu'**ils se poursuivent dans le présent.**

Exemples : une équipe confrontée au kidnapping ou à la prise d'otage en cours d'un des leurs (humanitaires, journalistes, etc.), les faits de guerre, les épidémies mortelles (choléra, SARS, Marburg, etc.), la famine.

Dans le cadre des crises humanitaires, les intervenants secourent et assistent le plus souvent les bénéficiaires au cœur même de la tourmente. L'aide psychologique qu'ils apportent aux victimes en situation d'urgence comporte des spécificités et ne saurait être comparée au soutien et aux thérapies ultérieurs.

4.2. Les traumatismes simples et complexes

4.2.1. Les traumatismes simples

Les traumatismes simples peuvent être définis comme des traumatismes de type I tels que précisés par Terr.

4.2.2. Les traumatismes complexes

C'est à Judith Herman², professeur à la Harvard Medical School, que l'on doit la distinction entre traumatismes complexes et traumatismes simples. Elle définit les traumatismes complexes comme **le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une**

¹ Solomon E.P. and Heide K.M., « Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma », Int J Offender Ther Comp Criminol.1999; 43: 202-210

² Herman, J. "Trauma and recovery : The aftermath of violence from domestic abuse to political terror", New York, Basic Books, 1997.

personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Les traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type III définis par Solomon and Heide.

Exemples : les camps de concentration et de prisonniers de guerre, les maisons closes, la violence familiale constante, la violence physique grave et constante, les agressions sexuelles durant l'enfance, les groupes de traite d'enfants.

4.3. Les traumatismes directs et indirects

4.3.1. Les traumatismes directs

On parle de traumatisme direct lorsque la victime a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur. Elle peut avoir été **sujet** (avoir subi), **acteur** (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou **témoin** (avoir vu) de l'événement traumatique.

4.3.2. Les traumatismes indirects, la traumatisation vicariante

En 1939, au début de la seconde guerre mondiale, devant la menace de bombardement des grandes villes (particulièrement de Londres), le gouvernement britannique a pris la décision d'évacuer 1.500.000 enfants vers les campagnes (notamment vers Cambridge). Les premiers résultats¹ sur les effets de l'évacuation rapportés par la Société britannique de psychologie sont rassurants, le pourcentage d'enfants évacués présentant des troubles étant comparable à celui de la période antérieure de paix (8%). Mais dès les premiers mois de 1941, lorsque surviennent les bombardements, la prévalence des troubles atteint 45 à 50% des enfants qu'ils aient été évacués ou non² ! Les enfants pris sous le feu des bombardements auraient manifesté les réactions les plus intenses tandis que les enfants évacués auraient souffert de conséquences plus persistantes et plus pernicieuses. Eloigner les enfants du danger ne les avait donc pas épargnés de la souffrance traumatique. On découvrait ainsi qu'un enfant, même très petit, pouvait être « contaminé » par le vécu de son entourage.

Il est aujourd'hui admis qu'un sujet, enfant comme adulte, qui n'a pas subi de traumatisme direct peut présenter des troubles psychotraumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées. Dans ce cas, **la rencontre avec la personne traumatisée constitue en elle-même l'événement traumatique**. On parle de **traumatisme vicariant³, de traumatisation vicariante ou de traumatisme secondaire**.

Exemples : les hôtes, famille et amis, recueillant des personnes affectées par la guerre sévissant dans une autre région du pays, les enfants réintégrant la cellule familiale après que leurs parents aient subi des événements traumatogènes, etc.

¹ Antérieurs aux premiers bombardements.

² Isaacs S., Brown S.C., Thoulness P.H. (1941), "The Cambridge evacuation survey", London Methuen

³ Cette notion est abordée dans l'article « Les expatriés dans la tourmente. Le stress humanitaire » : http://www.victimology.be/fr/articles/stress_humanitaire.pdf

5. Les paramètres des événements traumatisants

Les paramètres des événements traumatisants sont variés et multiples :

- ⇒ Ils peuvent être vécus **de manière collective** (tremblement de terre, guerre, etc.) ou **individuellement** (agression, viol, etc.).
- ⇒ L'agent stressant peut être **d'origine naturelle** (catastrophes naturelles, épidémies) ou **humaine** (catastrophes industrielles, guerre, accident, etc.).
- ⇒ Lorsqu'il est d'origine humaine, l'événement peut être **provoqué intentionnellement** (maltraitements, agressions, guerres) ou il peut être **accidentel** (éboulis mortel provoqué en fouillant les décombres à la recherche de survivants, « dégâts collatéraux » des guerres¹).
- ⇒ L'agent agressif peut-être **un membre de la famille** (par exemple, meurtre des femmes Tutsi par leur mari Hutu durant le génocide rwandais), **une connaissance** (génocide perpétré par les voisins et amis en ex-Yougoslavie et au Rwanda) ou **un étranger**.

¹ Outre les « dégâts collatéraux » regrettables des guerres menées par les Américains, il est déjà arrivé qu'une des parties en conflit attaque accidentellement ses propres troupes !

Les traumatismes individuels dans les contextes humanitaires

Les traumatismes individuels recouvrent des réalités multiples. En voici quelques exemples :

- ❑ **Les accidents** : par exemple, les accidents domestiques, de la route, au travail, les incendies, etc.
- ❑ **Les agressions physiques** : par exemple, les vols, hold-up, car et home-jacking avec menaces et/ou violence physique, les viols, la violence intra-familiale, la torture, etc.
- ❑ **Les agressions morales** : par exemple, la contrainte à violer des tabous et des valeurs de sa communauté, les menaces diverses concernant la personne ou ses proches, l'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique des proches, etc.
- ❑ **Les agressions physiques et morales** : la torture, les abus sexuels, etc.

Ces traumatismes individuels peuvent se produire dans une situation de traumatisme collectif en temps de paix (par exemple, être victime de viol dans un pays secoué par un tremblement de terre) ou dans des contextes de violence généralisée (par exemple, être victime de viol ou être torturé dans une situation de guerre).

Outre le sujet qui l'a subi, un traumatisme individuel peut affecter la famille mais également la communauté. L'exemple le plus frappant est celui du viol. Il produit des sentiments d'humiliation et de honte non seulement chez la femme violée mais également dans tout son entourage. Stigmatisées socialement, ces femmes et leur famille rencontrent des difficultés dans les relations qu'elles établissent avec les membres du groupe dans son ensemble.

Les traumatismes collectifs dans les contextes humanitaires

1. Crise et catastrophe humanitaires, définition

Commençons par définir les termes « crise » et « catastrophe » généralement usités pour définir le cadre des interventions humanitaires en urgence.

Catastrophe

Le mot catastrophe est formé à partir d'un mot grec « katastrophê » qui signifie « renversement » (nom lui-même dérivé du verbe « strepho », tourner). Etymologiquement, ce mot signifie donc « bouleversement » et désigne un événement malheureux qui survient brusquement.

Crise

Une crise est une situation aiguë, difficile à gérer, ayant des conséquences importantes et durables, généralement néfastes. Elle peut résulter d'un accident ou d'une évolution normale d'une situation. La crise ne doit pas être comprise par rapport à une condition d'équilibre, à un état stable, à un système ou à des références universelles mais doit être appréhendée comme un processus de passage. En effet, elle constitue une mutation d'un état, d'un moment ou d'un type d'organisation à un autre, par exemple, d'une situation stable ou critique à une situation catastrophique. La crise est donc un bouleversement désastreux de la situation antérieure.

Voici des critères autorisant à parler de catastrophe ou de crise humanitaire :

- ⇒ Une situation s'est détériorée de façon importante.
- ⇒ L'événement (tremblement de terre, bombardements, épidémies, etc.) ou ses conséquences (manque d'eau potable, de nourriture, de soins de santé, d'abris) a causé de nombreuses victimes (morts, blessés, sinistrés et rescapés, malades, etc.) et risque de mettre en péril la vie de milliers d'individus s'ils ne sont pas secourus.
- ⇒ La singularité et l'ampleur du désastre plonge la population concernée dans une situation de détresse (risque de souffrance émotionnelle forte et durable, déplacements vers une zone sécuritaire, problèmes sanitaires, famine, etc.).
- ⇒ L'événement a provoqué des destructions matérielles substantielles (habitations, établissements scolaires, institutions, industries et structures de soins de santé détruites, routes et ponts coupés, etc.) et a altéré la géographie humaine (par exemple, cultures inondées sans destruction matérielle). Il a des répercussions sur le fonctionnement et les activités de la population et remet en question la continuité de l'organisation sociale par destruction ou altération de ses réseaux fonctionnels (réseaux de production, de distribution et de consommation d'énergie, de nourriture, d'eau potable et de soins

médicaux, de circulation des biens et des personnes, des systèmes de communication et d'information, d'éducation, de maintien de l'ordre et de gestion des cadavres). Ces conséquences sont durables ou complexes.

- ⇒ La situation surprend les responsables institutionnels. Elle menace la chaîne des différentes unités décisionnelles et réduit le laps de temps disponible pour la prise de décision. Les institutions nationales sont dans l'incapacité ou n'ont pas la détermination de porter secours aux populations concernées.

Il est important dès le départ de différencier les contextes : celui des situations provoquées intentionnellement par des êtres humains (conflits armés) et celui des situations de crises suite à une catastrophe naturelle ou à une épidémie.

2. Traumatismes et conflits armés

2.1. La situation de guerre

La situation de guerre, en elle-même, est menaçante et dangereuse pour tout un chacun. Elle engage des enjeux vitaux pour l'intégrité physique des personnes, la préservation de leurs biens, l'intégrité du territoire national, l'autonomie économique et politique du pays, voire même son existence en tant que nation et la survie de sa civilisation et de sa culture. Tout cela constitue une rupture par rapport au mode de vie du temps de paix et suscite des inquiétudes légitimes. Dans ce contexte, des agressions et des menaces précises vont mettre en jeu la vie ou l'équilibre psychique du sujet.

La particularité des faits de traumatisme dans le cadre de conflits humains tient à **l'intentionnalité**. Les lois qui régissent l'humanité sont profanées et bafouées par les hommes eux-mêmes. La mort, les blessures, la souffrance et les destructions sont provoquées, entretenues et exacerbées intentionnellement par un ou des autrui malveillants. Les valeurs essentielles de l'existence telles que la paix, l'altruisme, la solidarité, l'éthique, le prix de la vie et la compréhensibilité du sens des choses, sont brusquement reniées. Le vécu traumatique suscite dès lors une interrogation sur l'Homme. C'est en ce sens qu'il est important de différencier la souffrance engendrée par un conflit humain de la souffrance liée aux désastres engendrés par les forces de la nature.

Concernant les populations civiles soumises aux agressions de la guerre, les étiologies traumatisantes sont multiples. Voici les différents **facteurs traumatisants** pouvant intervenir isolément ou cumulativement :

- ⇒ avoir subi les bombardements des villes
- ⇒ avoir subi ou avoir été témoin de violences physiques et morales exercées par les ennemis
- ⇒ avoir été obligé de commettre des exactions (par exemple : avoir du, sous la menace, violer ou tuer un membre de sa famille)

- ⇒ avoir subi ou avoir assisté à un viol¹
- ⇒ avoir été torturé ou avoir été témoin de torture²
- ⇒ avoir fait l'objet ou avoir assisté à des arrestations arbitraires
- ⇒ avoir été emprisonné
- ⇒ avoir subi ou avoir été témoin d'interrogatoires accompagnés de violence
- ⇒ avoir assisté à des prises d'otages avec menace d'exécution
- ⇒ avoir vu sa maison détruite ou incendiée
- ⇒ avoir été plongé dans une atmosphère de malheur collectif, frappant toute la communauté
- ⇒ avoir souffert de la faim, de la soif, de la chaleur, du froid, de la privation de sommeil

Dans les crises provoquées par des conflits, les **facteurs** qui génèrent le traumatisme sont :

- la menace de mort
- la blessure
- la souffrance
- la torture
- la violence
- le spectacle de la mort d'autrui
- le spectacle de la souffrance d'autrui
- le spectacle des destructions

2.2. Les déplacements de population comme conséquence de la guerre

Fin 2005, 20,8 millions de personnes¹ dans le monde (incluant les demandeurs d'asile, les apatrides, les réfugiés et les déplacés ainsi que les personnes « retournées »⁴ dans leur région d'origine au cours de l'année) étaient sous le mandat de l'UNHCR⁵. Les déplacements de

¹ Les violences sexuelles font l'objet de deux articles de l'auteur : « Les violences sexuelles. Définitions d'un concept multiforme » et « Accueillir les victimes de violences sexuelles. L'approche de la thérapie orientée vers la solution » : <http://www.resilience.netfirms.com>

² La torture fait l'objet d'un article de l'auteur : « La torture de masse. Le cas de l'ex-Yougoslavie », sur <http://www.psychologiehumanitaire.netfirms.com>

¹ Nombre de réfugiés : 8,4 millions, nombre de réfugiés retournés dans leur pays d'origine au cours de l'année : 1,1 millions, nombre de demandeurs d'asile : 770.000, nombre de personnes déplacées : 6,6 millions, nombre de déplacés retournés dans leur région d'origine au cours de l'année : 520.000, apatrides : 2,4 millions, autres (migrants forcés, résidents à risque, etc.) : 1 million.

² Ces personnes sont souvent appelées « returnees » dans le jargon administratif et humanitaire des pays anglophones.

³ United Nation's High Commissioner for Refugees

populations sont majoritairement provoqués par les conflits mais les catastrophes naturelles, comme la sécheresse, ne font que les renforcer.

Les déplacements sont sources de nombreux facteurs traumatisants pour les populations réfugiées et déplacées à savoir :

- ⇒ avoir dû quitter précipitamment sa maison sans emporter ses biens
- ⇒ avoir dû fuir sa maison et son village
- ⇒ avoir voyagé dans des conditions pénibles, le plus souvent à pied, sur de longues distances
- ⇒ avoir été menacé de mort ou traqué et poursuivi
- ⇒ avoir vécu les mitraillages de colonnes de réfugiés en exode
- ⇒ avoir été séparé du reste de sa famille
- ⇒ s'être fait dépouiller de ses biens ou de ses papiers
- ⇒ avoir vu des cadavres de personnes assassinées
- ⇒ s'être trouvé isolé, sans protection ni amis
- ⇒ avoir été repoussé ou malmené au poste frontière
- ⇒ avoir été accueilli avec hostilité dans un pays limitrophe

Lors de déplacements massifs et rapides de population, le vécu de crise est collectif. Le tissu social et familial s'en trouve profondément ébranlé.

2.3. La situation de réfugiés et de déplacés

Les mouvements de population favorisent souvent l'exportation de tensions politiques, religieuses ou ethniques, fréquemment source de problème au sein des pays et des régions d'accueil ou avec les pays limitrophes. Ainsi, les réfugiés et les déplacés (appelées IDP's dans le jargon humanitaire pour Internally Displaced Persons) se retrouvent-ils, de plus en plus souvent, dans des zones insécurisées où leur installation est compromise par une instabilité chronique. Ils sont alors forcés de chercher un asile plusieurs fois consécutivement.

Exemple : De nombreux Hutus, qu'ils aient ou non participé au génocide des Tutsis, ont fui le Rwanda par peur des représailles et se sont réfugiés au Congo. Sous prétexte de garantir la sécurité de son pays, l'armée rwandaise a envahi l'Est de la RDC, déstabilisant la région. De nombreux viols et pillages par exemple sont attribués aux soldats rwandais.

Exemple : Suite à la guerre qui sévissait dans leur pays, de nombreux libériens se sont réfugiés fin 2002 en Guinée forestière. La majorité d'entre eux est de l'ethnie malinké, non-désirée au Libéria. Ensuite, après plusieurs années, ils se sont réellement installés dans les camps (dont certains finissent par ressembler à un village). En 2005, des pressions ont été exercées pour qu'ils regagnent le Libéria. Une étude réalisée par ARC-Cross Border sur les « returnees » a révélé des cas de viol de femmes pendant leur rapatriement (à toutes les étapes du rapatriement et en particulier la nuit, durant leur hébergement) alors qu'elles étaient sous protection de l'UNHCR. En tout état de cause, il est peu probable que les « returnees » regagnent leur région d'origine

(investie par d'autres ethnies). La plupart deviendront vraisemblablement des IDP's, retrouvant pour longtemps des camps de fortune.

Exemple : Johnson est libérien. En 1992, ses parents sont tués lors des affrontements entre le NPFL (Front National Patriotique du Liberia) et les forces d'interposition de l'ECOMOG. Il a 13 ans. Il se retrouve chef de famille, responsable de ses deux petits frères. De l'ethnie malinké, il n'a d'autre choix que de fuir son pays car sa communauté y est persécutée. Il demande à une voisine (d'une autre ethnie) de l'aider à passer le check-point qui le sépare de la Côte d'Ivoire en déclarant que ses frères et lui sont ses propres enfants. Elle refuse car elle craint les inévitables représailles si l'on venait à découvrir qu'elle protège des Malinkés. Par miracle, au risque de leur vie, déjouant l'attention des militaires, Johnson et ses frères franchissent la frontière. Ils s'installent en Côte d'Ivoire. Quelques années plus tard, la guerre éclate dans ce pays d'accueil et les jette une fois de plus sur les chemins de l'exode. Lorsque je le rencontre en 2004, il est réfugié en Guinée depuis deux ans. Après 12 années d'errance, il souhaite se reposer mais les autorités parlent de déplacer le camp...

Les mouvements de population sont souvent rapides et massifs, donnant lieu à des états de crise aiguë (manque de vivres, tension avec la population-hôte, etc.).

Exemples : « On en a marre de ces réfugiés. C'est à cause d'eux qu'on vit mal » me dira une croate de Zagreb, « A cause de tous ces gens qui viennent du Libéria, il n'y a plus assez à manger pour tout le monde. Alors, les prix augmentent et nous, les pauvres gens, on souffre trop de la faim » me déclarera une ressortissante guinéenne.

Les changements dans la structure sociale peuvent conduire à la création forcée de nouvelles formes d'organisation sociale. Par exemple, la vie dans les camps peut impliquer pour les déplacés et les réfugiés un changement de mode de vie, comme être soumis à une nouvelle forme d'autorité¹ ou à une cohabitation mal vécue avec d'autres ethnies. Ces conditions jouent sur l'équilibre mental du groupe.

Voici d'autres facteurs traumatisants rencontrés par les populations hébergées dans les camps :

- ⇒ un nouvel environnement surpeuplé, peu hygiénique, offrant un accès limité à l'eau, à la nourriture, etc.
- ⇒ une nouvelle façon de vivre qui ne permet plus de s'adonner aux activités habituelles
- ⇒ un risque d'autres événements traumatiques : viols, incursion de militaires/« rebelles » dans les camps, hostilité de la communauté d'accueil, etc.

Exemple : lorsqu'en été 2005 je me rends en Guinée forestière² au camp de Nonab³, les 3500 réfugiés de Côte d'Ivoire y demeurent depuis 3 ans⁴ dans des conditions pour le moins précaires. Considéré comme un camp de transit⁵, aucun aménagement n'a été ou ne sera fait. Les tentes de plastic sheeting regroupent chacune plusieurs familles. Les réfugiés n'ont aucune intimité. De plus, les souris troublent leur sommeil et tourmentent leur esprit

¹ Par exemple, l'autorité, traditionnellement assumée par le chef de village, est endossée par les responsables administratifs des camps.

² A la frontière de la Sierra Léone, du Libéria et de la Côte d'Ivoire.

³ Dans la région de N'Zérékoré.

⁴ Depuis mai 2002.

⁵ C'est à dire un camp où les réfugiés ne sont sensés rester qu'une courte période.

car elles sont portuses du virus responsable de la fièvre de Lassa¹. Sans compter qu'elles abîment les quelques vêtements qu'ils possèdent et rendent leur maigre pitance impropre à la consommation². Depuis 3 ans, leur avenir est incertain. Les affrontements récurrents en Côte d'Ivoire ne permettent pas d'envisager un retour au pays. Quant à leur hébergement, les rumeurs itératives évoquant un possible déplacement vers un camp durable se voient régulièrement démenties.

2.4. Le cas particuliers de la violence chronique

A la différence des pays en état de guerre aiguë, les personnes vivant dans une région agitée par la violence socio-politique (terrorisme, guerre chronique) ont accès la plupart du temps aux commerces, aux écoles, aux transports publiques, aux moyens de communication, etc. (par exemple, sécurité relative la journée, danger grave limité aux périodes de tension politique, etc.). Le mode de vie est donc proche de celui vécu en temps de paix. Le danger, occulté par une apparence de vie « normale », n'en est pas moins présent en permanence et fait partie intégrante de la vie quotidienne. Cependant, la stabilité de certains éléments de la vie courante, dont la violence, permettent généralement d'anticiper l'occurrence de cette dernière. Cette situation peut aussi mener à la banalisation des risques et induire chez les personnes des processus d'adaptation qui peuvent s'avérer pathologiques avec le temps.

Exemple : au Burundi, durant la guerre, nul n'ignorait que le quartier de Kamengé, situé à la périphérie de la capitale Bujumbura, était une zone d'affrontements entre l'armée nationale Tutsi et les rebelles Hutus. Risqué en journée, il était suicidaire de s'y trouver le soir.

Exemple : Au Burundi encore, les tensions suscitées durant les différents rounds de négociations entre les factions rebelles et le gouvernement⁴ rendaient l'atmosphère électrique et les dérapages prévisibles. De même, toute attaque par l'armée officielle des positions des groupes rebelles⁵ -et inversement- augurait des représailles.

2.5. Quelques témoignages

Voici quelques témoignages illustrant la complexité, l'intrication et l'enchaînement des événements traumatiques dans le contexte de conflits armés.

¹ La fièvre de Lassa est une fièvre hémorragique mortelle.

² Le virus responsable de la fièvre de Lassa se transmet à l'homme par contact, y compris par contact avec de la nourriture infectée.

³ Considéré comme le bastion de la guérilla Hutu.

⁴ négociations ayant finalement débouchés sur un accord de paix en juin 2006

⁵ Notamment, le Front National de Libération Palipehutu (FNL) qui resta le dernier groupe rebelle actif.

2.5.1. Traumatismes au Burundi

Hardi¹, 15 ans et 9 ans de souffrance

Hardi est Tutsi. En 1993, il a 6 ans. Son père est tué durant les massacres² de Tutsis perpétré par les Hutus suite à l'assassinat du président N'dadaye. Après l'avoir contraint à assister au macabre spectacle, les meurtriers le jettent dans une fosse. Il réussit finalement à s'échapper et fuit avec sa mère, son frère et sa sœur. Ils trouvent refuge dans un camp de déplacés. Dans ce dernier, sa mère décède du paludisme. Hardi est kidnappé par les rebelles Hutus³ et enrôlé de force comme enfant soldat. Il leur sert de porteur⁴. Il est battu quand, épuisé, il ne marche plus assez rapidement. Un mois plus tard, un affrontement entre rebelles et militaires lui donne l'occasion de s'enfuir. Il sollicite un hébergement auprès de la population mais il est refoulé, les familles craignant d'être dénoncées, Hardi étant stigmatisé comme rebelle pour avoir vécu avec ces derniers. Atteint par le paludisme, il se rend dans un centre de santé où on le renvoie⁵ après lui avoir fait une injection. Trois jours plus tard, il développe des troubles de la locomotion. Il faudra encore à Hardi endurer plusieurs mois d'errance⁶ avant qu'un passant le prenne en pitié et l'amène au centre des blessés de guerre. Lorsque je le rencontre en 2002, il a 15 ans. Il souffre d'un handicap de la marche, de douleurs physiques multiples (consécutives au traumatisme cervical dû à sa chute dans la fosse et aux maltraitements subies lorsqu'il était enfant soldat) et d'un syndrome post-traumatique. Il est sans nouvelles de sa famille. Son avenir est incertain. Il n'est plus scolarisé depuis longtemps et n'a pas de formation professionnelle. Il n'a ni de lieu d'accueil ni d'adulte pour le prendre en charge. De plus, la guerre n'est pas finie⁷.

Marie et son fils Innocent, deux innocents

Marie est veuve⁸. Son mari a été tué en RDC alors qu'il s'y rendait pour faire du commerce. Elle n'a pu voir sa dépouille ni assister aux funérailles. Ensuite, elle a été maltraitée par sa

¹ Les noms ont été modifiés.

² Melchior N'dadaye, président du Burundi, est exécuté le 21 octobre 1993 par des militaires de l'armée à majorité Tutsi. Dans les minutes qui suivent le putsch, commencent les violences à l'encontre des Tutsis (comme au Rwanda, quelques mois plus tard). Les Tutsis sont massivement victimes de massacres (qualifiés par les Nations Unies d'actes de génocide).

³ Dans de nombreux pays, les enfants qui ne sont pas sous la protection d'un adulte sont vulnérables et courent le risque d'abus multiples. Nombre d'orphelins sont, par exemple, enrôlés comme enfants soldats.

⁴ Un enfant peut porter plusieurs dizaines de kilos de munitions (parfois jusqu'à 60 kg) ainsi que les rebelles blessés, raison pour laquelle les groupes armés s'octroient -illégalement- les services d'enfants soldats dans de nombreux pays du monde. Ils sont également utilisés comme messagers, boucliers humains, détecteurs de mine, ravitailleurs (chargés de piller ce dont les rebelles ont besoin), etc.

⁵ Les personnes ne pouvant honorer les frais liés aux soins sont souvent refoulés des structures médicales dans les pays non occidentaux.

⁶ Comme beaucoup d'enfants orphelins de guerre et/ou ex-enfants soldats, Hardi est devenu un enfant des rues. Nous renvoyons le lecteur intéressé par la problématique des enfants des rues à notre article « Les enfants des rues. L'enfer du décor » : <http://www.psychologiehumanitaire.net/firms.com/>.

⁷ Un accord de paix ne sera signé que 3 ans plus tard, en 2006.

⁸ En Afrique, une femme qui n'est pas sous la protection d'un homme est vulnérable. Outre le fait qu'elle soit défavorisée économiquement (un veuvage la plonge parfois dans la pauvreté, voire dans l'indigence), elle court aussi plus de risques pour sa sécurité physique (par exemple, plus de risques d'être violée).

belle-famille¹ (maltraitance pour laquelle plainte a été déposée auprès de la Justice) ainsi que par son frère (elle ne déposera pas contre lui pour éviter d'autres problèmes familiaux). Marie a été violée alors qu'elle se rendait au champ. Depuis, elle est séropositive. Son enfant de 10 ans, Innocent, a récemment été touché par une grenade : il a perdu des doigts et des orteils et un éclat dans la tête a provoqué un traumatisme crânien, accident pour lequel il est hospitalisé lorsque je les rencontre, lui et sa maman, en 2002. Innocent, outre les blessures physiques, souffre de violents maux de tête, d'acouphènes et d'importants troubles du comportement (hallucinations, discours incohérent, angoisses, etc.).

2.5.2. Traumatisme au Rwanda

Les questions d'Espérance, rescapée du génocide

Durant le génocide de 1994, Espérance a perdu 17 personnes de sa famille proche (parents, fratrie, neveux et nièces) sans compter les oncles, les tantes, les cousins, etc. et se retrouve donc seule au monde. Elle ignore où et comment ses parents sont morts et se pose de cruelles questions : « mes sœurs et ma mère ont-elles été violées avant d'être tuées ? Leur corps a-t-il été dévoré par les chiens² ? ». Elle a fui sa région natale et ne peut envisager d'y retourner. En effet, elle a été menacée de mort : un paysan, proche de sa famille, est venu l'avertir qu'il avait reçu une grosse somme d'argent pour l'assassiner. La logique des commanditaires Hutus de ce meurtre peut se résumer comme suit : pas de rescapés, pas de témoins donc pas de condamnation pour les génocidaires. En 2004, après 9 ans de danger permanent, Espérance trouvera asile dans un pays occidental.

Le martyre d'Immaculée, rescapée du génocide

« Il a tué mon mari puis il m'a violée et il m'a pris en mariage par force. Il m'a emmené avec lui et j'ai vécu 4 mois avec les interhamwes³. Et tous les jours, il racontait comment il avait tué des gens tout le jour et comme il était fier d'avoir tué ma famille. Je voulais devenir folle. »

Le calvaire de Jeanne, rescapée du génocide

« La maman (la voisine), elle me demande la houe pour que son fils⁴ puisse labourer et elle me dit comment son fils cultive et comment la récolte est bonne. Elle sait que moi, je suis handicapée, je suis vieille et que tous mes fils sont morts (tués durant le génocide) et qu'on ne peut pas cultiver. Elle me parle toujours comment son fils fait bien ça et ça pour me dire qu'elle a récupéré son fils. Elle se moque de moi. »

¹ Nous renvoyons le lecteur intéressé par les violences faites aux femmes aux articles déjà cités « Les violences sexuelles. Définitions d'un concept multiforme » et « Accueillir les victimes de violences sexuelles. L'approche de la thérapie orientée vers la solution » : <http://www.resilience.netfirms.com>

² De nombreux cadavres ont été dévorés par les chiens.

³ Nom donné aux Hutus intégristes prônant l'extermination des Tutsis.

⁴ Convaincu d'acte génocidaire, il vient d'être libéré (au moment où Jeanne nous parle en mai 2003) dans l'attente de son jugement par le jury populaire appelé Gacaca.



Les corps séchés et chaulés des victimes du génocide au Mémorial de Murambi, Rwanda, 2001
(Photo Evelyne Josse)

2.5.3. Traumatismes en ex-Yougoslavie

L'enfer de Sadik

« Quand les Serbes ont attaqué la première fois, je me suis réfugié dans la montagne. Nous étions plusieurs du village. On dormait dans les arbres et on devait s'accrocher. Les personnes de tête et de queue se relayaient parce c'était eux qui avaient le plus froid. En 8 jours, j'ai dormi 10 heures. Je ne pensais pas que c'était possible. Les derniers jours, on n'avait plus rien à manger. Pendant 2 jours et demi, je n'ai rien mangé du tout. Les enfants pleuraient. On n'en pouvait plus. Alors, on s'est rendu. Les Serbes nous ont tout pris. Ils ont pris notre argent, nos papiers, nos bijoux, tout. Et puis, ils nous ont amené au camp¹. On était 500 dans un hangar de 250 mètres. Je suis resté deux mois sans me laver et sans changer de vêtements. ». Sadik décrit ensuite en détail les tortures dont lui et ses compagnons d'infortune ont fait l'objet. Lorsque je le rencontre en décembre 1992, il est hébergé dans un camp de réfugiés à Zagreb. Il n'a aucune idée de ce que l'avenir lui réserve. Il n'a plus d'espoir. En Bosnie, la guerre continue de faire rage.

Azra, une croate de Bosnie Herzégovine réfugiée en Croatie

« Mon père est mort laissant derrière lui six enfants. Beaucoup de voisins sont morts. Ils étaient jeunes. Ils avaient des enfants. Nous habitons un village de plus ou moins 500

¹ Au camp de Keraterm, dans la région de Prijedor. Les tortures subies par les détenus feront l'objet d'un prochain article.

maisons. La majorité était Musulman. Venaient ensuite les Croates. Il y avait peu de Serbes¹. D'un côté, les voisins étaient serbes, de l'autre bosniaques. Nous, on avait la maison du milieu. Les Serbes ont commencé à attaquer le village le 1^{er} juin à quatre heures du matin. À six heures du matin, l'armée croate (de Bosnie) est venue nous libérer et nous a emmenés dans un autre village à six kilomètres de là. On a vu avec des jumelles notre maison qui flambait. Nous avons trois enfants. La petite fille va à l'école. Nous avons reçu de l'aide pour elle. Les deux garçons, eux, ne vont plus à l'école. Ils n'ont pas tellement envie d'aller à l'école. Ils disent qu'ils y retourneront en Bosnie. Je ne les ai pas forcés parce qu'ils ont vécu des choses très dures. »



Camp de Savudrija, Istrie, Croatie, enfants réfugiés de Bosnie, novembre 1992 (Photo Evelyne Josse)

3. Traumatismes et catastrophes naturelles

Selon l'ONU, trois millions de personnes sont décédées suite aux catastrophes naturelles au cours des 25 dernières années et plus d'un milliard d'habitants en ont été affectés².

Les catastrophes peuvent être climatiques, géologiques ou épidémique : raz-de-marée, ouragans, inondations, sécheresse, famine, tremblements de terre, éruptions volcaniques, incendies de forêts, pathologies virales virulentes, etc.

Les catastrophes dites « naturelles » ne le sont généralement que jusqu'à un certain point. Nombre d'entre elles affectent, en effet, des personnes rendues vulnérables par les conditions

¹ Les habitants de la Bosnie-Herzégovine étaient appelés « Bosniaques ». Les trois nationalités composant le pays étant les Musulmans, les Croates et les Serbes.

² Audet J., Katz J.-F. (1999), « Précis de victimologie générale », Paris, DUNOD.

de vie et d'habitat qui leur sont imposées. Par exemple, les pauvres et les indigents des pays en voie de développement n'ont parfois comme possibilité pour s'installer que des zones susceptibles d'être submergées par les crues d'un fleuve.

De plus, on notera que de nombreuses catastrophes naturelles ont aussi des causes ou des effets décuplés par les activités humaines (par exemple, l'effet de serre¹).

3.1. Les étiologies traumatisantes des catastrophes naturelles

Voici les différents **facteurs traumatisants** des catastrophes naturelles pouvant intervenir seuls ou cumulés :

- ⇒ avoir été blessé
- ⇒ avoir dû attendre des soins médicaux, par insuffisance des dispositifs de secours (en souffrant de douleurs)
- ⇒ avoir attendu les secours dans des conditions psychologiques (incertitude par rapport à l'arrivée de ceux-ci, inquiétude pour les proches, etc.) et environnementales difficiles (espaces clos, enfumés, inondés, chaleur, froid, etc.) en étant parfois blessés
- ⇒ avoir perdu des proches
- ⇒ être en situation d'attente dramatique de nouvelles d'un proche disparu ou gravement blessé
- ⇒ être en situation d'attente par rapport aux exhumations des proches et autres victimes
- ⇒ avoir été confronté à la vision de victimes gravement blessées ou de personnes décédées parfois très mutilées
- ⇒ avoir vu sa maison détruite et avoir perdu ses biens
- ⇒ avoir encouru des risques en participant aux recherches des victimes et avoir craint de provoquer un sur-accident (comme celui de provoquer un éboulement en fouillant les débris à la recherche de survivants dans le cadre d'un tremblement de terre)
- ⇒ avoir été confronté à la vision apocalyptique de multiples destructions

Dans les catastrophes naturelles, les **facteurs** qui génèrent le traumatisme sont :

la menace de mort

la blessure

la souffrance

l'attente anxieuse

le spectacle de la mort d'autrui

le spectacle de la souffrance d'autrui

¹ L'effet de serre aurait un impact sur les ouragans dont il accroîtrait le pouvoir destructeur. De même, il serait responsable de l'augmentation du nombre d'inondations et de sécheresses (mettant elles-mêmes en péril la sécurité alimentaire).

Impuissant devant les catastrophes naturelles, l'homme y voit généralement la colère des dieux et ce, quelle que soit la culture.

3.2. Quelques témoignages

Mariati et Muliadin face aux éléments

Sinabang est la capitale de la petite île de Simeulue au large de Sumatra (Indonésie). Elle a été relativement épargnée par le tsunami du 26 décembre 2004 mais littéralement rasée 3 mois plus tard¹, dans l'indifférence des médias, par un tremblement de terre de magnitude 8,7 sur l'échelle de Richter. 18.000 habitants se sont retrouvés au milieu des décombres sans toit et sans eau, les canalisations n'ayant pas résisté aux secousses.

Ils habitaient une petite maison près de la mer. Au rez-de-chaussée, Mariati tenait un petit restaurant. En décembre, le tsunami a emporté leur nid et le gagne-pain de Mariati. Ils sont restés plusieurs jours avant de disposer de quoi construire une tente de fortune en plastic sheeting. La vie a continué. Chaque matin, Muliadin quittait le sommaire abri pour se rendre au garage où il travaillait. Mais en mars, la terre a tremblé détruisant son entreprise. Mariati et Muliadin ont tout perdu : leur logement, leur moyen de subsistance, leurs objets personnels, leurs vêtements, leurs photos de famille, etc. Et ils ignorent de quoi l'avenir est fait. Lorsque je les rencontre trois mois après le tsunami et quelques jours après le séisme, ils attendent que les autorités s'occupent de leur sort.

Ruwan, dans le creux de la vague

Ruwan habitait à Hambantota, sur la côte, dans le sud du Sri Lanka. C'est un palmier qui lui a sauvé la vie le 26 décembre 2004 lorsque le tsunami a frappé. Emporté par les flots, sa déroute a croisé les branches de l'arbre salvateur. Il s'y est accroché. Quand la vague meurtrière s'est retirée, il était au sommet, à plusieurs mètres du sol. Il avait un petit bateau et faisait vivre sa famille du fruit de sa pêche. La vague lui a volé son toit et son embarcation. Il voudrait bien reconstruire un petit cabanon. Il a deux bras et est vaillant. Il pourrait se débrouiller pour trouver quelques solides planches de bois dans les décombres. Mais le gouvernement n'autorise plus que l'on construise à proximité de la mer. Il faut respecter une distance de sécurité mais personne ne sait laquelle. 50 mètres ? 100 mètres ? 300 mètres ? Les autorités tardent à décider. En attendant, il est dans un camp provisoire et il s'ennuie. Il louerait bien un bateau pour pêcher mais à quoi bon ? Aujourd'hui plus personne n'achète de poisson. Les gens disent qu'ils ont dévoré les cadavres que la vague a emporté. Ça passera, il le sait, il connaît l'être humain mais que faire maintenant ? De toute façon, la seule chose qu'il sait faire, c'est pêcher. Des rumeurs affirment que le gouvernement va leur octroyer des terrains à 3 kilomètres de la mer. Comment un marin pourrait-il vivre loin du rivage ? Comment ramènerait-il son poisson ? Qui surveillerait sa barque et ses filets ?

¹ Le 28 mars 2005.



Sud Sri Lanka, Janvier 2005 (Photo Evelyne Josse)

4. Les catastrophes épidémiques et pandémiques

Les épidémies¹ et les pandémies² mortelles sont des catastrophes susceptibles de paralyser tout un pays, voire un continent. Les menaces pour la santé publique entraînent des ruptures dans la circulation des biens et des personnes, la fermeture des établissements scolaires et des lieux publics, la mise en quarantaine des malades et des cas suspects, etc. Il suffit pour s'en convaincre de se rappeler de la pneumonie atypique survenue en 2003 (SARS³).

4.1. Les facteurs de risque, intrications de facteurs naturels et humains

Les facteurs susceptibles de favoriser une épidémie ou une pandémie sont nombreux et de natures diverses.

¹ Une épidémie est le développement ou la propagation rapide d'une maladie infectieuse aux effets significatifs, le plus souvent par contagion, touchant simultanément un grand nombre de personnes.

² Une pandémie est une épidémie qui s'étend à la quasi-totalité d'une population d'un ou de plusieurs continents, voire dans certains cas de la planète.

³ Voir Infra.

Les caractéristiques propres à l'agent pathogène jouent évidemment un rôle déterminant : nouveauté du pathotype vis-à-vis duquel l'espèce humaine ne possède pas d'anticorps, contagiosité inter-humaine importante, virulence, capacité à muter rapidement, existence de porteurs asymptomatiques non détectables mais contagieux, etc.

Les facteurs naturels contribuent eux aussi au risque de propagation des bactéries et des virus (facteurs saisonniers tels que les saisons des pluies, variations climatiques¹, catastrophes naturelles).

Les facteurs humains

Cependant, bien que d'origine naturelle, l'apparition et surtout l'extension des infections bactériennes et virales² sont en grande partie marquées par la responsabilité humaine. Citons par exemple **les facteurs socio-environnementaux** et notamment le rapport que l'homme entretient avec son environnement. Par exemple, la déforestation, l'urbanisation³, la pollution, la construction de digues, l'introduction dans une région d'espèces animales non-indigènes, la promiscuité avec les animaux d'élevage, l'explosion démographique⁴, etc. favorisent l'éclosion et la propagation des germes pathogènes.

Certains facteurs sont liés au stade de **développement** des pays où le virus apparaît. L'Afrique, par exemple, cumule pauvreté, sous-développement, conflits armés⁵, déficit d'infrastructures médicales et d'expertise, manque d'accès aux soins, etc., tous facteurs favorisant l'expansion d'infections.

Toutefois, c'est le plus souvent une **conjonction d'attitudes et de réactions locales et globales, individuelles et collectives** qui va juguler ou, au contraire, activer une menace épidémique. A ce titre, les stratégies de détection et de lutte⁶ contre l'épidémie sont déterminantes. Certains facteurs sont dépendants de comportements humains relativement imprévisibles tels que ceux des décideurs, des industries pharmaceutiques, des gestionnaires de crise, des services publics, des entreprises, du public, etc. Pour préserver des intérêts économiques (commerciaux, notamment⁷) ou politiques, les multinationales, les autorités

¹ La sécheresse et les inondations favorisent la prolifération de certains agents pathogènes.

² notamment des maladies émergentes (voir Infra).

³ Par exemple, la déforestation et l'urbanisation ont intensifié les contacts des populations humaines avec les moustiques et donc avec le virus dont ils sont porteurs (paludisme, fièvre jaune, chikungunya, etc.).

⁴ Elle promeut notamment les épidémies de choléra. Celles-ci sont favorisées par une insuffisance de l'hygiène et de l'assainissement, au manque d'eau potable et à la promiscuité.

⁵ Les conflits provoquent la désorganisation des systèmes de santé et favorisent la multiplication des cas.

⁶ Entre autres facteurs défavorables : l'inexistence ou la carence de traitement ou de vaccin, une monothérapie (par exemple, un seul antiviral disponible pour un virus qui mute facilement), une faible réactivité, une préparation insuffisante.

⁷ Les enjeux économiques liés à une pandémie sont colossaux. Par exemple, à cause de l'épidémie du SARS de nombreux contrats industriels et commerciaux n'ont pu être conclus, en raison de l'annulation des voyages vers l'Asie.

locales ou nationales¹ peuvent garder secrètes des informations d'intérêt général (retour d'expérience, alerte non diffusée).

4.2. Quelques portraits de Serial killers

Le présent chapitre décrit quelques unes des maladies les plus fréquemment à l'origine d'épidémies. Il n'est nullement exhaustif.

4.2.1. Les maladies anciennes

Le choléra est une toxi-infection entérique contagieuse due à une bactérie, le vibron cholérique, caractérisée par des diarrhées. L'homme est le principal vecteur de la maladie. L'eau contaminée (par les microbes ou par des matières fécales) et le contact direct des aliments avec des selles (excrétées par des personnes malades ou par des porteurs sains) sont des facteurs majeurs de transmission. La prise en charge consiste à réhydrater rapidement les malades et à leur administrer des antibiotiques. En l'absence de soins, la forme majeure est fatale² dans plus de la moitié des cas. Il existe des vaccins anticholériques mais offrant une protection variable selon les sérotypes. En 1503, la maladie était déjà connue. Un officier de Vasco de Gama en rapporte une description précise. Le choléra a été la première maladie pestilentielle à faire l'objet, dès le 19^{ème} siècle, d'une surveillance internationale.

La dysenterie est une maladie infectieuse du côlon. Elle peut être provoquée par des produits chimiques irritants, des bactéries, des protozoaires ou des vers parasites. Les deux formes les plus importantes sont la shigellose, causée par la bactérie *Shigella* et la dysenterie amibienne, causée par l'amibe *Entamoeba histolytica*. Ces infections sont très anciennes. On sait, par exemple, que le roi des Francs, Dagobert 1^{er} y a succombé en 639.

La fièvre jaune est due au virus Amaril appartenant au groupe des flavivirus et transmis par les moustiques *Aedes*, *Haemagogus* et *Sabethes*. La maladie doit son qualificatif « jaune » aux ictères (« jaunisses ») présentés par certains malades. Un vaccin est disponible mais il n'existe pas de traitement curatif spécifique. Des soins appropriés sont dispensés aux malades (réhydratation, traitements des surinfections, etc.). Cette maladie est déjà décrite dans des documents vieux de 400 ans.

Le paludisme (malaria). Le parasite responsable du paludisme est un protozoaire, le plasmodium dont il existe plusieurs espèces. Le *Falciparum* provoque la forme la plus grave de la maladie³. Il existe des traitements antipaludéens prophylactiques et curatifs mais leur efficacité s'amenuise. Le prix élevé des ACT⁴, seul traitement pour lequel aucune résistance n'est répertoriée à ce jour, les rend inaccessibles à de nombreux pays en voie de développement. Selon les études, le paludisme contamine chaque année 300 à 660 millions de personnes et en tue entre 1,5 et 2,7 millions. En Afrique sub-saharienne, il représente la

¹ L'épidémie du SARS l'a illustré. Les autorités chinoises n'ont pas pris suffisamment rapidement les mesures de sécurité très strictes comme la mise en quarantaine des cas probables et n'ont pas fourni l'information adéquate à la population.

² Le décès intervient dans les quelques heures à trois jours.

³ Il peut tuer en quelques heures.

⁴ Artemisinin-based combination therapy, combinaisons à base d'artémisinine

première cause de morbidité et de mortalité. Dès l'antiquité, les Veda (Inde) font état des fièvres paludiques. Au 5^{ème} siècle avant J.C, des médecins les imputent déjà aux piqûres de moustique. La cause de la maladie a été découverte le 6 novembre 1880 à l'hôpital militaire de Constantine (Algérie) par un médecin de l'armée française, Alphonse Laveran. En 1897, le médecin anglais Ronald Ross prouva que les moustiques sont effectivement les vecteurs de la malaria.

La méningite. La bactérie responsable des méningite épidémique est le méningocoque *Neisseria meningitidis*. Elle est à l'origine des épidémies de « la ceinture africaine de la méningite » allant de l'Ethiopie jusqu'au Sénégal. En dehors de l'Afrique, seule la Mongolie a signalé ces dernières années (1994-1995) une grande épidémie. Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée. La transmission se fait par contact direct, incluant les projections de gouttelettes en suspension dans l'air provenant des voies respiratoires des personnes infectées (nez et gorge). La méningococcie a été décrite pour la première fois en 1805 à l'occasion d'une flambée qui a sévi à Genève (Suisse). L'agent responsable (le méningocoque) a été identifié en 1887.

La rougeole est une infection éruptive aiguë due à un paramyxovirus, le Morbillivirus, atteignant essentiellement les enfants. Elle est l'une des maladies les plus contagieuses. La contamination s'effectue par la propulsion des gouttelettes de salive en suspension dans l'air (projetées par la toux et les éternuements des malades), par le contact rapproché entre personnes ou par le contact direct avec des sécrétions nasales ou laryngées des sujets infectés. Généralement, les malades meurent des complications de la maladie. Des épidémies de rougeole continuent de tuer¹ dans les pays non-occidentaux. Il existe pourtant un vaccin efficace mais les campagnes de vaccination sont inexistantes ou inopérantes dans de nombreuses régions du monde. Une prise en charge clinique appropriée permet d'éviter les complications potentiellement mortelles (soutien nutritionnel, réhydratation, antibiothérapie, etc.). En Europe, les dernières épidémies sévirent au 19^{ème} siècle.

4.2.2. Les maladies émergentes

On appelle « maladies infectieuses émergentes », les infections nouvellement identifiées. Une grande partie d'entre elles sont causées par des virus, principalement par des virus ARN (comme l'est celui de la grippe).

Parmi les infections récemment recensées, une trentaine sont susceptibles de causer une pandémie à l'avenir. Parmi elles, citons Ebola, la maladie de Lyme, le Virus West Nile, la grippe aviaire, la légionellose, Creutzfeldt-Jakob, le CWD, le SRAS, le Chikungunya, le SIDA.

Toutes ne font cependant pas l'objet d'un afflux massif de patients dans un délai de temps très court exigeant une prise en charge immédiate. Par exemple, si la pandémie du SIDA représente bel et bien un risque pour la santé publique mondiale et nécessite la prise de mesures fondamentales, elle ne peut être comparée à l'épidémie du SARS². Je me bornerai à présenter ici quelques maladies dont le mode de transmission, la contagiosité et la virulence, en font une menace immédiate et saturent quasi instantanément les capacités de prise en charge des structures régionales et nationales.

¹ De 500.000 à un million de personnes par an.

² La pandémie du SIDA est sans aucun doute une catastrophe humanitaire mais dont les enjeux dépassent le cadre du présent article.

Ebola doit son nom à une rivière du Congo. Le virus a été identifié près de ses berges à l'hôpital de Yambuku dans la région de l'Équateur. Le virus responsable est un filovirus. La première flambée épidémique est survenue en 1976 en Afrique. Depuis, il sévit par petites épidémies sporadiques. A ce jour, il n'existe, aucun traitement ni vaccin spécifique contre l'infection. Les soins se limitent au traitement symptomatique et à la réhydratation.

La fièvre hémorragique de Marbourg est provoquée par le virus de Marbourg proche du virus Ebola. Il appartient lui aussi à la famille des filovirus. Cette infection a été identifiée pour la première fois en 1967 en Allemagne et en Yougoslavie sur du personnel de laboratoire en contact avec un singe vert en provenance d'Angola. La transmission se fait par le contact direct avec le sang, les sécrétions, les viscères, le sperme, etc. des sujets infectés. Le matériel médical contaminé est à l'origine de nombreuses infections nosocomiales. Il n'existe ni vaccin, ni médication spécifique ; le traitement est purement symptomatique (maintien de la fonction rénale et de l'équilibre électrolytique, lutte contre l'état de choc et les hémorragies, etc.). L'issue est rapidement fatale, la plupart des décès se produisant dans les 3 à 7 jours suivant l'apparition des symptômes.

Le SARS. En 2003, quelques cas de pneumopathie survenus en Chine se transforment en menace planétaire. En très peu de temps, du fait de sa transmission par voie aérienne, la maladie se propage très vite et touche un grand nombre de personnes dans de nombreux pays. On baptisera cette nouvelle forme de pneumopathie virulente « SARS » (acronyme de Severe Acute Respiratory Syndrome) ou bien encore « pneumonie atypique ». Grâce à une mobilisation internationale sans précédent, motivée par l'alerte mondiale déclenchée le 12 mars 2003 par l'OMS, l'épidémie a pu être endiguée par des mesures d'isolement et de quarantaine.

Le Chikungunya (CHIK) est une maladie virale due à un arbovirus, le Chikungunya, transmis par les moustiques *Aedes*¹. En réalité, le CHIK n'est pas une maladie nouvelle. Le virus a été isolé pour la première fois en 1952 lors d'une épidémie de fièvre au Tanganyika (actuelle Tanzanie). Des épidémies antérieures à 1952 ont pu être identifiées rétrospectivement à la lumière des connaissances nouvellement acquises. Depuis le 18^{ième} siècle, certaines épidémies de Chikungunya auraient été erronément attribuées au virus de la dengue. Depuis 1952, le virus a continué à évoluer sur un mode épidémique dans les continents africain et asiatique. Depuis 2005, elle affecte aussi les îles de l'Océan Indien, touchant début 2005 les Comores, Mayotte et l'île Maurice, puis l'île de la Réunion où sévit actuellement une épidémie sans précédent. Le CHIK est classé dans les maladies émergentes du fait de l'ampleur nouvelle de ce phénomène viral. Il n'existe ni médication spécifique ni vaccin et le traitement est purement symptomatique (antipyrétique, antidouleur). Le virus n'est pas mortel mais les fièvres liées à la chaleur peuvent provoquer une hyperthermie importante susceptibles de causer des dommages cérébraux et entraîner la mort.

4.2.3. Un suspect sous haute surveillance

La grippe aviaire (naguère nommée **peste aviaire**) désigne une maladie virale rencontrée chez les oiseaux. Elle est causée par le virus Influenza A (H5N1). Ce virus grippal a été isolé pour la première fois chez l'homme en 1997. Actuellement, la transmission se fait des volatiles

¹ Les différentes espèces de moustiques *Aedes* sont également impliquées dans la transmission d'autres arbovirus : dengue, fièvre dengue hémorragique (DHF), fièvre jaune.

à hommes. L’OMS¹ craint que le virus ne mute et qu’il puisse se transmettre directement entre humains. Si elle « s’humanisait », la panzootie² pourrait évoluer en pandémie susceptible de tuer jusqu’à 100 millions de personnes parmi plusieurs milliards de malades. La menace de la grippe aviaire n’est pas sans rappeler l’épidémie de grippe espagnole³ de 1918, la plus mortelle de tous les temps. En vingt mois, elle a tué 30 à 50 millions de personnes (100 millions, selon des estimations plus récentes), bien plus que la première guerre mondiale qui vient alors de s’achever.

4.3. Les facteurs traumatisants

Voici les différents **facteurs traumatisants** pouvant intervenir seuls ou cumulés :

- ⇒ avoir été contaminé
- ⇒ souffrir ou avoir souffert de douleurs importantes⁴
- ⇒ avoir été en contact avec une personne contaminée
- ⇒ avoir encouru des risques en participant aux soins des victimes ou au déplacement des cadavres
- ⇒ craindre d’être infecté et être en situation d’attente dramatique concernant son statut sérologique ou celui d’un proche
- ⇒ avoir perdu des proches
- ⇒ en cas d’infection ou de suspicion d’infection, craindre d’avoir transmis ou de transmettre la maladie
- ⇒ être mis en quarantaine
- ⇒ être en situation d’attente dramatique concernant l’arrivée de vaccins, des médicaments adéquates et autres secours médicaux
- ⇒ être en situation d’attente dramatique concernant un proche contaminé
- ⇒ être en situation d’attente par rapport aux exhumations des proches
- ⇒ n’avoir pas pu assister aux funérailles⁵ de proches décédés pour des raisons de contagion et n’avoir pu procéder aux rituels traditionnels
- ⇒ avoir été confronté à la vision de personnes décédées, parfois en masse

¹ Organisation Mondiale de la Santé

² Un épizootie est une zoonose (maladie animale qui se transmet de l’animal à l’homme) qui a évolué en épidémie frappant une espèce ou un groupe d’espèces animales. Si l’épizootie touche un ou plusieurs continents, on parle de panzootie

³ La grippe aviaire et la grippe espagnole sont toutes deux causées par des virus Influenza connu pour muter rapidement et être très contagieux.

⁴ Les agents pathogènes à l’origine des épidémies causent généralement des douleurs physiques majeures (douleurs abdominales, musculaires, céphalées, etc.).

⁵ La contamination durant les soins funéraires est un mode commun de transmission de certaines maladies.

Dans les épidémies et les pandémies, les **facteurs** qui génèrent le traumatisme sont :

- la menace de mort
- la souffrance
- l'attente anxieuse
- le spectacle de la mort d'autrui
- le spectacle de la souffrance d'autrui

4.4. Quelques témoignages

Monsieur N'Guyen, une détresse à couper le souffle

Monsieur N'Guyen réside en Europe depuis de nombreuses années. Il revient régulièrement au Vietnam, son pays natal, pour rendre visite aux membres de sa famille. C'est son oncle qui sans le savoir lui a transmis le SARS. Lorsque je le rencontre pour la première fois à l'hôpital de Bach Mai à Hanoi, il est aux soins intensifs sous respirateur artificiel. Son état va progressivement s'améliorer au cours du temps. Lorsque son souffle le lui permettra, chaque jour durant deux semaines, il se livrera. Dans les moments les plus pénibles, je serai sa seule confidente. Longtemps, en effet, il refusera les visites et les contacts téléphoniques avec ses enfants, sa famille et ses amis. Dans la culture vietnamienne, on évite d'importuner son entourage avec ses ennuis ; on se tait jusqu'à ce qu'on puisse annoncer de bonnes nouvelles. Il communiquera donc avec l'Européenne que je suis selon des codes occidentaux qu'il partage également. Il m'exprimera son chagrin suite au décès de son oncle et de deux de ses amis intimes, tous trois décédés du SARS. Il me parlera de son sentiment de culpabilité d'être bien involontairement à l'origine de l'infection qui frappe son épouse et sa cousine. Il dira aussi sa souffrance de plonger ses proches dans l'inquiétude. Il me fera part de ses peurs et de ses angoisses : peur de mourir, peur que sa cousine dont l'état est critique ne succombe au virus, peur d'infecter des malades souffrant d'une affection autre que le SARS, peur de sur-infecter ses compagnons d'infortune comme lui atteint de pneumopathie atypique, peur de réinfecter des patients guéris lors de leurs visites de contrôle, peur que sa famille ne soit rejetée par les voisins à cause du risque de contamination, etc.. Il racontera aussi l'ennui des longues journées, forcé à l'inactivité dans un environnement pauvre en distraction.

Monsieur Tran à bout de souffle

Monsieur Tran est originaire de la région de Ninh Binh. Ses deux filles, atteintes du SARS, ont été amenées de leur lointaine province pour recevoir les soins adéquats à l'hôpital public d'Hanoi. Il passe la journée à l'hôpital pour s'occuper d'elles¹. Monsieur Tran est donc un « accompagnant ». Sa plus grande crainte, c'est évidemment que ses filles ne meurent. Ses inquiétudes le tenaillent et l'empêchent de dormir. De toute façon, l'ameublement spartiate de l'hôpital ne se prête pas au repos. Dans la chambre, il n'y a même pas un siège pour s'asseoir. La nuit, il reste dans sa voiture, ses moyens financiers ne l'autorisant pas à louer une chambre. Il aimerait rentrer quelques jours dans son foyer pour rendre visite à sa famille mais il craint d'être infectieux et de contaminer son épouse et ses autres enfants. De plus, une équipe de

¹ Au Vietnam, comme dans de nombreux pays non-occidentaux, il est de la responsabilité des familles de prendre en charge l'hygiène et la nourriture des malades.

télévision est venue filmer le service hospitalier sans demander l'accord ni des patients ni de leurs accompagnants. Monsieur Tran est très inquiet. S'il passe à l'écran, il court le risque d'être reconnu par de nombreux concitoyens, avec les conséquences funestes que cela pourrait entraîner (rejet, isolement social, etc.). En outre, il est propriétaire d'un petit débit de boissons. Devoir suspendre ses activités professionnelles fragilise déjà ses affaires mais si les clients venaient à fuir son établissement, il risquerait de perdre tout ce qu'il a eu si difficile à construire.



Vietnam, Hanoi, hôpital Bach Mai, avril 2003 (Photo Justin)

Les groupes et les personnes à risque dans les contextes de crise humanitaires

Même si l'ensemble de la population est touchée, certains groupes et certaines personnes sont plus vulnérables.

1. Les groupes vulnérables

Les groupes vulnérables sont :

- ⇒ les personnes âgées¹
- ⇒ les enfants, particulièrement les enfants non accompagnés (orphelins, séparés accidentellement de leur famille lors des mouvements de population ou délibérément abandonnés)

¹ Les personnes âgées nécessitant une attention particulière dans les situations d'urgence sont celles :

- qui sont séparées de leur famille
- qui ont perdu un être cher (décès, disparition, séparation temporaire due à la fuite ou à la relocation dans des camps différents)
- qui ont connu des événements traumatiques graves (blessures, viol, menaces, etc.)
- qui ont subi des pertes matérielles importantes
- dont l'état de santé physique et mental est mauvais (handicap, maladie, dépression, confusion, démence, trouble de la mémoire). Les handicaps physiques (problèmes locomoteurs réduisant la mobilité, surdité, cécité, etc.), les maladies et les handicaps mentaux peuvent diminuer leur capacité à évacuer, à évaluer la dangerosité des situations, à prendre les mesures nécessaires pour se protéger et à demander de l'assistance. Par ailleurs, certaines personnes peuvent opposer beaucoup de résistance lors d'une évacuation du fait qu'elles sont attachées au milieu qui leur est familier, qu'elles se méfient des étrangers, etc.
- qui connaissaient de graves problèmes (de quelque nature que ce soit) préalablement à l'événement critique
- qui bénéficient de peu de soutien social. Les personnes âgées qui vivent seules ou qui sont socialement isolées peuvent se trouver en dehors des réseaux d'alerte et d'assistance (parents, voisins, amis, secours, aide humanitaire, etc.)
- dont la situation financière est précaire (pauvreté extrême fragilisant les individus, malnutrition, état de santé précaire, etc.)

- ⇒ les femmes, particulièrement les veuves (par exemple, dans les camps, elles sont plus exposées aux abus sexuels et aux viols et peuvent être victimes de discriminations qui limitent leur accès aux ressources notamment alimentaires)
- ⇒ les handicapés physiques et mentaux, les malades
- ⇒ les minorités ethniques, politiques ou religieuses

2. Les familles à risque

Dans les situations d'urgence, certaines familles sont également particulièrement vulnérables, à savoir les familles :

- ⇒ endeuillées
- ⇒ profondément déracinées
- ⇒ monoparentales, particulièrement celles avec des enfants très jeunes
- ⇒ nombreuses
- ⇒ ayant en charge des enfants qu'elles ont recueillis
- ⇒ en situation de grande précarité avant l'événement traumatique

3. Les personnes à risque

Les personnes qui devraient bénéficier d'une plus grande vigilance sont les suivantes :

- ⇒ celles qui ont souffert directement de situations violentes
- ⇒ celles qui ont perdu des membres de leur famille
- ⇒ celles qui ont présenté antérieurement des troubles psychologiques ou psychiatriques
- ⇒ celles qui ont souffert d'événements traumatisants répétés, prolongés ou extrêmement intenses (viol, torture, etc.)
- ⇒ celles qui ont subi des pertes matérielles importantes
- ⇒ celles qui manquent de support social (notamment les veuves)
- ⇒ les personnes issues des villes et réfugiées dans une région rurale et inversement

Bibliographie

Aaerts G. H. P., « Guidelines for programmes. Psychosocial and mental health care. Assistance in (post) disaster and conflict areas. Draft », Utrecht, Netherlands Institute for Care and Welfare.

Abdallah S., Burnham G., « Public Health Guide for Emergencies », The Johns Hopkins and Red Cross / Red Crescent. Learn Ware International Corporation, Baltimore, Maryland, USA

Agger I., Mimica J. (1996), « Psycho-social assistance to victims of war in Bosnia-Herzegovina and Croatia. An evaluation », European Community Humanitarian Office (ECHO) & European Community Task Force (ECTF)

American Psychiatric Association (1980), « DSM III” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) , Washington D.C. American Psychiatric Press

American Psychiatric Association (1994), « DSM IV” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) , Washington D.C. American Psychiatric Press

American Red Cross (1999), « Symposium Report : Psychosocial Effects of Complex Emergencies”, Washington, D.C.

Audet J., Katz J.-F.(1999), « Précis de victimologie générale », Paris, DUNOD.

Crocq L.(1999), « Les traumatismes psychiques de guerre », Paris, Editions Odile Jacob.

Baubet T., Le Roch K., Bitar D., Moro M.R. (2003), « Soigner malgré tout », Tome 1 « Trauma, cultures et soins », France, Bibliothèque de l'Autre, Collection « Pratiques de la psychiatrie en situation humanitaire », La pensée Sauvage.

Bellone M., Ducrocq F., Vaiva G., Cttencin O., Lalaux N. (2002), « La psychiatrie, l'humanitaire et le volontaire », Revue francophone du Stress et du Trauma, 2002 ; 2 (1) : 7-12

Berclaz M. (2002), « Manuel pratique et théorique de psychologie d'urgence et d'aide aux personnes victimes », Service de Formations Spécialisées, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Cario R., « La victime : définition(s) et enjeux », http://www.enm.justice.fr/Centre_de_ressources/dossiers_reflexions/oeuvre_justice/definition.htm

CICR (2002), « Les femmes face à la guerre », Division de la doctrine et de la coopération au sein du Mouvement, Genève

Desai N., Gupta D., Joshi P.C., Lal M., Kumar A. (2001), « Mental health service needs and service delivery models in the disaster (earthquake) affected population in Gujarat : a pilot phase study », Delhi, institute of Human Behaviour & Allied Sciences (IHBAS)

- Doray B., Louzoun C. (sous la dir. De) (1997), « Les traumatismes dans le psychisme et la culture », Toulouse, ERES, collection Etudes, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe
- Dubois V., Guha-Sapir D., De Clercq M., « Psychiatrie humanitaire et traumatisme de guerre. Analyse critique et recommandations pour les projets de santé mentale ». Revue francophone du Stress et du Trauma., 2000 – tome 1 – n°1.
- Freud S. (1920), « Au delà du principe du plaisir », Nouvelle éd. 1971, Paris, Petite bibliothèque Payot.
- Genon J-C., Massart M., Pennewaert D. (1997), « Le trauma. Conséquences et traitements », Neuilly-Plaisance, Editions BERNET-DANILO, collection ESSENTIALIS
- Herman, J. (1997) “Trauma and recovery : The aftermath of violence from domestic abuse to political terror”, New York, Basic Books.
- Hindlet J-Y. (1997), « Les états de stress post-traumatiques », Médi Sphère
- Huguenard P. (sous la dir. De) (1996), « Traité Catastrophes. De la stratégie d'intervention à la prise en charge médicale », Paris, Elsevier, Encyclopédie Médico chirurgicale
- Isaacs S., Brown S.C., Thoulness P.H. (1941), “The Cambridge evacuation survey”, London Methuen
- Lebigot F. (2001), « Le débriefing collectif », Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2001 ; 1 (3) : 137-141
- Lopez G. (1998), « Victimologie », Editions Dalloz
- Lopez G., Sabouraud-Seguin A. (1998), « Psychothérapie des victimes », Paris, DUNOD
- Macher, J-P., « Dialogues in clinical neurosciences, Posttraumatic Stress Disorder », Vol.2, N°1, 2000, <http://www.dialogues-cns.org/brochures/04/pdf/04.pdf>
- Maquéda F. (sous la dir. De) (1999), « Traumatismes de guerre. Actualités cliniques et humanitaires », Revigny-sur-Ornain, Editions Hommes et Perspectives
- Médecins Sans Frontières (1997), « Refugee Health. An approach to emergency situations », MSF, London.
- Métraux J.-C., « Aux temps de la survie, le droit au silence », Revue médicale de la Suisse Romande, 117, 419-423, 1997
- Moro M-R., Lebovici S.(sous la dir. De) (1995), « Psychiatrie humanitaire en ex.-Yougoslavie et en Arménie . Face au traumatisme », Paris, Presses Universitaires de Canada, collection Monographies de la Psychiatrie de l'enfant.
- NOHA (Network Of Humanitarian Assistance) (1998), « Psychology in humanitarian assistance » vol.7, European Communities.

- Prieto N., Vignat J-P., Weber E.(2002), « Les troubles traumatiques précoces », Revue Francophone du Stress et du Trauma », 2002 ; 2 (1) : 39-40
- Sadlier K. (2001), « L'état de stress post-traumatique chez l'enfant », Paris, Presses Universitaires de Canada, collection MEDECINE ET SOCIETE.
- Santé et Bien-être social Canada (1990), « Services personnels. Planification psychosociale en cas de sinistres », Ministre des Approvisionnements et Services Canada
- Save the Children (1998), « Promouvoir le bien-être psychosocial des enfants affectés par la guerre et des enfants dépalcés. Principes et approches. », Genève, L'Alliance Internationale Save the Children.
- Sironi F. (1999), « Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture », Paris, Editions Odile Jacob.
- Solomon E.P. and Heide K.M., « Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma », Int J Offender Ther Comp Criminol.1999; 43: 202-210
- Terr L.C. "Childhood traumas : an outline and overview". Am. J. Psychiatry, 1991 ; 148 : 10-20
- UNHCR (1994), « Refugee Children : Guidelines on Protection and Care », Geneva.
- UNHCR (1995), « Sexual Violence against Refugees. Guidelines on Prevention and Response », Geneva.
- UNHCR (2001), « Prevention and Response to Sexual and Gender-Based Violence in Refugee Situations, Geneva.
- UNHCR (2003), "Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons", Geneva.
- World Health Organization (1996), « Mental health of refugees", Geneva, WHO Publication.
- Young B., Ford J., Rusek J., Friedman M., Gudman F. « Disaster Mental Health Services. A guidebook for clinicians and administrators », Department of Veteran Affairs, The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, California (on line)

L'auteur

Evelyne Josse est psychologue diplômée de l'Université Libre de Bruxelles. Elle est formée à l'hypnothérapie éricksonnienne, à l'EMDR et à la thérapie brève.

Elle exerce en qualité d'expert en hypnose judiciaire auprès de la Justice belge et pratique en tant que psychothérapeute en privé. Elle est également consultante en psychologie humanitaire.

Elle a travaillé pour différentes ONG dont « Partage avec les enfants du Tiers Monde », « Avenir des Peuples des Forêts Tropicales », « Médecins Sans Frontières-Belgique » et « Médecins Sans Frontières-Suisse.

Passionnée d'ULM 3 axes (type avion), elle a mis sur pied avec Thierry Moreau de Melen, un ami pilote, le programme ASAB (Anti Stress Aéronautique Brussels).

Auparavant, elle a également travaillé pour Médecins Sans Frontières-Belgique. Elle a exercé dans des hôpitaux universitaires auprès d'adultes atteints du VIH/SIDA et auprès des enfants malades du cancer. Elle a également été assistante en faculté de Psychologie à l'Université Libre de Bruxelles.

D'autres articles on-line du même auteur sont disponibles :

Traumatisme psychique et maladie grave

Sur <http://www.resilience.netfirms.com> :

- Le développement des syndromes psychotraumatiques. Quels sont les facteurs de risques ?
- Victimes, une épopée conceptuelle. Première partie : définitions
- Métaphore et Traumatisme psychique
- Le vécu de l'enfant atteint d'une maladie cancéreuse. Diagnostic et première hospitalisation
- Le vécu des parents d'un enfant malade du cancer
- La torture de masse. Le cas de l'ex-Yougoslavie
- Accueillir et soutenir les victimes de violences sexuelles. Approche orientée vers la solution
- Les violences sexuelles. Définitions d'un concept multiforme
- Déceler les violences faites aux femmes
- Les violences sexospécifiques à l'égard des enfants
- Causes et facteurs de risque des violences sexospécifiques et sexuelles exercées contre les enfants
- Les violences sexospécifiques et sexuelles à l'égard des hommes

Stress et traumatisme du personnel expatrié

Sur <http://www.psychologiehumanitaire.netfirms.com> :

- Les expatriés dans la tourmente. Le stress humanitaire
- Les expatriés à l'épreuve des séismes
- Le soutien psychosocial des équipes humanitaires. De l'incident critique à la prise de décision
- Le soutien psychosocial immédiat et post-immédiat des expatriés affectés par un incident critique
- Le débriefing du personnel humanitaire affecté par un incident critique
- Le débriefing psychologique dans un cadre professionnel
- Comment faire? Le débriefing psychologique des expatriés affectés par un incident critique
- Comment gérer le stress dépassé lié à l'expatriation ?
- Comment gérer le stress traumatique survenant dans le cadre d'une expatriation ?

Problématiques humanitaires

Sur <http://www.psychologiehumanitaire.netfirms.com> :

- Guide pour un assésment rapide des besoins psychosociaux et en santé mentale des populations affectées par une catastrophe naturelle
- Le traumatisme dans les catastrophes humanitaires
- Reconstruire le quotidien après un traumatisme collectif. Éloge du quotidien, de la routine, des rites et des rituels
- Les enfants des rues. L'enfer du décor
- Violences sexuelles et conflits armés en Afrique

Hypnose

Sur <http://www.resilience.netfirms.com> :

- Idées fausses circulant au sujet de l'hypnose
- Quels sont les indices d'une transe hypnotique ?
- Comment se déroule une thérapie par hypnose ?

- L'hypnose. Les réponses à vos questions

Stress aéronautique

Sur <http://www.stressaeronautique.netfirms.com> :

- Stress aéronautique. Peur de voler, phobie de l'avion, panique à bord J'ai peur en avion ! : Première partie : c'est quoi le stress aéronautique ?
- J'ai peur en avion ! : Deuxième partie : j'ai peur du crash !
- J'ai peur en avion ! : Troisième partie : j'ai peur de la panne !
- J'ai peur en avion ! : Quatrième partie : j'ai peur des turbulences !
- J'ai peur en avion ! : Cinquième partie : j'ai peur que l'avion ne tombe !
- J'ai peur en avion ! : Sixième partie : j'ai peur de ne pas pouvoir supporter cette situation !
- J'ai peur en avion ! : Septième partie : conseils pour les voyageurs anxieux
- J'ai le mal de l'air !

Acouphènes

Sur <http://www.acouphenes.netfirms.com> :

- Les acouphènes. Traitement par l'hypnose
- Que peut apporter l'hypnose dans le traitement des acouphènes ?
- J'ai des bruits dans les oreilles

Divers

Sur <http://www.resilience.netfirms.com> :

- Familles en difficulté. Guide à l'intention du psychothérapeute orienté vers la solution
- Le stress. Quelques repères notionnels