



**HISTOIRES DE PSY, HISTOIRES DE SOINS
DIX ANS D'EXPÉRIENCE EN SANTÉ
MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS À ACF**





DÉCLARATION CONCERNANT LES DROITS D'AUTEUR

© Action contre la Faim – France

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source, sauf spécification contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc.) sont soumises à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Le présent document vise à promouvoir l'accès du public aux informations relatives à ses initiatives et aux politiques d'Action contre la Faim en général. Notre objectif est de diffuser des informations exactes et à jour à la date de création. Nous nous efforcerons de corriger les erreurs qui nous seront signalées. Toutefois, ACF n'assume aucune responsabilité quant aux informations que contient le présent document.

Ces informations :

- sont exclusivement de nature générale et ne visent pas la situation particulière d'une personne physique ou morale;
- ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour;
- renvoient parfois à des documents ou sites extérieurs sur lesquels ACF n'a aucun contrôle et pour lesquels ACF décline toute responsabilité;
- ne constituent pas de manière exhaustive un avis juridique;
- la présente clause de non-responsabilité n'a pas pour but de limiter la responsabilité d'ACF de manière contraire aux exigences posées dans les législations nationales applicables ou d'exclure sa responsabilité dans les cas où elle ne peut l'être en vertu des dites législations.

Photo de couverture: © Damien Guerchois - Somalie

REMERCIEMENTS

Contributeurs :

Joséphine Antoine-Milhomme, Alexandra Bataille, Brutus Bayard, Barbara Bobba, Mélanie Couvreur, Elaine Joyce Daumman, Egor Gavrilov, Charles Hunter, Jules Luckson, Valérie Piloti, Stephan Richard.

Auteurs principaux :

Cécile Bizouerne, Alexandra David, Elisabetta Dozio, Maud Rivière.

L'équipe en Santé Mentale et Pratiques de Soins d'ACF tient à remercier toutes les personnes qui ont aussi collaboré à la réalisation de ce livre de témoignages: les collègues au siège et sur le terrain, les équipes nationales, les bénéficiaires et leurs familles ainsi que Traducteurs Sans Frontières.

Nous tenons à remercier tout spécialement les bénéficiaires et leurs familles pour la confiance qu'ils nous ont accordée et pour ce qu'ils nous ont appris.

SIGLES ET ACRONYMES

ACF: Action Contre la Faim

AGR: Activités Génératrices de Revenus

CNT: Centre Nutritionnel Thérapeutique

CPM: Centre de Participation pour les Mères

EAH: Eau, Assainissement et Hygiène

ICDDR-B: International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh

MAS: Malnutrition Aiguë Sévère

MSF: Médecins Sans Frontières

ONG: Organisation Non Gouvernementale

SAME: Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence

SMPS: Santé Mentale et Pratiques de Soins

UNHCR: United Nations High Commissioner for Refugees



SOMMAIRE

Déclaration concernant les droits d'auteur	2
Clause de non-responsabilité	2
Remerciements	3
Sigles et Acronymes	3
Sommaire	4

1. INTRODUCTION 7

Au début des programmes... une demande du terrain	9
Conception de la santé mentale et des pratiques de soins dans les contextes d'intervention d'ACF	11
Le cadre conceptuel de la nutrition et de la malnutrition	11
La conception des pratiques de soins infantiles	12
L'intégration des actions en santé mentale et pratiques de soins dans le traitement et la prévention de la malnutrition	13
La préparation et la réponse aux urgences dans les situations de conflit, de catastrophe naturelle...	16

2. LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS EN AFGHANISTAN (2002-2008) 19

Contexte	20
Programmes	21
Récits et observations cliniques	24
<i>Arsallah ou comment unir deux lignées</i>	25
<i>L'infanticide par vengeance, les rêves brisés de Leila</i>	26
<i>Histoire de Leeka et Kasia: La fuite pour survivre</i>	29
Recherche et développement technique: l'exemple de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 6 mois	31

3. LES PROGRAMMES EN SANTE MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS AU BANGLADESH (2008-PRÉSENT) 35

Contexte	36
Programmes	38
<i>L'adoption et les difficultés à accueillir un nouvel enfant, ses besoins et ses ressentis</i>	41
<i>Quels soins possibles entre le rejet et l'angoisse de perte?</i>	42

4. LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS EN BIRMANIE (2006-PRÉSENT) 45

Contexte	46
Programmes	47
<i>Yaminn ou la recherche d'un imago parental</i>	50

<i>Rokha ou la recherche sans fin de réponses</i>	52
<i>Entretien avec Zawlal et Fozul, co-fondateurs du centre de prévention spontané</i>	54

5. LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS EN HAÏTI (2009-PRÉSENT) 57

Contexte et programmes	58
Le programme d'appui psychosocial dans les tentes d'accueil mères-bébés (2010-présent)	61
<i>L'histoire d'Elise: se retrouver brusquement chef de famille</i>	62
Programme de soutien holistique (économique et psychosocial) pour les jeunes filles mères aux Gonaïves (2010-2011)	66
<i>Comment recevoir en soi ce qui est bon quand on n'a jamais connu cela?</i>	68
Programme en santé mentale et pratiques de soins intégré au programme de traitement de la malnutrition (2008-présent)	70
<i>Robenson: le renforcement d'une relation père-fils</i>	70
Programme d'Accompagnement Familial aux Gonaïves (2011)	71
<i>Marie, une histoire de deuil</i>	73
<i>Johanne: de la perception de la fatalité à un contrôle positif sur sa vie</i>	74
Programme de soutien aux victimes du choléra (2010-présent)	76
<i>Histoire de Ritha: une reconstruction familiale</i>	77
Le programme de soutien aux personnes en détresse (2010-2011)	78

6. LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (2008-2010) 79

Contexte et programmes	80
<i>Quand à trop vouloir tenir, ce sont nos enfants qui s'écroulent</i>	82
Déficiences et angoisses de transmission	83
<i>Attachée pour protéger</i>	84

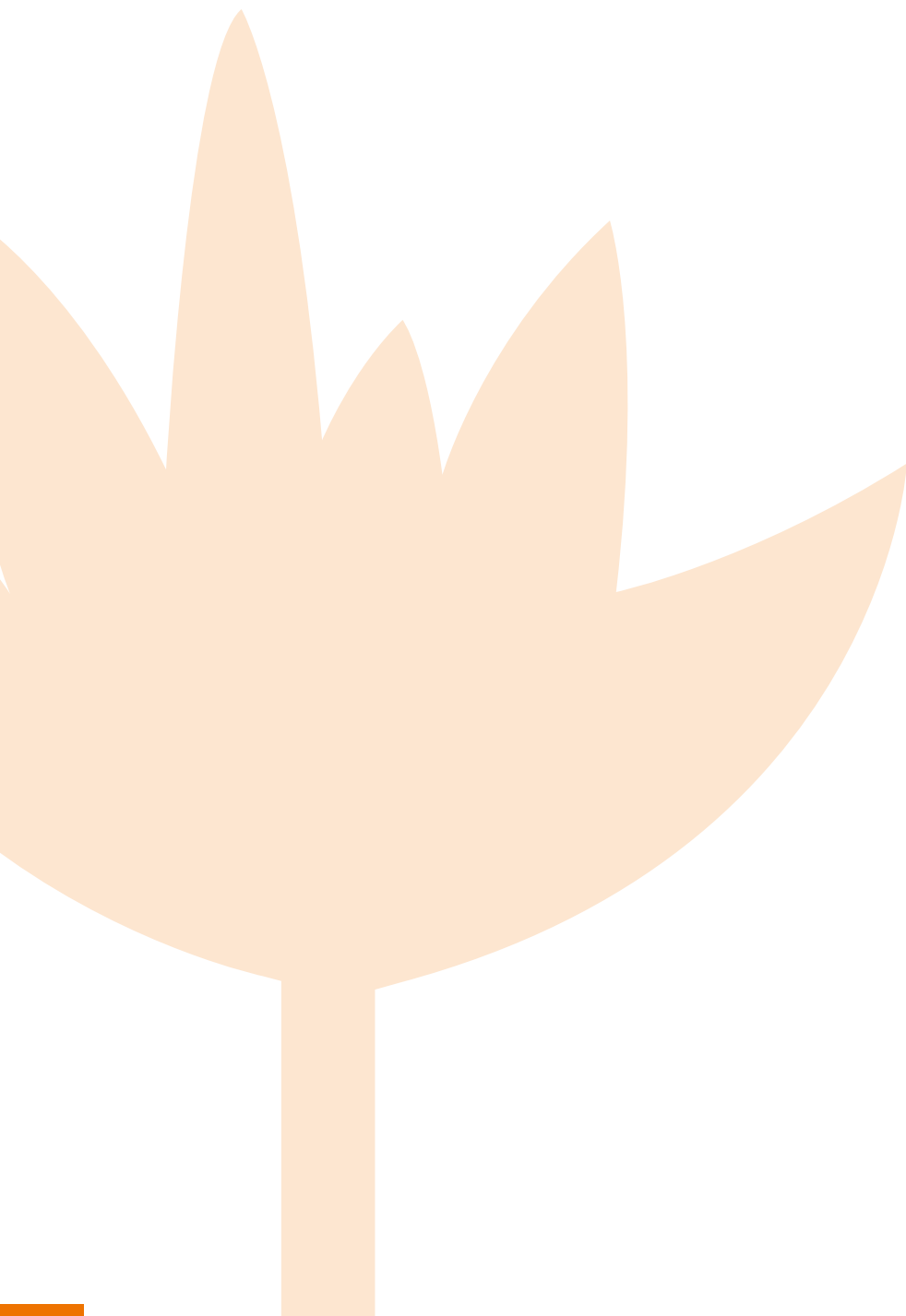
7. LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS AU SRI LANKA (2005-2007) 87

Contexte et programmes	88
<i>Histoire de Senuri: un enfant à la place de... Gihan</i>	91
<i>L'histoire de Madushani et l'importance des rituels autour de la naissance</i>	93
<i>La malédiction de Kumar. Histoire d'un suicide annoncé au Sri Lanka</i>	94

8. LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS AU TCHAD (2007-PRÉSENT) 103

Contexte et programmes	104
De l'intervention humanitaire vers l'humain - Perspectives transculturelles	106
<i>Abbakar ou la limite des soins traditionnels</i>	106

9. CONCLUSION 111



1 - INTRODUCTION

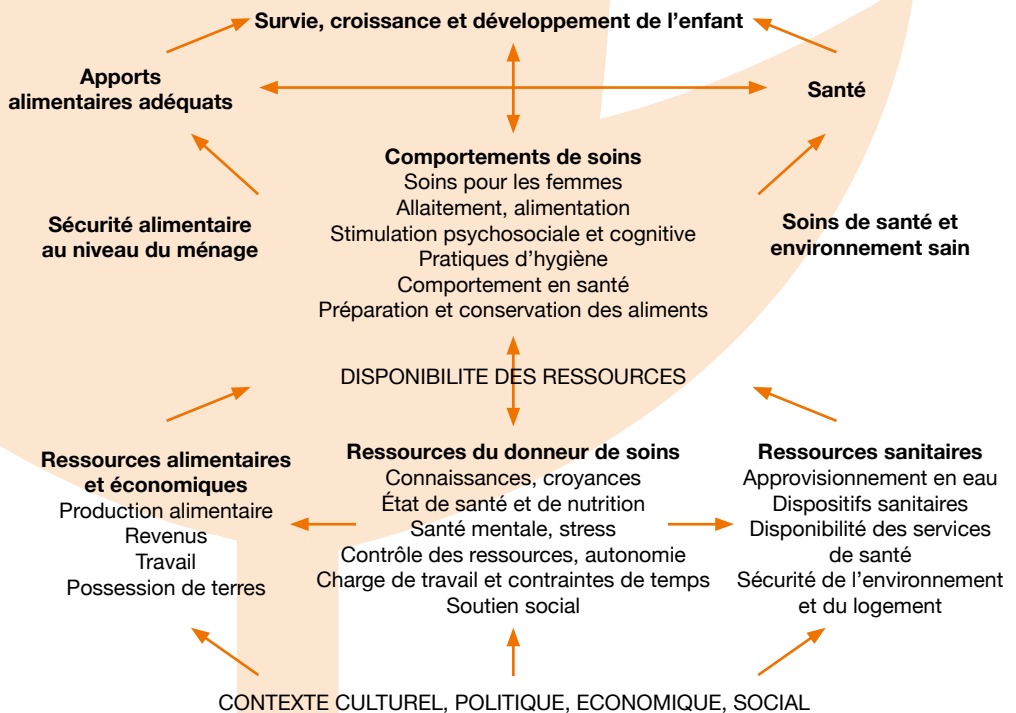


© Véronique Burger / Phantie - Libéria

La mission d'ACF consiste à sauver des vies en éradiquant la faim à travers la prévention, la détection et le traitement de la malnutrition, en particulier pendant et après des situations d'urgences au cours de conflit, de guerre et/ou de catastrophe naturelle. Depuis la crise jusqu'à la stabilité, ACF aborde les causes sous-jacentes de la malnutrition et ses effets. En intégrant ses programmes aux systèmes locaux et nationaux, en utilisant le plaidoyer et la recherche, ACF s'assure également que les interventions à court terme deviennent des solutions à long terme.

La stratégie technique globale d'ACF s'appuie sur le schéma des causes de la malnutrition adapté du modèle de soins étendu proposé en 1997 par l'UNICEF (voir figure 1) et prend en compte les causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales qui déterminent le statut nutritionnel des individus et des populations.

Figure 1 – Le modèle de soins étendu (Source: Engle, version française par Martin-Prével)



Plusieurs secteurs techniques Nutrition et Santé, Eau-Assainissement et Hygiène, Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence) collaborent pour répondre au mieux aux besoins spécifiques des populations dans un contexte donné et pour combattre la malnutrition de façon intégrée.

A partir de 2002, des actions en pratiques de soins infantiles et santé mentale (SMPS) ont été développées en lien avec les autres secteurs techniques existants, ou bien à travers des programmes fonctionnant indépendamment. La politique d'intervention d'ACF en pratiques de soins infantiles et santé mentale s'inscrit dans la stratégie globale d'ACF et contribue à lutter contre la faim.

AU DÉBUT DES PROGRAMMES... UNE DEMANDE DU TERRAIN

1999, Congo-Brazzaville: les équipes se trouvent démunies face à des personnes arrivant directement de la brousse où elles s'étaient réfugiées souvent pendant plusieurs jours ou semaines pour fuir les exactions. Accueillies dans les centres nutritionnels en raison de leur état de malnutrition sévère, un nombre important d'entre elles présentait des comportements de prostration, des envies suicidaires, certaines refusaient de prendre le traitement. D'autres enfin, se mettaient à raconter ce qu'elles avaient subi ou ce dont elles avaient été témoins. Face à cette situation, le traitement médico-nutritionnel n'était pas suffisant et il semblait primordial d'offrir quelque chose au-delà du traitement médico-nutritionnel. Mais quoi?

Au cours des années 2000/2001, une réflexion a été menée sur la façon dont ACF pouvait répondre à cette demande (recueil de témoignages/protection et/ou prise en charge psychologique des personnes traumatisées) et sur la manière dont des interventions visant à améliorer ou maintenir la santé mentale des bénéficiaires des programmes d'ACF pouvaient être développées.

Cette réflexion sur la prise en charge des populations souffrant de troubles psychologiques liés aux expériences très difficiles qu'elles ont vécues, s'est appuyée sur divers constats et expériences: la volonté d'ACF d'améliorer la qualité de ses services, l'expérience des programmes psycho-sociaux menés par différentes ONG en Europe de l'Est dans les années 90 ainsi qu'un questionnement sur l'ampleur des besoins des bénéficiaires au niveau psychologique. Elle a abouti à proposer le positionnement de la santé mentale et de la dimension psychosociale selon deux axes:

- un axe «contextuel» basé sur les spécificités psychosociales des contextes d'interventions d'ACF (urgence, extrême pauvreté, discrimination, etc...).
- un axe «thématique» basé sur les liens existants entre la santé mentale, le développement infantile et la malnutrition à travers le prisme des pratiques de soins infantiles¹.

■ L'axe contextuel: les spécificités psychosociales des interventions d'ACF

Les situations dans lesquelles intervient ACF sont souvent des situations de crises, de déstructuration sociale et/ou de violences politiques, qui ont nécessairement un impact sur la santé mentale des bénéficiaires, des équipes nationales et des expatriés, ne serait-ce que par le bouleversement de la vie habituelle et la perte des repères qu'elle entraîne. Il apparaissait très important qu'ACF puisse prendre en compte ces aspects du vécu de ces populations dans son travail au quotidien.

Face aux souffrances psychiques des populations (avoir vécu ou été témoins d'exactions, de violences physiques et/ou sociales, avoir dû abandonner sa maison, ne pas savoir ce que sont devenus certains membres de la famille...), ACF devait se positionner sur les réponses qu'elle pouvait apporter. Comment accompagner à court terme pour aider à faire face dans le quotidien et continuer à vivre et subvenir aux besoins des siens? Comment essayer de prévenir les effets psychiques à moyen et long terme des traumatismes subis? Cette question amenait une réflexion sur les façons d'améliorer encore les services proposés tant dans l'urgence que dans la post-urgence ou les situations plus chroniques.

¹ Définition proposée par Engle(1997): «Les comportements et pratiques des donneurs de soins (mères, frères, pères, etc.) qui apportent la nourriture, les soins de santé, la stimulation et le soutien émotionnel nécessaires pour la survie, le développement et la croissance adéquats de l'enfant. Ces pratiques traduisent la sécurité alimentaire et les ressources en soins de santé en bien-être de l'enfant. Non seulement les pratiques elles-mêmes, mais aussi la façon dont elles sont conduites (en termes d'affection et en réceptivité aux besoins de l'enfant) sont critiques pour la survie, la croissance et le développement de l'enfant. Il est impossible pour les donneurs de soins d'apporter ce soin sans des ressources suffisantes telles que le temps et l'énergie».



■ L'axe thématique basé sur les liens existants entre la santé mentale, le développement infantile et la malnutrition à travers le prisme des pratiques de soins infantiles.

La malnutrition a souvent une origine plurifactorielle. Les pratiques de soins infantiles, à savoir la façon dont les adultes prennent soin de l'enfant et répondent à ses besoins pour qu'il grandisse et se développe bien, constituent l'une de ces causes. La disponibilité de la nourriture ou l'existence de services de santé par exemple, ne suffisent pas; encore faut-il que des adultes servent de relais pour que l'enfant y ait accès. Ceci dépend souvent de la disponibilité, du temps, de la marge de main d'œuvre ou des croyances des parents sur ce qui est bon pour l'enfant. Par ailleurs, même si répondre aux besoins vitaux est essentiel, on sait depuis longtemps que l'enfant a aussi besoin d'un lien privilégié avec un ou plusieurs adultes pour se construire. Et parfois ce lien affectif ne se construit pas parce que l'adulte n'est pas disponible psychologiquement de manière globale (dépression, traumatisme, situation de survie, etc...) ou spécifiquement pour cet enfant (enfant non désiré, enfant né de viol, etc...). Sans cet attachement, la malnutrition peut alors rentrer dans un tableau plus global de négligence, voire de maltraitance et d'abus; l'enfant peut aussi se laisser mourir par manque de lien affectif (hospitalisme¹).

L'épisode de malnutrition aiguë sévère en lui-même peut être une expérience éprouvante pour les parents et pour l'enfant. Celui-ci est extrêmement malade, perd du poids, devient apathique, ne répond plus aux sollicitations. Il frôle la mort, on ne sait pas s'il va vivre. Accompagner les familles au cours de cette épreuve et prendre en compte sa dimension vitale est essentiel.

Concernant l'accueil dans les centres nutritionnels thérapeutiques, il était important de réfléchir aux modalités d'accompagnement des bénéficiaires, pour éviter que ce passage n'ait un effet traumatisant supplémentaire pour des personnes déjà très vulnérables. En effet, malgré la réalité de l'urgence d'apporter les soins médicaux et nutritionnels aux enfants souffrant de malnutrition, il est essentiel de prendre également en compte la relation soignant-soigné, les modalités et la qualité de l'accueil, de l'accompagnement des parents et de leurs enfants...

Enfin, un épisode de malnutrition entraîne souvent un retard de développement et ACF avait le souci d'intégrer des activités permettant de le limiter ou de l'enrayer.



© Aleva Garcia - ACF Spain - Mauritania

Un projet-pilote en santé mentale et pratiques de soins a été défini, consistant à mettre en place des programmes visant le maintien ou l'amélioration de la santé mentale des enfants et des adultes accueillis dans les centres nutritionnels thérapeutiques (CNT). ACF répondait ainsi aux besoins des populations, aux demandes de ses équipes sur le terrain. Il s'agissait de prendre en compte l'individu de manière holistique, de dépasser la dichotomie corps/esprit, de favoriser l'émergence de la parole, d'être à l'écoute de la souffrance psychique... pour améliorer encore la qualité des services proposés par ACF, d'abord

dans ses centres nutritionnels puis plus globalement dans l'ensemble de ses interventions.

Ces actions concernaient l'ensemble des bénéficiaires des CNT, dans le sens où toutes ces personnes peuvent être considérées comme des individus en souffrance, vulnérables: au-delà des expériences difficiles et potentiellement traumatisantes qu'ils ont vécues, leur situation actuelle de malnutrition signifie qu'ils ont besoin d'une attention spécifique sur les plans physique et psychologique.

¹ Trouble affectif théorisé par R. Spitz, décrivant un état dépressif chez l'enfant lorsque celui-ci est délaissé par sa mère durant les premiers mois de sa vie, trouble se traduisant par des pleurs, puis une perte de poids et un arrêt du développement. Cette carence affective peut mener à la mort. Spitz, R.A. (1945) "Hospitalism". In. Psychoanalytic study of the child, New-York, International Universities Press, Vol. 1.

Par ailleurs, comme une telle approche nécessite une réflexion approfondie sur les dimensions culturelles et anthropologiques, il était attendu que ce savoir influencerait nécessairement sur la mise en place et l'organisation de missions d'ACF¹ et que la mise en œuvre et l'efficacité des actions s'en trouveraient renforcées.

Suite à ces observations et ce travail préparatoire, il a été admis que la santé mentale fait partie intégrante (et ne vient pas seulement en plus) du traitement de la malnutrition d'ACF, de la lutte contre la faim et des réponses aux urgences. Le démarrage du projet-pilote a eu lieu au cours de l'année 2002 dans les programmes nutritionnels ouverts à Kaboul, en Afghanistan et à Juba, au Soudan.

Les nouvelles connaissances et les outils développés dans le cadre de ce projet-pilote ont été intégrés au fur et à mesure aux programmes d'autres pays, en Birmanie, au Libéria, au Sri Lanka, au Nord Caucase... et chaque nouvelle mission ou nouvelle activité a enrichi la réflexion d'ACF et amené de nouvelles approches adaptées aux contextes particuliers et aux besoins spécifiques de chaque population touchée.

CONCEPTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DES PRATIQUES DE SOINS DANS LES CONTEXTES D'INTERVENTION D'ACF

En 2001, Action Contre la Faim a donc fait le choix de développer des actions de soutien sur le plan psychologique et social pour les populations vivant des situations très difficiles, en raison de la faim et de la malnutrition et/ou en raison du contexte géopolitique.

Pour la mise en place des programmes en santé mentale et pratiques de soins infantiles, ACF s'est donné les objectifs suivants:

- améliorer la prévention de la malnutrition aiguë par le renforcement des pratiques de soins positives et l'accompagnement au changement des pratiques si celles-ci s'avèrent inappropriées;
- prévenir la détérioration des pratiques de soins infantiles en contexte de rupture;
- améliorer le traitement et limiter les conséquences négatives de la malnutrition sur la santé de l'enfant;
- assurer un soutien psychologique aux populations en cas de catastrophes naturelles ou de conflits².

Pour cela, ACF s'est appuyé sur une certaine conception de la nutrition et de la malnutrition, des pratiques de soins infantiles et de la santé mentale que nous allons détailler.

■ Le cadre conceptuel de la nutrition et de la malnutrition

La malnutrition est un phénomène complexe tant sur le plan de ses causes que de ses conséquences sur les individus, et il est nécessaire pour son traitement de prendre en compte les différents facteurs ayant une influence sur l'état nutritionnel de la personne.

Dans ce sens, l'UNICEF a proposé en 1992 *un cadre conceptuel pour la nutrition*³ soulignant que la nutrition permet la croissance, à la survie et au développement de l'enfant, et mettant en évidence qu'elle constitue seulement une des conséquences des facteurs contextuels, environnementaux, familiaux... mais pas la seule. De plus, la malnutrition résulte rarement d'une cause unique mais plutôt d'un ensemble de facteurs combinés dans un contexte donné. Une approche systémique du problème est donc particulièrement pertinente pour comprendre la malnutrition (c'est-à-dire qu'une cause peut avoir plusieurs effets et par rétroaction, un effet peut modifier les facteurs de risque). De ce fait, il est apparu essentiel que l'analyse des causes menant à la malnutrition soit non seulement adaptée à chaque contexte, mais soit personnalisée afin de pouvoir apporter des réponses

¹ Parfois, dans l'urgence, l'ampleur de la catastrophe humaine peut pousser à l'action avec l'utilisation de programmes systématisés mais qui ne tiennent pas suffisamment compte du vécu et de la réalité humaine des bénéficiaires pour lesquels ils sont construits.

² Deux autres objectifs concernent la mise en place de programmes au sein d'ACF: Le premier vise à améliorer la compréhension des contextes d'intervention en intégrant l'impact social et psychologique à notre analyse. Ceci permet d'adapter les programmes de la façon la plus appropriée afin de renforcer les mécanismes d'adaptation et de ne pas déstructurer davantage l'environnement social et familial. Le second objectif consiste à renforcer la qualité des programmes ACF.

³ voir schéma page 8.



et des conseils appropriés. En fonction des besoins et des ressources identifiés, les actions en santé mentale et pratiques de soins développées par ACF s'adressent à des individus, des familles, des groupes et/ou à la communauté.

Le schéma de l'UNICEF fait également apparaître aux côtés de l'alimentation et de la santé, un troisième facteur sous-jacent aux problèmes de nutrition: les pratiques de soins prodiguées par les parents aux jeunes enfants. Or ces trois conditions sont nécessaires pour la survie de l'enfant. D'où la décision d'ACF d'inclure un travail sur les pratiques de soins, qui sont les moins connues tant au niveau de l'analyse explicative de la malnutrition que dans la mise en place des programmes destinés aux populations exposées à la faim. En effet, les interventions auprès d'enfants malnutris portent le plus souvent exclusivement sur les aspects médicaux et nutritionnels, sans toujours y ajouter un travail autour des pratiques de soins infantiles (et/ou conduites de maternage)¹. Les pratiques



© ACF, Sandra Calligaro - Afghanistan

de soins décrites par l'UNICEF concernent l'allaitement et l'alimentation du jeune enfant, les soins en direction des femmes (car ce sont les femmes qui, dans la plupart des sociétés, donnent des soins aux enfants), la stimulation psychosociale et cognitive, la préparation des repas, les pratiques d'hygiène et les pratiques domestiques de santé. Les programmes en santé mentale et pratiques de soins d'ACF essaient d'intégrer ces différents aspects dans les actions qui sont menées sur le terrain.

Par exemple, une mère qui a vécu des expériences dramatiques (comme le décès de sa famille lors d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle) peut rencontrer de grandes difficultés pour apporter les soins ou percevoir les besoins d'un bébé né après cet événement. Face à une telle situation, un programme proposant par exemple uniquement des conseils en nutrition ou des compléments nutritionnels pour l'enfant s'avérerait insuffisant. Parallèlement à ces interventions, un accompagnement visant à prendre en charge la souffrance psychique de la mère (dépression, symptômes traumatiques...) doit être mis en place ainsi que des actions permettant de renforcer la relation mère-enfant. Ces interventions consistent en effet à apporter à cette maman le soutien dont elle a besoin, et l'accompagner pour qu'elle puisse (ré)adopter des pratiques de soins adaptées.

■ La conception des pratiques de soins infantiles

Les pratiques de soins infantiles sont considérées par ACF à la fois en termes de temps passé avec l'enfant (disponibilité effective) et de qualité. C'est-à-dire le type, la sensibilité et la continuité des réponses apportées aux besoins de l'enfant, la chaleur des échanges, l'affection, l'investissement de l'enfant par les personnes qui prennent soin de lui, la façon d'encourager son autonomie, l'exploration et les apprentissages. Ces différents éléments interagissent et vont se développer à travers la relation qui se tisse entre l'entourage maternant et l'enfant. Le contexte culturel dans lequel vivent l'enfant et son entourage a bien sûr une influence importante sur les modalités de cette relation, et est pris en compte dans chaque programme.

• Sur le terrain, ACF a développé une approche originale qui présente trois caractéristiques fortes. Tout d'abord, c'est une *approche holistique* qui prend en compte l'ensemble des pratiques de soins

¹ Les termes «pratiques de soins» et «conduites de maternage» sont deux façons de traduire le terme anglais de «child care practices», qui englobe tous les aspects du soin aussi bien concret, qu'affectif et émotionnel (ce qui est moins bien rendu par la traduction littérale française de «pratiques de soins infantiles»). On parlera plus volontiers de conduites de maternage en français pour respecter toute la dimension du mot «care». Les «pratiques de soins infantiles» pourraient également être traduites par le terme conduites de maternage mais celui-ci est réducteur puisqu'il ne donne pas un rôle très important à la dynamique interactionnelle avec l'enfant.

(en quantité et en qualité) sans se limiter à l'une d'entre elles comme c'est souvent le cas dans les contextes humanitaires¹.

• Cette approche se veut également *globale*, dans le sens où elle aborde les pratiques en elles-mêmes mais identifie et agit aussi le plus possible sur les différents facteurs (ou ressources) bloquant ou facilitant leur mise en œuvre.

Par exemple, on peut rencontrer de jeunes couples qui ont dû quitter leur village, leur maison et vivent dans des camps de déplacés. Du fait de l'isolement, de l'éloignement ou de la disparition de leur entourage familial, affectif et de l'absence de leur environnement communautaire, certains de ces parents peuvent se trouver très démunis pour prendre soin d'un nouveau-né. Dans ce type de contextes où la souffrance de la famille est intense et la situation du bébé à risque, on peut imaginer l'organisation d'activités en groupe afin de recréer un réseau de soutien et d'entraide autour des soins à apporter aux enfants. Dans le même temps, un soutien individuel pour ces parents et leurs bébés est proposé pour répondre de façon personnalisée à leurs besoins spécifiques.

• Enfin, elle est fortement axée sur les dimensions psychologiques et sociales qui influencent les pratiques de soins de manière majeure: la spécificité des contextes d'intervention d'ACF donne une coloration particulière à cette approche puisque les populations auprès desquelles ACF intervient vivent des périodes de déstabilisation, d'insécurité, de pertes, de dénuement extrême qui entraînent des réorganisations sociales et familiales et affectent la santé mentale et le bien-être psychique des individus (adultes, enfants et bébés).

Au-delà de ces aspects conjoncturels, la place de la femme dans certaines sociétés ou encore la prévalence élevée de la dépression postnatale atteignent très directement la qualité des soins prodigués à l'enfant. C'est pourquoi *une attention particulière est portée aux aspects psychologiques (santé mentale), familiaux et sociaux, notamment les ressources et capacités de l'entourage maternel de l'enfant et son autonomie*. Ces éléments ont une place centrale dans l'analyse des pratiques de soins et des besoins de la population ainsi que dans le choix des modalités d'intervention.

En s'appuyant sur ce cadre conceptuel, les actions en santé mentale et pratiques de soins infantiles sont développées suivant deux axes principaux d'intervention: d'une part, l'intégration des actions en santé mentale et pratiques de soins dans le traitement et la prévention de la malnutrition, et d'autre part, la mise en place d'activités dans le cadre de la préparation et des réponses aux urgences.

■ L'intégration des actions en santé mentale et pratiques de soins dans le traitement et la prévention de la malnutrition

En ce qui concerne la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère de l'enfant, un des axes des programmes d'ACF consiste à **améliorer l'accueil des patients et les relations soignants-soignés**. En effet, ce type d'action est important afin de garantir le bien-être des patients et favoriser l'observance du traitement. C'est aussi les accompagner dans la traversée de cette épreuve: la maladie grave d'un enfant peut s'avérer pour lui comme pour son entourage extrêmement angoissante et déséquilibrer le système familial. Etre à l'écoute des inquiétudes de la famille, les accompagner dans les aménagements nécessaires doivent faire partie intégrante de la prise en charge².

Un autre axe consiste à **soutenir et stimuler l'enfant**, directement et indirectement (via le renforcement des compétences parentales) afin de limiter le retard de développement lié à la malnutrition et à des carences potentielles de l'environnement.

L'enfant malnutri est moins réactif aux sollicitations de son entourage, qui en retour va avoir tendance à moins le stimuler ou peu à peu moins l'investir affectivement (alors que l'enfant en a particulièrement besoin). Ce cercle vicieux risque d'entretenir une dégradation de l'état de l'enfant et une certaine négligence de ses besoins. Un accompagnement spécifique de ces familles consistant à

¹ Les pratiques de soins sont souvent réduites aux pratiques d'allaitement et d'alimentation du jeune enfant.

² L'impact du travail auprès des enfants sévèrement malnutris n'est pas non plus à négliger du côté des équipes. Les enfants malades peuvent présenter un aspect physique assez inquiétant ou impressionnant, les taux de mortalité peuvent être élevés. Des observations montrent par exemple que les soignants vont passer moins de temps auprès d'un enfant sévèrement malnutri qu'auprès d'enfants hospitalisés pour d'autres raisons. Ceci s'explique notamment par le manque de réponses et d'engagement dans l'interaction que les enfants malnutris aigües sévères présentent vis-à-vis des sollicitations extérieures. Proposer un soutien et une attention aux équipes qui s'occupent des enfants malnutris à travers la formation, la supervision, des techniques de gestion du stress est important.



soutenir les parents et renforcer la relation parent-enfant permet d'éviter que ce type de phénomène n'aboutisse à une détérioration de la situation et de la santé de l'enfant.

La malnutrition entraîne à moyen et long terme diverses conséquences sur le développement infantile, tels des retards de développement, un impact sur les fonctions cognitives, intellectuelles, affectives, sociales... Or il est possible d'amoindrir¹ ces conséquences, particulièrement en aidant les personnes qui prennent soin de ces enfants à leur apporter les stimulations appropriées et nécessaires à leur développement, et à maintenir/établir avec eux une relation affective sécurisante et gratifiante.

Le fait d'accompagner les parents d'enfants malnutris lors de séances de jeu permet par exemple à la fois aux parents de (re)trouver un plaisir à être en relation avec l'enfant, à jouer eux-mêmes, et de s'appuyer sur le regard bienveillant des équipes psychosociales pour retrouver confiance en leurs capacités parentales et observer ensemble les progrès de leur enfant. Ce processus permet au parent de se sentir lui-même «materné», de réinvestir sa position de parent et progressivement de réinvestir une relation avec son enfant plus gratifiante et chaleureuse.

C'est afin de (ré)installer cette dynamique entre les parents et l'enfant que l'ensemble de ces interventions est proposé. Celles-ci renforcent la participation des parents, améliorent le traitement et limitent les conséquences négatives de la malnutrition. Elles favorisent par contrecoup la survie, la santé et le développement de l'enfant.

Concrètement, une **formation** peut être dispensée sur ces sujets aux équipes travaillant dans les programmes nutritionnels thérapeutiques. Il s'agit d'une formation de base sur des points concrets, destinée à des intervenants non psychologues, qui cible la relation soignant-soigné (amélioration de l'accueil des patients, sensibilité à la souffrance des parents et de l'enfant face à la malnutrition...), l'accompagnement parents-enfant au quotidien (prendre le temps pour expliquer le traitement aux parents et aux enfants, aider/conseiller les parents pour l'administration du traitement à l'enfant, la prise des compléments alimentaires...), et propose si possible un espace de jeu et de stimulation pour les enfants avec leurs parents (jeu libre, activités de massages des bébés, moments de bain de l'enfant... l'idée étant d'amorcer un travail sur la relation parents-enfant).

Parfois, un psychologue présent dans le programme réalise des prises en charge psychologiques pour les parents et les enfants, une équipe de travailleurs psychosociaux assure un suivi psychosocial (individuel et en groupe) des patients.

En termes de prévention de la malnutrition, ACF s'attaque à la fois aux déterminants directs et sous-jacents de la malnutrition. Selon les besoins identifiés, les interventions portent directement sur l'amélioration et le renforcement des pratiques de soins infantiles adéquates mais elles visent également à créer le cadre permettant une mise en œuvre optimale de ces bonnes pratiques de soins.

Ainsi, on va s'attacher à soutenir ou renforcer les ressources des donneurs de soins, à savoir leurs connaissances et croyances, leur état de santé et de nutrition, leur santé mentale et leur niveau de stress, leur contrôle des ressources et leur autonomie quant à la mise en œuvre des pratiques de soins, leur charge de travail et leurs contraintes de temps, le soutien social dont ils bénéficient.

Une attention particulière est accordée à la **santé mentale des donneurs de soins**, les mères en particulier. En effet, au-delà des conséquences psychologiques des expériences difficiles vécues dans des contextes d'urgence, plusieurs études² ont montré que les enfants dont les mères sont déprimées ont plus de risques d'être malnutris et de présenter des retards de croissance; dans ces situations, le risque de mortalité infantile augmente également. Il s'avère donc essentiel de prendre en compte les difficultés des mères souffrant de dépression pour apporter les soins nécessaires à leurs jeunes enfants. Or, si environ 30% des femmes souffrent de dépression pendant la grossesse ou à la naissance de l'enfant dans les pays en voie de développement, ces taux augmentent encore dans les situations d'urgence³. Les actions de prévention ciblant les familles à risques sont donc essentielles.

¹ Grantham-McGregor S. et al (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries, Lancet.

² Ces études ont été essentiellement menées en Asie dans des pays en développement, hors contextes d'urgence.

³ WHO: Improving Maternal Health. 2008

Par exemple, des programmes adressés aux femmes enceintes (en groupe ou dans le cadre de suivi individuel ou familial) peuvent permettre de détecter les futures mères particulièrement en difficulté face à leur grossesse et susceptibles d'avoir du mal à investir l'enfant à venir, et de leur proposer un accompagnement psychosocial adapté.

Dans d'autres contextes, ce peut être la fatigue engendrée par certaines carences dans l'alimentation de la mère qui peut rendre difficile et mettre en compétition les activités domestiques et les soins aux jeunes enfants, ces derniers risquant de passer au second plan. La prise en compte des éléments concrets qui interviennent dans les soins apportés aux enfants ou la relation parent-enfant, est donc un aspect crucial qui est intégré dans les actions mises en place sur le terrain. Dans l'exemple cité précédemment, la nécessité de prendre soin des mères, de leur santé et de la réalité de leur quotidien, apparaît indispensable afin qu'elles soient en mesure d'apporter à leurs enfants les soins dont ils ont besoin.

Nous avons par exemple pu observer en Birmanie que de nombreuses mères d'enfants admis dans les centres nutritionnels thérapeutiques exprimaient très fortement leur besoin d'être elles-mêmes maternées avant d'être en mesure de pouvoir penser aux besoins de leurs jeunes enfants. Leur demande d'être entendues dans leurs besoins de maternage, d'être portées psychiquement, s'avèrent être des éléments absolument fondamentaux de l'accompagnement de ces bénéficiaires, dont la fonction maternelle et nourricière s'est trouvée fragilisée du fait des événements extrêmement difficiles qu'elles traversent.



Par ailleurs, les bouleversements sociaux, familiaux et individuels que vivent les populations auprès desquelles ACF intervient contribuent à la dégradation des pratiques de soins dispensées aux enfants. Or, **des interventions psychologiques et psychosociales permettent de minimiser l'impact de ces bouleversements sur la santé sociale et individuelle, et de contribuer au maintien de pratiques de soins protectrices pour l'enfant.** Lorsque les contextes de crise perdurent ou que les interventions sont plus tardives, il est important de consolider ou de restaurer les ressources individuelles et/ou du groupe pour favoriser l'instauration — ou la ré-instauration — de pratiques adéquates.

Par exemple, des programmes d'accompagnement familial sont développés pour soutenir des populations vivant dans des conditions de grande pauvreté. Il s'agit d'un suivi régulier et individualisé de chaque famille par un travailleur psychosocial, visant à favoriser l'expression des ressentis, une réflexion commune sur la situation et les besoins de la famille, restaurer la confiance en soi et atteindre des objectifs concrets afin de répondre à leurs besoins. Dans les cas où les bénéficiaires ont vécu des expériences potentiellement traumatisantes, les symptômes qui en découlent troublent leur vie quotidienne et celle des enfants, les relations familiales et affectent leur capacité à faire face et à mobiliser leurs ressources. Face à ce type de difficulté, la relation de confiance qui se tisse entre les bénéficiaires et les intervenants est un élément crucial pour amener ces personnes à parvenir à solliciter des services extérieurs, remobiliser leurs ressources, retrouver davantage de bien-être et de capacité à améliorer leurs conditions de vie. Ce type de programme est intéressant dans le sens où il peut être adapté à une grande diversité de contextes, et intègre la particularité de l'environnement social et culturel de chaque famille. La sollicitation et l'utilisation des services existants localement permettent également leur optimisation, voire leur développement et l'amélioration de leur qualité (par exemple, la coordination entre les équipes d'ACF et celles de ces services extérieurs peut amener un travail commun pour les populations ciblées).



Enfin, la faim entraîne chez les populations qui y sont exposées des changements psychologiques et des comportements handicapants pour les adultes comme pour les enfants dans leur adaptation dans la vie quotidienne et qui ont un impact négatif sur leurs relations sociales. Lorsque c'est le cas, il est important de pouvoir apporter un soutien psychologique à ces populations touchées par la faim afin de les aider à améliorer ou maintenir leur santé mentale, et de traiter les troubles le cas échéant.

■ La préparation et la réponse aux urgences dans les situations de conflit, de catastrophe naturelle...

ACF intervient entre autres dans des contextes d'urgence, où la vie des populations, les liens sociaux et familiaux sont affectés, et les individus fragilisés. Dans ces contextes, les besoins des personnes en termes de soins psychologiques sont particulièrement importants (traumatismes, dépression, tendances suicidaires...). Ainsi, après une catastrophe naturelle, des études ont montré que le pourcentage de personnes souffrant de troubles mentaux sévères et modérés passent de 12% à 23-24%, et 30% à 50% de la population est en détresse psychologique, pouvant également déboucher sur des décompensations^{1, 2}. Par ailleurs, au cours des vingt dernières années, des liens clairs ont été mis en évidence entre les facteurs associés à la pauvreté et à une santé psychosociale pauvre, montrant qu'il existe une relation cyclique entre les deux³. La question de la pauvreté doit donc être comprise en termes de pauvreté des ressources psychiques, et pas uniquement en termes économiques.

Concernant la compréhension des problèmes de santé mentale chez ces populations, ACF a adopté un certain nombre de principes. Tout d'abord, les troubles ou problèmes psychologiques qui peuvent se manifester suite à des événements tels que des violences ou une catastrophe naturelle ne se limitent pas au stress post-traumatique⁴. L'expression de la souffrance psychique peut prendre de nombreuses formes et varie selon les cultures: les douleurs physiques multiples et récurrentes en l'absence de maladie, la baisse de l'immunité et l'augmentation des maladies somatiques... L'adoption de comportements inadaptés comme la consommation d'alcool et de drogue est également très courante. C'est donc toute la diversité de ces manifestations, comportements et troubles psychiques qu'ACF prend en compte dans ses interventions, sans avoir recours à un «modèle» systématisé.

Les facteurs socioculturels, économiques, politiques et spirituels ont une influence cruciale sur leur progression (aggravation, chronicisation) ou sur leur régression potentielle. Une approche globale apparaît donc plus adaptée, plus intéressante et plus efficace qu'une lecture basée essentiellement sur des références psychiatriques.

D'autre part, les définitions de la santé mentale, des troubles et leurs expressions symptomatiques s'inscrivent dans une culture particulière, d'où la nécessité d'adopter une approche interculturelle. Il n'y a donc pas de programme ou de technique type qui pourraient être dupliqués d'un pays à l'autre, et chaque programme doit être inventé en coopération avec la communauté à laquelle il s'adresse. Dans les situations de catastrophes naturelles ou de guerres, ACF évalue les besoins psychosociaux en coordination avec les autres institutions impliquées et développe des activités de soutien et d'accompagnement psychologique. L'approche en santé mentale est également incluse dans les programmes de réduction des risques aux désastres par la formation des équipes et personnes relais dans la communauté, par la mise en place ou l'orientation vers des réseaux de soutien en cas de catastrophes naturelles, ou de référencement vers d'autres services en interne.

Par exemple, au Sri Lanka, dans les camps de déplacés dans lesquels ACF est intervenue suite au tsunami de 2004, toutes les femmes enceintes et allaitantes ont été abordées pour leur proposer diverses activités de soutien (groupes de parole, suivi psychologique individuel ou familial, activités mères-bébés...). Effectivement, la grande majorité de ces femmes avaient perdu plusieurs membres de leur famille, y compris un ou plusieurs enfants. La problématique de la mort était massive et le travail de deuil particulièrement difficile et compliqué, voire impossible à effectuer: les corps des disparus étant rarement retrouvés, les rituels de funérailles ne pouvaient être réalisés,

¹ Une décompensation peut se définir comme un effondrement de l'équilibre psychologique d'un individu suite à une situation émotionnelle extrême, pouvant mettre au jour une pathologie sous-jacente et déboucher sur des symptômes multiples, tels que phobies, dépression, bouffées délirantes, somatisations, etc.

² WHO: Mental Health and Psychosocial Relief Efforts after the Tsunami in South-East Asia. 2006

³ WHO: http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html

⁴ Sur le plan de la santé mentale stricte, la dépression et l'anxiété sont les troubles les plus répandus et sont souvent associés (co-morbidité).



© S. Hauenstein Swan, ACF UK - Tchad

et cette situation avait tendance à maintenir les personnes dans un déni du décès de leurs proches. Divers troubles psychiques en lien avec la catastrophe ont été relevés et devaient être pris en charge: dépression, anxiété, alcoolisme, violences familiales, symptômes traumatiques... Dans un tel contexte, l'accompagnement des femmes enceintes et allaitantes était indispensable afin de prévenir le risque de troubles d'attachement et de la relation mère-enfant, les difficultés d'allaitement et le risque de malnutrition chez les bébés.

Les contextes de catastrophes naturelles, de conflits, de pauvreté extrême et de discrimination/violences conduisent à des bouleversements de l'organisation sociale, à des déplacements de population, des pertes de repères, des changements de la structure familiale, des remaniements psychiques individuels... Les privations, les pertes matérielles, les conditions de vie actuelles, l'assistance ont également une influence au niveau social, au niveau du groupe, de la famille et de l'individu. Or, la fréquence des troubles psychiatriques augmente notablement dans ces contextes. De ce fait, plus le groupe est affecté, plus l'individu sera à risque. Cet impact est pris en compte lors des analyses de contexte et dans le cadre de la définition des projets.

Par exemple, si les personnes vivent une situation de survie au quotidien, il est inapproprié de leur demander de se projeter dans l'avenir ou de constituer des groupes de réflexion. Ou bien si les personnes vivent dans la peur, il est difficile de leur demander de s'exposer en travaillant... Des actions en amont doivent être menées avant d'aborder ces thématiques.

Les actions en santé mentale peuvent aussi être associées à d'autres programmes existants d'ACF (Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence; Nutrition et Santé; Eau, Assainissement et Hygiène).

Les interventions en santé mentale et pratiques de soins infantiles sont donc développées dans des contextes. La prise en compte des différents éléments cités plus haut nous a amenés à imaginer des actions adaptées à ces contextes très difficiles, pour répondre aux besoins de ces populations.

Après une catastrophe naturelle, nous pouvons observer une augmentation du nombre de naissances chez les populations touchées, en particulier les personnes ayant perdu des enfants lors de l'événement (ce phénomène est comme un «baby-boom post-catastrophe»). L'intensité des problématiques de deuil et l'ampleur des difficultés des parents face à ces nouveaux-nés (bébés sensés remplacer les enfants décédés, bébés porteurs de l'expérience traumatique ou supposés reconforter leurs parents...) montrent le besoin essentiel de pouvoir proposer aux parents endeuillés des soins psychologiques individuels appropriés et un accompagnement de la relation parents – enfants (cf pour plus de détails, voir le chapitre sur le Sri Lanka).

Les programmes en santé mentale et pratiques de soins d'ACF s'appuient donc sur l'approche et la méthodologie présentées précédemment. Vu la très grande variété des contextes d'interventions, le grand nombre de pays dans lesquels ACF a mis en place ces programmes et la variété des besoins des populations d'un contexte à l'autre, une grande diversité d'actions a été développée. Ainsi, les projets mis en place au Sri Lanka suite au tsunami ont été orientés vers les femmes enceintes et allaitantes mais aussi vers les personnes âgées vivant dans les camps de déplacés. En Haïti après le séisme de Janvier 2010, les équipes ont développé des programmes de suivis psychologiques individuels, des actions d'accompagnement familial, des groupes de parole et un accueil des très jeunes enfants et de leurs parents, avec également des interventions couplées aux autres programmes (programmes nutritionnels, prévention et traitement du choléra, mise en place d'activités génératrices de



revenus...). En Afghanistan, un travail spécifique autour de l'allaitement maternel a été mené. C'est afin de refléter toute la richesse de ce travail, la diversité de ces projets ainsi que leur complexité que nous avons souhaité rassembler ces témoignages. Nous tenions également à rendre compte des parcours, du cheminement des personnes bénéficiaires tout au long de l'accompagnement qu'ACF leur a proposé. C'est à travers les témoignages des équipes qui ont travaillé sur le terrain auprès des populations en difficulté que nous présenterons leur histoire, et que nous essaierons de mettre en lumière toute la complexité de ce travail.

Nous avons choisi, parmi les 18 pays où ACF a mis en place des programmes en santé mentale et pratiques de soins infantiles, de présenter le travail réalisé dans 7 pays: Afghanistan, Bangladesh, Birmanie, Haïti, République Centrafricaine, Sri Lanka, et Tchad. Ces contextes très différents nous ont semblé être des exemples intéressants, reflétant la diversité de nos approches, de nos programmes, et témoignant de la richesse du travail mené.

Nous illustrerons la présentation des programmes développés dans chaque pays par des vignettes cliniques, dont nous proposerons une lecture avec des éléments de réflexion. Tous les noms dans les cas cliniques ont été changés.

BIBLIOGRAPHIE

- Engle, P.; Lhostak, L.; Armstrong H. (1997). *The Care Initiative - Assessment, Analysis and Action to improve care for nutrition*. New York: Unicef, Nutrition Section.
- Grantham-McGregor, S. et al (2007). *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*, Lancet.
- Martin-Prevel, M. (2002). «Soins» et nutrition publique. Cahiers santé 12 (1).
- Spitz, R.A. (1945) "Hospitalism" *Psychoanalytic study of the child*, New-York, International Universities Press, Vol. 1.
- World Health Organisation (WHO) (2006). *Mental Health and Psychosocial Relief Efforts after the Tsunami in South-East Asia*.
- World Health Organisation (WHO) (2008). *Improving Maternal Health*.
- World Health Organisation (WHO) (2012). *Mental Health, poverty and development*. http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html

2 - LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS EN AFGHANISTAN (2002-2008)



© ACF - Afghanistan



CONTEXTE¹

À la différence d'un pays qui doit faire face à un événement majeur mais ponctuel, l'Afghanistan a traversé une longue série de désastres qui a profondément affecté les mécanismes d'adaptation de la population et attaqué la culture et les liens sociaux. L'Afghanistan a connu plus de trente ans de guerres au cours desquelles les pertes, déplacements et exils ont fragilisé une grande partie de la population: disparition de biens personnels, perte des repères, changement de vie, séparation des familles, bombardements, fusillades, terreurs, etc. L'insécurité était permanente, la nécessité de fuir présente à tout moment. A l'acmé de la crise, on comptait plus de 6,2 millions de réfugiés au Pakistan et en Iran², des déplacés à l'intérieur du pays. Les combats successifs auraient fait plus d'un million de morts pendant l'invasion soviétique. En 2012, le HCR compte 2,7 millions de réfugiés et 500000 déplacés internes (UNHCR, août 2012)³.

Les Talibans arrivés au pouvoir en 1996 ont imposé un régime islamique très strict obéissant à la charia, limitant fortement les libertés individuelles et interdisant les activités culturelles (musique, danse, etc.). Les droits des femmes ont énormément régressé: interdiction de travailler, d'aller à l'école, port obligatoire de la burka, etc. La terreur était omniprésente: risque à tout instant de se faire arrêter et séquestrer par les hommes d'institutions de surveillance telles que le Ministère du Vice et de la Vertu, lapidations et pendaisons publiques fréquentes (les adultes comme les enfants étaient encouragés à y assister)... alors que paradoxalement, un certain calme général s'instaurait, à savoir une absence de combats.

On peut imaginer que les familles se sont repliées sur elles-mêmes, le danger extérieur étant très fort pendant ces années. Dans le même temps, les lois pénétraient les maisons et il n'était pas rare d'assister à des incursions de la police au domicile des familles pour arrêter telle ou telle personne ou contrôler le respect des règles. L'obéissance était une question vitale, car soumise à la peine de mort. Même alors, on ne pouvait avoir la certitude d'être épargné.

Pendant des décennies, le quotidien s'est organisé en grande partie autour de la capacité à rester en vie. Si aujourd'hui les risques liés à l'insécurité sont relativement circonscrits sur le territoire, les conditions de vie matérielles demeurent extrêmement précaires. La difficulté du quotidien et la peur de ne pas subvenir aux besoins de la famille sont des éléments qui reviennent dans les entretiens réalisés auprès des bénéficiaires d'ACF, aussi bien les personnes de retour du Pakistan ou d'Iran que celles qui sont restées dans le pays. Cette précarité induit un stress permanent des familles, une insécurité forte qui limite toute possibilité de repos, toute élaboration de projet, au-delà même de l'inconfort et de la vulnérabilité matérielle. Notons que l'espérance de vie en 2005 était de 43 ans chez les hommes et de 44 ans chez les femmes...

Malgré ou peut-être à cause de cette succession de bouleversements et attaques du lien social, certaines valeurs afghanes semblent structurer la société actuelle, en premier lieu la religion et la famille. Ces ancrages forts que sont la religion et la famille sont peut-être ce qui a permis de survivre et de faire face à tant de violence. En effet, la famille étendue constitue l'unité fondamentale en Afghanistan et semble avoir survécu aux drames récents. C'est à travers elle que les individus interagissent avec l'environnement socioculturel plus général.



© ACF - Afghanistan

¹Cette introduction s'appuie très largement et reprend des passages de la thèse de Cécile Bizouerne – *Insuffisance en lait maternel et souffrance psychologique en Afghanistan* – approche psychologique clinique en situation humanitaire, Université Bordeaux 2, 2008.

² Source HCR: <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/afghan?page=chrono>, accédé le 10/10/2007.

³ <http://www.unhcr.org/pages/49e486eb6.html>

La réputation de la famille est d'une extrême importance et le pouvoir d'une rumeur ou de bavardages négatifs concernant l'unité familiale ou le comportement d'un de ses membres au sein de la communauté sont craints. Chaque membre de la famille est représentant de son honneur et son attitude peut soit rehausser le statut de la famille, soit l'abaisser. La chasteté et la pureté sexuelle des femmes en particulier constituent un enjeu clé de l'honneur de la famille — d'où la nécessité de contrôler les femmes et leur corps.

Les femmes vivent une pression particulièrement forte de la part des figures d'autorité du foyer, à savoir leur mari, les hommes de la maison et leur belle-mère. L'autorité des hommes et de la belle-mère s'exerce à travers le pouvoir décisionnel (les femmes doivent demander l'autorisation pour sortir de la maison, aller chez le médecin, etc.) et la répartition des tâches domestiques. Elle devient parfois humiliation verbale, à travers la non-reconnaissance des besoins ou désirs de l'autre et les coups. Les mariages arrangés sont la norme et ne satisfont pas toujours les époux entre lesquels de nombreux conflits surviennent.

Le « destin » de la femme en Afghanistan est de se marier et d'avoir des enfants. La reconnaissance sociale et familiale repose sur sa fertilité, la grossesse attestant la capacité reproductrice de la femme et la virilité du mari. Les grossesses sont très précoces : dans une étude faite à Kaboul, Van Egmond et ses collaborateurs ont noté que 67% des femmes avaient accouché de leur premier bébé entre 13 et 19 ans (Van Egmond, Bosmans et al., 2004)¹.

La femme enceinte a un statut particulier : elle est considérée comme un être à part, fragile et qu'il faut protéger, et elle acquiert dans le même temps une grande puissance du fait qu'elle porte un enfant. Cependant, la maternité est une période à haut risque pour les femmes comme pour les enfants, et de nombreuses femmes craignent la maternité et l'accouchement. Effectivement, le taux de mortalité infantile est l'un des plus élevés au monde : en 2010, un enfant sur six n'atteindra pas l'âge de 5 ans et 103 nourrissons sur 1000 ne dépasseront pas l'âge d'un an². Enfin, plus de 50% des enfants présentent un retard de croissance. Le pays détient le record mondial de mortalité maternelle, avec un taux de 1600 décès pour 100000 naissances vivantes.³

Par ailleurs, la connaissance des besoins et des compétences des jeunes enfants s'avère très limitée. Le bébé n'est pas considéré comme une personne ou un acteur de l'interaction. Par conséquent, il est très fréquent de rencontrer des nourrissons qui ne reçoivent aucune stimulation et n'ont quasiment aucune vie sociale : pas de communication verbale, peu de caresses, de portage, de bercements, de contacts peau à peau, etc. Ils sont emmaillotés, le plus souvent placés dans un berceau ou sur des couvertures dans un coin de la pièce, parfois couverts par une couverture qui les laisse dans le noir toute la journée. Ces conduites de maternage aboutissent fréquemment à des retards de développement mis en évidence dans les rares études publiées sur le développement du jeune enfant afghan.

PROGRAMMES

En 1995, Action Contre la Faim a développé un programme de traitement de la malnutrition sévère aiguë à Kaboul en raison du rapatriement des réfugiés d'Iran et du Pakistan du fait de l'invasion russe. Différentes stratégies ont été adaptées pour le traitement de la malnutrition sévère aiguë, afin de répondre de la manière la plus efficace aux besoins de la population, en prenant en compte la sévérité de la pathologie de l'enfant et les difficultés liées à la culture et au contexte rencontrés à Kaboul (mouvements des femmes limités, pression du mari et de la belle-mère sur la mère pour qu'elle reste le moins possible en dehors de la maison...).

Afin d'arriver à des changements et améliorations profondes, ACF a ciblé les couples enfant-accompagnant mais aussi la famille dans son ensemble, en particulier au sein d'une société dans laquelle les responsabilités et le pouvoir sont aux mains des maris et des belles-mères.

¹ Van Egmond K., Bosmans M., Nacem AJ et al. (2004). *Reproductive Health in Afghanistan: Results of a knowledge, attitudes and practices survey among Afghan women in Kabul*. Disaster, 28 (3)

² Source: UNICEF, 2010

³ Source: UNICEF, 2012



Trois centres nutritionnels thérapeutiques (CNT) ont ainsi été ouverts en collaboration avec le ministère de la Santé. Ces centres étaient intégrés dans les hôpitaux pédiatriques de la ville et fonctionnaient 24 heures sur 24. Quinze structures de jour (appelées day-cares) ont aussi été créées, rattachées à des centres de santé dans lesquelles les enfants sévèrement malnutris¹ et un adulte accompagnant venaient pour la journée. Les bénéficiaires pouvaient être référés via des dépistages organisés par ACF ou d'autres organisations/partenaires, ou pouvaient se présenter spontanément dans les centres de nutrition. La durée moyenne d'hospitalisation était de 30 jours en CNT.

C'est dans ce cadre que le premier projet-pilote en santé mentale et pratiques de soins d'ACF a été mis en place en 2002. La première étape a consisté à sensibiliser à l'écoute active, au développement infantile et à la relation mère-enfant certains membres du personnel d'ACF présents dans les centres nutritionnels thérapeutiques.

Un an plus tard, une équipe de travailleuses psychosociales a travaillé à temps complet à la mise en place d'activités «santé mentale» au sein des centres nutritionnels thérapeutiques. Leur rôle consistait à accueillir les mères et proposer une écoute si nécessaire, à animer des sessions de jeux mère-enfant, à mieux expliquer aux familles le traitement et à trouver des solutions permettant la prise en charge des enfants, à animer des activités de groupe d'éducation à la santé, à conseiller les mères au sujet de l'allaitement... Dans les trois hôpitaux où se trouvaient les CNT, une salle de jeux a été créée, libre d'accès pour les mères et leur enfant sévèrement malnutri.

L'expérience d'ACF à Kaboul a montré l'intérêt des sessions de jeux mère-enfant pour la stimulation de l'enfant, et donc son développement, de même que pour renforcer la relation mère-enfant. Il s'agit d'un temps pour la mère et l'enfant où ils sont concentrés l'un sur l'autre, où l'enfant part à la découverte de son environnement et y prend du plaisir, où la mère observe son enfant progresser, et en tire satisfaction. La mise en évidence des compétences de l'accompagnant dans son rôle parental, de celle de l'enfant au travers du jeu, le plaisir à être ensemble et à partager favorisent la mise en place et/ou le renforcement de pratiques de soins adéquates, enjeu essentiel pour le développement et la survie de l'enfant ainsi que pour la prévention de la malnutrition.

Les enfants admis dans le cadre du traitement de la malnutrition sévère arrivaient dans un état critique. La famille, souvent très inquiète pour la survie de l'enfant, devait s'organiser pour permettre l'hospitalisation de l'enfant et d'un adulte pour un minimum de trois semaines. Ceci n'allait pas sans imposer à la famille des choix compliqués: prise en charge des enfants restés au domicile, perte d'un revenu, gestion des soins domestiques, éventuellement soutien d'un parent âgé ou malade... Ces éléments ont ajouté une pression supplémentaire sur la famille, souvent en situation déjà précaire. L'accueil, l'accompagnement, la compréhension de ces problèmes étaient indispensables pour aider la famille à trouver des solutions et à organiser la vie quotidienne. Une information précise sur la malnutrition, ses conséquences ainsi que sur le traitement proposé, devait également être présentée. C'est au cours d'échanges spontanés que furent discutés tous ces points mais ils purent donner lieu aussi à des entretiens plus formalisés: entretiens avec la mère, invitation des membres de la famille quand la mère n'obtenait pas l'autorisation de rester ou en cas d'abandon en cours de traitement, en cas d'événements spécifiques tel un enterrement auquel la famille doit participer...

Chaque mère et son enfant bénéficiaient également d'entretiens formels avec les travailleurs psychosociaux. Ils visaient à une meilleure compréhension de la situation familiale, des causes de la malnutrition, à une évaluation de la santé psychique de la mère et de la relation mère-enfant, et à apporter un soutien à la mère et à son bébé. Vu la situation extrêmement difficile des femmes en Afghanistan, l'espace que nous proposons fut souvent le premier lieu où elles purent exprimer et livrer une parole qui allait être accueillie sans jugement. S'y révélèrent des difficultés très personnelles voire intimes, à la fois passées et présentes. Les formes que prirent ces suivis dépendaient des problématiques des mères et de leur désir d'investir la relation thérapeutique: entretiens mère-enfant, entretiens individuels avec la mère, entretiens familiaux, entretiens conjugaux. Parfois le travail était centré sur la relation de la mère et de l'enfant, mais parfois aussi l'équipe s'en éloignait afin d'aborder des thématiques propres à la mère qui la perturbaient et affectaient alors sa capacité à investir et prendre soin de son enfant.

¹ Tous les enfants présentant les critères de malnutrition aiguë sévère, c'est-à-dire les enfants de 6 à 59 mois présentant un indice poids/taille inférieur à 70% de la moyenne, et/ou des œdèmes et/ou un périmètre brachial inférieur à 11 cm, selon le protocole national en vigueur, sont admis dans les centres ACF.



Le suivi des personnes en grandes difficultés (rechute de l'enfant, enfant très jeune, violences familiales...) put se poursuivre après la fin du traitement médico-nutritionnel si l'équipe psychosociale le considérait nécessaire.

L'observation et la stimulation de l'enfant sont des éléments essentiels du programme. En effet, les enfants pris en charge, bien qu'encore très jeunes (certains ont quelques jours et tous ont moins de 5 ans) ont déjà un lourd passé; ils ont souffert de la faim, ont parfois été malades, sont

nés d'accouchements difficiles, ont perdu un jumeau ou leur mère, sont souvent victimes de négligence ou d'autres formes de maltraitance. Dans ces conditions, il est fondamental de veiller au bien-être de l'enfant et de repérer sa souffrance. Souffrance physique d'abord quand l'enfant est sévèrement malnutri, que son corps et les soins médicaux qu'on y apporte sont douloureux, quand chaque portage le blesse. Souffrance psychique également pouvant aller jusqu'à la dépression ou l'hospitalisme, quand la mère ou son substitut est peu disponible ou absente psychologiquement, quand ses pleurs ne reçoivent pas de réponse, quand son environnement ne lui offre pas de cadre contenant. L'attention sera mise sur son bien-être, sur la traduction pour la famille et l'équipe soignante des signaux qu'il envoie à leur entourage, sur la mise en évidence de ses compétences. L'empathie jouera alors pleinement son rôle afin d'éprouver puis de travailler avec la famille ce que vit ce bébé, et de pouvoir lui apporter des réponses appropriées. Ce soutien au jeune enfant se fait à travers les soins quotidiens, à travers les soins médicaux, mais aussi dans le cadre des sessions de jeux, de séances de massages ou d'échanges privilégiés dont un des objectifs est de donner du plaisir à l'enfant et de lui permettre d'expérimenter des sensations positives dans son corps.

Alors que certaines mères et leur enfant réajustent rapidement leur relation en fonction de la malnutrition et du traitement et saisissent chaque opportunité à être et à prendre du plaisir ensemble, d'autres relations ont besoin d'un soutien plus fort, voire d'une psychothérapie mère-enfant. Ce peut être le cas si l'enfant n'a pas été désiré, si la mère est trop déprimée et/ou incapable d'investissement affectif, si l'enfant est perçu comme non gratifiant parce qu'handicapé, parce que fille, parce que tout petit et maigre... Pour ces mères et ces bébés, la présence des travailleurs psychosociaux est particulièrement proche et soutenue.

Les sessions de jeux (quotidiennes) et les séances de massage participent à cette approche globale de l'enfant et de sa mère. L'enfant malnutri est apathique, en retrait, fatigable. Il est important de le stimuler progressivement à mesure que la récupération s'opère, afin de l'aider à retrouver une certaine appétence de vie, lui donner du plaisir et limiter le retard de développement, principale conséquence de la malnutrition (après le risque de décès). Les enfants aident à leur tour leurs propres mères qui découvrent les capacités de leur enfant, se sentent reconnues comme telles au sein du groupe, retrouvent une certaine fierté maternelle et fortes de cette reconnaissance, améliorent leur estime d'elles-mêmes et sont par conséquent davantage en mesure d'apporter à leur bébé des soins de qualité.

Dans tout ce processus, le groupe joue un rôle notable. Les mères présentes se soutiennent mutuellement et trouvent réconfort et espoir dans le soutien d'une voisine de chambre ou en observant les enfants des autres en fin de traitement. Les activités proposées aux mères jouent aussi ce rôle de valorisation et de support d'échanges autour de la couture, de la fabrication de jouets...

Des sessions d'éducation en groupe sur l'hygiène, les soins médicaux et nutritionnels sont proposées aux accompagnants afin d'améliorer les connaissances et les pratiques de soins au sein des familles: le traitement de la diarrhée, les différents moyens de contraception, les méthodes d'allaitement, etc.



Enfin, les abandons (les personnes qui quittent les centres ACF avant la fin du traitement) sont suivis grâce à des visites à domicile, afin de mieux comprendre les raisons de leur départ et pour les motiver à reprendre le traitement.

Au mois de septembre 2004, l'arrivée d'une psychologue expatriée a permis d'assurer un accompagnement technique au quotidien de l'équipe psychosociale dans son travail. En parallèle, le management médical a été renforcé et un volet permettant de traiter certains enfants de plus de 6 mois sans complication médicale à la maison a été mis en place. Les résultats montrent que le taux de guérison est passé d'une moyenne de 70% des enfants admis à plus de 90%. Les décès sont passés sous la barre des 3% et les abandons d'une moyenne de 20% à moins de 3%. L'amélioration des résultats s'est révélée durable puisqu'elle persistait à la fin de l'année 2006.



© ACF - Afghanistan

Nous avons observé que la présence permanente des travailleurs psychosociaux dans les centres a énormément fait évoluer le regard porté sur les familles et les relations entre les familles et le personnel soignant se sont considérablement modifiées. Effectivement, du fait que l'équipe psychosociale était à l'écoute de chaque famille et de ses difficultés, la compréhension de chaque situation et l'intérêt d'y apporter des réponses individuelles ont été mis en évidence. Cela a permis aux équipes soignantes de passer d'une approche technicisée du corps sur lequel s'exerçait la toute-puissance médicale, à une démarche de soin prenant en compte le patient dans sa globalité. Ces transformations signifiaient d'aborder la famille comme partenaire dans le traitement de leur enfant et non comme objet passif d'un savoir médical tout-puissant, amenant une évolution majeure des relations soignants-soignés.

De 2005 à mi 2008, une passation a été effectuée avec les équipes afghanes des hôpitaux de Kaboul puis le programme a été arrêté pour des raisons de sécurité alors qu'un projet de prévention était en cours de développement.

En 2012, une évaluation des besoins en santé mentale et en pratiques de soins a été conduite dans les KIS (camps informels de déplacés) de Kaboul et a mis en évidence les besoins de soutien en santé mentale et en pratiques de soins pour les femmes et très jeunes enfants vivant dans ces conditions extrêmement précaires. Un nouveau projet a démarré en juillet 2012.

RÉCITS ET OBSERVATIONS CLINIQUES¹

Dans les situations d'urgence comme celles de l'Afghanistan, les personnes ne sont pas confrontées à un unique événement dramatique mais sont victimes d'une succession d'événements qui émoussent progressivement les mécanismes de protection et de survie. Lors des entretiens, il est extrêmement compliqué de construire une anamnèse cohérente.

Dans un centre de jour, j'observe une femme qui force son enfant de deux ans à boire le lait thérapeutique. Son enfant refuse le lait, il pleure sans arrêt depuis son arrivée dans le centre le matin. D'après l'équipe, ce comportement est fréquent. La mère a l'air triste. Au cours de notre conversation, elle me raconte qu'elle a des maux de tête persistants, qu'elle dort mal, n'a pas d'appétit, s'évanouit parfois et peut pleurer sans raison pendant un jour ou deux. Alors que nous tentons de reconstruire son

¹ Ce sous-chapitre est composé d'extraits de la thèse de Cécile Bizouerne.

histoire, elle me parle d'abord de sa peur de mourir au cours des bombardements de Kaboul (nous sommes fin 2002) et de sa détresse permanente au cours de la guerre. En essayant de remonter son histoire pour trouver à quel moment les symptômes ont commencé, nous arrivons à ses 12 ans. Un jour, alors qu'elle était dehors avec sa famille, elle a vu des cadavres le long de la route. C'était la première fois qu'elle voyait des morts. Un groupe d'hommes armés a arrêté la voiture et les a enfermés dans une pièce. Son père a été battu. Le confinement a duré toute la journée au cours de laquelle elle a pensé qu'ils allaient tuer son père et peut-être aussi le reste de la famille.

Ce cas est relativement atypique dans le sens où la patiente semble à même de remonter à une scène inaugurale ayant déclenché les symptômes dont elle souffre. Les personnes accompagnant les patients à l'Institut de santé mentale¹ incluaient systématiquement la guerre et les conditions de vie à cette période comme facteurs déclenchant les pathologies du patient. Les plus sévères comme la schizophrénie ou les pathologies chroniques sont l'objet de stigmatisation de la part des familles, de la société et des professionnels. On peut se demander si cette référence systématique à la guerre n'est pas aussi un moyen pour les familles de se rassurer, rejetant ainsi à l'extérieur l'origine du trouble mental.

Arsallah ou comment unir deux lignées

Arsallah est admis à l'hôpital d'Indira Gandhi. À trois mois, il mesure 53,5 centimètres et pèse 2,5kg. La mère dit que l'enfant était de petit poids à la naissance car elle n'avait pas d'appétit durant la grossesse. Elle devait travailler très dur alors même qu'elle était malade. Au cours des trois premiers jours, Arsallah n'a pas été allaité sur interdiction de la belle-mère. Elle pensait en effet que le lait de la mère n'était pas propre tant qu'elle n'aurait pas pris un bain, rituel accompli trois jours après la naissance. Pendant les dix premiers jours, Arsallah a été nourri avec du zouf² et a eu des problèmes d'estomac. La mère vit dans une famille de treize personnes et est occupée du matin au soir aux tâches domestiques. Il n'y a pas de coopération entre les membres de la famille et elle n'a pas de bonnes relations avec eux. Pendant que la mère vaque aux activités domestiques, Arsallah est gardé par sa grand-mère. Toutes les trois-quatre heures, la mère vient allaiter son enfant pour une courte période car elle est toujours en retard. Elle est pressée de retourner à son travail et «c'est la raison pour laquelle l'enfant a toujours vomi après l'allaitement».

Je pose des guillemets car il s'agit d'une traduction littérale de la phrase écrite dans le rapport. Je ne sais pas si cette remarque est un commentaire de la mère ou de la travailleuse psychosociale qui interprète les vomissements de l'enfant. Dans ce cas, la mère n'arrive pas à remplir les tâches domestiques qui lui sont assignées et à nourrir son enfant. Les deux types d'activités entrent en concurrence dans sa gestion du temps. Ne pouvant tout mener de front, elle récupère du temps là où c'est possible: sur les temps d'allaitement avec son enfant. Celui-ci n'est pas nourri à la demande mais plutôt en fonction des temps que sa mère parvient à libérer pour venir le nourrir, temps où visiblement elle est peu sereine et apaisée et pense aux activités qui lui restent à accomplir. Cette précipitation, cette course journalière est certainement ressentie par l'enfant, qui vomit après chaque repas. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées à ce sujet: l'enfant est nourri trop vite et n'arrive pas à digérer le lait; peut-être boit-il lui-même goulûment car il «sait» que le temps est court et qu'il doit prendre le plus de lait possible le plus rapidement possible; peut-être ressent-il l'excitation de sa mère et sa nervosité, qu'il s'en imprègne et se retrouve dans l'incapacité de les digérer et les rejette en même temps que le lait; peut-être ne supporte-t-il pas ces moments volés, excessifs, cette mère non présente qui s'approche de lui au moment choisi par elle, le nourrit et le quitte, et il vomit ce mauvais lait, ce mauvais sein pour lui.

¹ Seul service hospitalier de l'Afghanistan accueillant les personnes souffrant de troubles mentaux.

² Espèce de céréales avec des propriétés nutritionnelles très pauvres et traditionnellement donnée aux nourrissons.



On ne peut toutefois écarter un problème physiologique (un type d'alimentation inadapté à la naissance ayant entraîné des maux d'estomac) sur lequel viennent s'inscrire les enjeux fantasmatiques. Son lait était sale, impropre à la consommation selon sa belle-mère. Allah a été nourri au zouf. La question du lait de la mère comme «bon» ou «pas bon» pour l'enfant est donc posée d'emblée par la belle-mère. Dans ce court récit, on ne sait pas quelle était l'opinion de la mère sur l'allaitement de son enfant à la naissance. Il est probable que son avis n'ait pas été pris en considération et c'est à la belle-mère que revient de dire ce qui est bon ou pas bon pour l'enfant. En cela, elle est garante d'une tradition culturelle afghane, qui veut que le colostrum soit rarement donné aux enfants (surtout en province or cette famille vient de Pakia et non de Kaboul) et que la mère se lave trois jours seulement après l'accouchement. Au cours de ces trois jours, elle reste avec son bébé mais est sale, impure. Son lait l'est aussi. Le bébé est nourri par des produits qui viennent de la famille paternelle car ils seraient meilleurs pour lui. Selon la mère, ils ont rendu l'enfant malade. Ce qui vient de la famille, de la belle-mère n'a pas été bon pour lui. On ne sait pas bien ce qui se passe entre le troisième jour où la mère pouvait en principe commencer à allaiter son bébé et le dixième jour où on ne lui donne plus de zouf. On peut penser que la montée de lait n'ayant pas été aidée par une mise au sein après la naissance, il a fallu un temps transitoire, un temps intermédiaire où l'enfant est allaité et reçoit en complément du zouf. Période transitoire où le nouveau-né reçoit de la nourriture provenant des deux côtés de la famille. Finalement, l'enfant est gardé par la belle-mère et nourri par sa mère mais vomit juste après l'allaitement. Plus rien n'est bon pour lui: le zouf lui a procuré des maux d'estomac et le lait maternel est vomi. Cette histoire de nourritures, bonnes pour l'enfant ou le rendant malade, s'inscrit dans un cadre conflictuel. La mère dit qu'il n'y a pas de coopération entre les membres de la famille. L'enfant semble pris dans ce jeu des relations conflictuelles, dans ce rapport de forces et on se demande ce qui est peut-être bon pour lui. Seul avec sa mère après la naissance, la nourriture suggérée par la grand-mère l'a rendu malade. Seul avec sa grand-mère, il ne supporte pas le lait de la mère. Il semble signifier l'impossibilité d'unir les deux branches familiales: sa mère et la lignée paternelle. Il en est pourtant le produit même puisqu'il vient à la fois du père (et donc de la belle-mère) et de la mère. Quel compromis trouver, comment concilier ces deux parties antagonistes? Dans ce cas précis, le lait thérapeutique fit tiers au moins pour un temps. Mais comment se passera le retour à la maison? On comprend bien à travers cet exemple comment l'activité domestique est organisée par la belle-mère selon des critères qui dépassent une répartition de la charge de travail mais jouent sur le lien qu'elle a établi avec sa belle-fille, sur la place qu'elle accorde à la naissance et à l'arrivée du nouveau-né.

L'infanticide par vengeance, les rêves brisés de Leila

Dans la petite salle de la structure de jour, l'équipe me présente une grand-mère et son petit-fils. Celui-ci, âgé de 3 mois, «ne veut pas» téter. Il a déjà eu la jaunisse et, depuis, est couvert de plaques rouges entre les jambes, sur les mains, dans les plis du cou. Après quelques minutes de discussion, la mère arrive et prend l'enfant en pleurs que lui tend sa mère. Elle est jeune, a mis des paillettes sur ses paupières et porte une jolie robe en velours. Nous poursuivons la discussion. La mère explique le refus de son enfant de téter. À notre demande, elle présente le sein à l'enfant qui se montre tout à fait prêt à téter malgré la mauvaise position de la mère. Après deux ou trois minutes, la mère recouvre son sein et repose l'enfant à côté d'elle. Il pleure à nouveau. Elle le laisse à côté d'elle.

Voici l'histoire de Leila et de son enfant telle qu'elle nous l'a racontée au cours de l'entretien que nous avons eu en privé avec elle: tout a commencé environ deux ans plus tôt lorsque le fils de son oncle avec lequel vit la famille a décidé qu'il n'était pas convenable qu'elle continue d'aller à l'école. Malgré ses pleurs et ses cris, sa famille l'a fait rentrer à la maison. Peu de temps après, le fils d'une tante lui présente un homme cherchant épouse. Leila ne souhaite pas se marier et ne se sent pas prête, mais elle n'a pas voix au chapitre. L'homme qui leur est présenté est jeune et vit la plupart du temps au Pakistan car il travaille pour une ONG internationale. Il représente un bon parti pour la famille et promet de faire construire prochainement une maison pour sa nouvelle famille. C'est important pour la famille car la sœur aînée de Leila a été mariée à un homme pauvre et vit maintenant dans des conditions très difficiles. Cet homme semble pouvoir offrir un meilleur avenir à leur cadette. Ils sont fiancés pendant deux mois au cours desquels ils vont se promener au bazar et achètent

des bijoux et des vêtements, comme on le fait normalement au cours de cette période. Puis arrive le mariage. Les époux vivent chez la mère de la mariée¹ en attendant la construction de la maison.

Après trois mois, Leila est enceinte. À peu près à la même période, son mari doit retourner pour quelques mois (deux ou trois maximum dit-il) au Pakistan pour travailler. Au cours d'un appel téléphonique, il lui passe une femme qui se présente comme la première épouse. La famille de Leila découvre alors que celle-ci est la troisième épouse. À cette nouvelle, Leila est totalement désespérée, elle se sent abandonnée et trompée. Elle cesse de manger, dort mal, pleure nuit et jour, veut rester seule. Elle prend en cachette du paracétamol et porte de lourdes charges, espérant provoquer une fausse couche. En vain. Les coups de téléphone du mari s'espacent et le dernier remonte à six mois.



Elle raconte qu'elle n'a rien ressenti quand elle a vu son enfant après l'accouchement. Pour la naissance, elle a reçu les félicitations de sa belle-mère, de ses belles-sœurs, des nouvelles des co-épouses mais aucune de son mari. Elle n'aime pas allaiter son enfant et souhaiterait qu'il disparaisse, après quoi elle se suiciderait. Mais dès qu'il est malade, elle a peur. L'autre jour, pour la première et unique fois, elle a pensé à son enfant, a senti son cœur s'accélérer, l'a pris dans ses bras et l'a posé contre sa poitrine. Elle s'est sentie mieux. Mais la plupart du temps, c'est sa mère qui s'occupe de ce bébé. Elle, elle n'en a pas envie. Elle voudrait aussi que sa mère s'occupe davantage d'elle, comme quand elle était petite.

Les voisins, la famille se moquent d'elle aujourd'hui, disent qu'elle a été abandonnée par son mari, que la situation n'est pas acceptable. Elle aussi trouve la situation inacceptable. Elle veut aller au Pakistan quand son enfant ira mieux. Elle est prête à accepter les premières épouses, à oublier les mensonges. Tout pour ne plus vivre dans sa propre famille alors qu'elle est mariée et a un enfant.

Comment comprendre l'histoire de Leila? Leila n'a pas fini de grandir. Elle veut continuer l'école, elle veut continuer à apprendre. Mais le fils de sa tante n'est pas de cet avis, il pense qu'elle est trop grande pour continuer à aller à l'école; elle est déjà trop femme et il n'est plus convenable qu'elle se rende à l'école. Le fiancé que l'on choisit pour elle semble l'amener à mieux accepter l'idée de mariage: il est jeune, il dit bien gagner sa vie, il vit au Pakistan, ce qui est plutôt valorisé en Afghanistan, il est probablement assez éduqué puisqu'il travaille dans une ONG. Au cours des fiançailles, les avantages liés à sa nouvelle condition de femme semblent prédominants: on lui achète des vêtements, des bijoux. Des atours qui mettent en valeur sa féminité et valorisent la séduction. Cette période est décrite un peu comme un conte de fées: la petite fille rencontre le prince charmant. Pour cela, grandir, devenir femme peut valoir la peine. Peu de temps après le mariage, elle se retrouve enceinte. Avec cette grossesse, arrivent les mauvaises nouvelles, le désenchantement. Ses parents qui avaient voulu le mieux pour elle, qui espéraient pour elle un sort meilleur que celui de sa sœur, sont à nouveau dupés. Ce mari dont on leur avait vanté les mérites a déjà plusieurs épouses mais ne leur en a rien dit.

Maintenant que Leila est mariée, a perdu sa virginité et attend un enfant, la famille n'a plus aucun recours. Certains signes auraient peut-être pu les alerter: contrairement à la tradition, Leila n'est pas

¹ En principe, les mariés vont vivre dans la famille de l'époux.



partie vivre dans sa belle-famille après le mariage, le mari parlait de faire construire plus tard une maison à Kaboul. Mais en même temps, cet homme représentait un bon parti, ce qui rassurait les parents par rapport à leur autre fille. En outre, on pouvait expliquer la situation actuelle par le fait que le futur mari travaillait au Pakistan. Leila, elle, se sent trahie, trompée par les adultes. Ils lui ont interdit de continuer l'école, ils lui ont choisi un mari qui s'avère être un menteur. Elle avait cru au prince charmant et elle découvre qu'elle n'est que la troisième épouse. Cette trahison l'entraîne dans un fort état dépressif et d'anxiété; elle dort mal, ne mange plus. Dans son ventre grandit un enfant, fruit de son union avec cet homme qui l'a trompée. Elle ne veut pas de ce bébé, le refuse et tente de le faire disparaître. Mais ses tentatives échouent et l'enfant arrive. Il est accueilli par sa famille et sa belle-famille mais pas par son père. Son mari ne la reconnaît même pas en tant que mère. L'arrivée de cet enfant n'est portée par aucun des deux parents. S'il survit, c'est grâce à sa grand-mère maternelle qui s'occupe de lui, qui le maternel. Pour sa mère, il est le rappel de la trahison. Il symbolise aussi son nouveau statut, celui de mère, qu'elle refuse car il la situe dans le monde des adultes. Ce que Leila voudrait, ce serait redevenir une petite fille, maternée elle aussi par sa mère, un retour à un monde d'insouciance et d'amour.

Au sein de cette dynamique familiale, le bébé est le fruit des projections maternelles: il refuse le sein. L'observation de la tétée nous montrera le contraire, un enfant avide du contact avec sa mère, un enfant qui boit goulûment au sein jusqu'à ce que sa mère ne puisse plus supporter ce contact corps à corps et y mette fin. Le bébé réagit au rejet de sa mère par des plaques rouges qui lui couvrent le corps¹. Il pleure, il appelle, il a faim mais sa mère ne répond pas à ses besoins. Leila n'aime pas allaiter son bébé, elle aimerait qu'il disparaisse comme pour annuler ce qui s'est passé. Cette attitude est décrite dans les cas de néonaticides et de vœux de mort de l'enfant où l'on observe une régression à des mécanismes de pensée magique dans une tentative d'annulation magique de la grossesse. La disparition de l'enfant pourrait la ramener à sa situation d'avant, comme si tout cela n'avait jamais existé. Ou bien elle pourrait se tuer elle aussi. Pourtant, à la regarder, dans sa jolie robe et bien maquillée, je vois plutôt une jeune fille encore rêveuse. On sent un lien fragile et ténu avec cet enfant. Elle a peur lorsqu'il est malade, peur sans doute qu'il disparaisse, que son fantasme infanticide ne devienne réalité. Entre l'indifférence à la vue de son enfant à l'accouchement, et la peur quand il est malade, Leila a vécu une nouvelle expérience, a ressenti une nouvelle sensation: pour la première fois, elle a pensé à lui en sentant battre son cœur. Elle a alors recherché le contact avec lui, contact de plaisir, contact d'amour. Ce moment, si fugitif soit-il, semble lui avoir fait vivre une émotion nouvelle, de l'acceptance de cet enfant.

Je n'ai pas suffisamment d'informations, à la lumière de cet unique entretien, pour comprendre comment la grand-mère maternelle assurait un étayage affectif suffisant pour cet enfant. De ce que j'ai observé, elle avait un bon contact avec lui mais dépendait de sa fille pour le nourrir. On peut faire l'hypothèse qu'elle devait également ressentir une profonde culpabilité du fait de ne pas avoir réussi à mieux marier sa cadette et à la protéger. À la vue de ces deux femmes et de ce bébé, j'ai pensé que si elles avaient eu le choix, elles auraient préféré continuer à vivre ensemble ainsi. Ce sont les sarcasmes de la famille et du voisinage qui rendaient le maintien de cette situation impossible: il n'était pas admissible qu'une jeune femme vive avec son bébé chez ses propres parents. Certains auteurs avancent l'idée que le geste infanticide est un équivalent suicidaire. L'infanticide



© ACF - Afghanistan

¹ «L'eczéma des enfants de moins de deux ans signifierait le manque d'un contact physique tendre et enveloppant de la part de la mère.» (Anzieu, 1985, p. 34). Anzieu reprend à son compte l'hésitation de Spitz quant à l'interprétation de l'eczéma: s'agit-il d'une tentative d'adaptation où l'enfant tente à travers l'eczéma d'encourager sa mère à le toucher davantage ou un mode d'isolement narcissique ou une réaction de défense dans laquelle l'enfant se procure, à travers l'eczéma des stimuli que la mère lui refuse?

serait en quelque sorte, si l'on s'appuie sur des notions telles que celles de lien fusionnel ou d'identification projective, tuer une partie de soi-même. Une corrélation entre taux de suicide et taux d'infanticide a été mise en évidence dans des études transnationales. En revanche, l'infanticide n'a pas de lien statistiquement significatif avec le taux d'homicides. Les auteurs font l'hypothèse d'une racine commune entre le geste infanticide et le geste suicidaire (Dayan, Andro et al., 2003)¹. Pour Leila, l'infanticide et le suicide semblent être perçus comme le moyen de s'extraire de la situation, de l'annuler, le seul moyen à sa disposition pour trouver une issue.

La déprivation de sein, réelle ou imaginaire, est parfois l'expression d'un désir conscient ou inconscient d'infanticide. Les motifs de l'infanticide sont multiples, allant du refus d'un nouvel enfant, à la déception d'avoir une petite fille ou à l'impossibilité d'accepter cet enfant, symbole d'une union entre deux lignées dont on ne veut pas ou d'une situation que l'on veut annuler. Il peut aussi s'inscrire dans un cadre plus global de «comportement de privation hostile», concept qu'invente Lachal (2000)² pour décrire des mères qui, en Palestine, privent volontairement leur bébé de nourriture afin qu'il meure. La guerre, la privation imposée par Israël produisent une violence qui envahit la sphère familiale et les relations mère-bébé. Le bébé devient l'ennemi et subit deux types d'attaque: la privation de nourriture et de soins et le jet dans le puits. Attaques déterminées par les croyances culturelles d'une part et par la situation de conflit d'autre part. En Afghanistan aussi, cette déprivation de sein se dit et/ou entraîne une insuffisance en lait maternel, acceptable non seulement socialement mais aussi probablement psychologiquement. Elle exprime l'agressivité de la mère envers son nourrisson sans entraîner de culpabilité. A contrario, certaines situations soulignent une vitalité et une force hors du commun pour tenter de se sauver.

Histoire de Leeka et Kasia : la fuite pour survivre³

Vendredi matin, Kaboul, Hôpital de Maywand (juin 2006):

Une femme est là, assise, fixant le sol, les yeux dans le vide. Elle est arrivée cette nuit, les travailleurs psychosociaux l'ont accueillie, elles se sont occupées d'elle et aujourd'hui, elles me demandent de la rencontrer.

Je me présente, je suis Mélanie, et si elle accepte je serais là pour écouter son histoire, ce qu'elle a envie de m'en dire, mais surtout pour les aider au mieux, elle et sa fille, Kasia.

Leeka a 21 ans, elle a quatre enfants et vit à Kandahar. Elle sort tout droit de ces cauchemars dont on entend sans cesse parler, et qu'on rencontre ici bien trop souvent. Mariée à 16 ans à un homme de 20 ans son aîné, Leeka est résignée, elle sait que c'est le destin de nombreuses filles afghanes. Un an après, elle met au monde un beau bébé, un petit garçon qu'elle nomme Noor. Mais très vite elle tombe à nouveau enceinte et c'est une grossesse difficile qui l'attend. Elle se lève pourtant chaque matin à 4h pour faire le repas du matin, faire le ménage, aller chercher de l'eau au puits.... Et la journée ne fait que commencer. Elle met au monde une fille, puis une deuxième, ce que son mari a du mal à supporter. Alors, comme elle vieillit et est de moins en moins productive, il prend une seconde épouse, plus jeune, plus fine, plus belle, pas encore marquée par les grossesses et le travail. Commence alors la descente aux enfers, la maltraitance envers elle et ses filles, la malnutrition, le trop plein de travail, les journées qui n'en finissent plus, les viols à répétition. Leeka met une troisième fille au monde il y a six mois. Son mari ne le supporte pas. Elle sait que si elle reste, elle va mourir. Le stress et la peur font baisser très vite la quantité de lait qu'elle peut donner à sa fille. Elle la voit mincir à vue d'œil, elle veut la sauver. Devant l'image de sa fille morte, Leeka rassemble alors tout son courage, le peu qu'il lui reste, en pour son enfant, elle tente l'impossible.

Elle fuit, laissant ses trois enfants plus grands avec une infinie tristesse, et elle va parcourir pendant des jours et des nuits la distance qui la sépare de Kaboul.

Je l'écoute raconter sa vie, si ressemblante à tant d'autres femmes dans ce pays. Je suis en face, j'écoute sans perdre une miette de ses mots, ses émotions, ses postures, mais je suis là, et je ne sais quoi dire pour l'aider. C'est ce sentiment d'impuissance que l'on ressent si souvent pendant les missions humanitaires, ce sentiment de vouloir tout effacer, tout donner et en même temps s'oublier.

¹ Dayan J., Andro G. et al. (2003). Psychopathologie de la périnatalité.

² Lachal C. (2000). Le comportement de privation hostile, L'autre, Revue transculturelle. Ed. La Pensée Sauvage, n°1, Juin.

³ Cas suivi et raconté par Mélanie Couvreur.



Je pose une main sur son épaule, Leeka me sourit et me dit merci... Alors mon cœur s'illumine, je mets du temps à comprendre que la plus grande aide que je peux lui donner à ce moment-là est de la considérer comme une femme, une personne avec des droits, un prénom, une identité qu'elle avait complètement perdue.

Ce jour-là, je jette juste un coup d'œil à Kasia qui est posée à terre, sur un lange, un hidjab, les os saillants et la bouche ouverte. Elle semble si petite, si fragile.

Je les laisse se reposer et repars avec l'étrange sensation d'avoir pris une partie de leur fardeau. Je leur promets de revenir le lendemain.

Samedi matin:

Je retrouve mes collègues de Maywand hospital et nous allons ensemble retrouver Leeka et son enfant. Kasia a les yeux ouverts, de toutes petites fentes laissant entrer si peu de lumière.

Son corps est écrasé par la pesanteur, ses membres fins semblent peser des tonnes. Les articulations sont saillantes et ce petit corps semble dénué de vitalité et de force. J'observe très peu de mouvements spontanés, et les gestes sont très lents. Elle est extrêmement fatigable.

Je réalise alors qu'il va falloir y aller doucement, tout doucement, à leur rythme. Le premier objectif, déjà bien ambitieux, sera de redonner à cette femme sa place de maman, de l'accompagner, lui redonner confiance en ses capacités d'être une bonne mère.

Et pour cela, la fonction nourricière est importante. Ainsi, nous utilisons la technique de relaxation: avec l'accord de la maman, l'équipe déjà bien formée pose un tuyau au bout du sein relié à un verre de lait. Ainsi quand l'enfant est au sein, et lorsque qu'il tète, il obtient le lait. Cette méthode est incroyable, d'abord parce que le corps et le psychisme de la mère sont capable de reproduire du lait et parce que l'enfant peut se construire autour de l'oralité, autour d'un sein doux et chaud et non autour d'une sonde ou d'une cuillère en fer.

Pour Kasia, le premier travail sera «la mise en forme» du corps afin de la regrouper, de lui donner accès à son corps, de favoriser les gestes. Grâce à des draps nous installons un petit cocon autour d'elle qui lui soutient la tête, qui l'entoure au niveau des épaules et qui relève légèrement les genoux afin de retrouver un enroulement naturel.

Les premiers jours, elle est tellement faible que nous favorisons le bien être, les chants par sa maman quand elle est éveillée, un toucher agréable sur le corps, des caresses, de la tendresse, autant que Leeka est capable d'en donner sans en avoir jamais vraiment reçu. Les massages sont encore compliqués tant elle est fragile et la peau prête à craquer.

Sa maman la regarde avec affection et désespoir, un regard teinté de culpabilité. Elle aussi a besoin d'étayage, de soutien, de retrouver après toutes ces années son énergie, sa capacité à faire des choix, à redevenir la femme qu'elle est.

Une semaine plus tard:

Leeka ne fera pas partie de ces quelques femmes qui voient leur allaitement produire à nouveau du lait, malheureusement. Mais durant ce moment privilégié, elle sent sa fille contre elle, elle sent qu'elle lui fait du bien, elles se font du bien.

Kasia a pris du poids, elle semble plus vive, ses yeux pétillent, son corps est en début de vie. Du coup Leeka est rassurée, elle sourit, elle va mieux même si la tristesse revient souvent au galop lorsqu'elle pense à ses enfants restés à Kandahar ou lorsqu'elle pense à son avenir. Nous commençons alors de courtes sessions d'éveil grâce à des objets de couleurs contrastées afin d'accrocher son regard, de l'inciter à se mouvoir, à attraper, à prendre ses pieds, à se découvrir... son poids est toujours faible et son retard psychomoteur est tel qu'elle reste extrêmement fatigable et qu'elle passe beaucoup de temps à dormir dans son cocon ou dans un hamac de fortune fabriqué à partir du hidjab de sa maman et attaché entre deux lits, mais elle progresse pas à pas et finalement étonnamment vite. Je vois déjà une petite fille bien différente de la première rencontre, une petite fille vivante.

3^e semaine:

Cette semaine, nous décidons de proposer des séquences de massage mères-enfant en groupe. Kasia semble moins fragile et plus éveillée.

Les massages ne sont ni décrits, ni instruits, mais ils s'appuient sur l'instinct et les gestes culturels de ces femmes. Nous sommes là simplement pour accompagner et porter leurs potentiels. Nous choisissons une huile avec une odeur marquée afin de procurer une enveloppe odorante pour l'enfant. Les femmes se prêtent bien au jeu.

Nous essayons d'introduire autant que possible des pressions sur tout le corps, ainsi que des mouvements du bassin au cours des langes et des diverses manipulations afin de «remettre le corps en route». Les femmes prennent souvent ce rôle au sérieux, car elles se rendent actives et participent ainsi à la guérison de leur enfant.

Nous incitons les mamans à parler à leur enfant, à les envelopper de paroles douces et rassurantes, mais bien plus important que le langage me semble-t-il, nous leur proposons d'être toniquement et émotionnellement ajustées à leur enfant, d'être leur reflet, le miroir de leur sensations.

4^e semaine:

Cette semaine Kasia se montre de plus en plus éveillée et nous entamons ainsi les séquences de jeux, d'éveil. Le but est alors de la rendre active, de l'inciter à bouger, à chercher, à essayer, à reprendre complètement vie. Nous l'incitons avec l'aide de sa maman à se mouvoir, à retrouver du tonus, de l'appétence, de la volonté et pas seulement à se laisser aller dans un bien-être passif.

En même temps que sa fille, Leeka aussi reprend vie, réapprend à sourire, redécouvre le développement d'un enfant, ses compétences avec beaucoup d'étonnement et de complicité.

Les jouets sont un mélange de jeux trouvés sur le marché et d'autres jouets ont été fabriqués avec des objets récupérés par mes collègues afghanes (cabane en carton, portique d'éveil, balles, foulards...).

5^e semaine:

Alors que nous voyons la guérison et donc la sortie de Kasia arriver à grand pas, nous ressentons la tristesse et le vide envahir à nouveau Leeka. Nous comprenons très vite que l'avenir n'est fait de rien pour cette femme, devant il n'y a que du noir, de l'incertitude, de la peur, du vide. Que va-t-elle faire, où va-t-elle aller?

Mes collègues afghanes vont alors se mobiliser pour l'aider à trouver des solutions. Elles vont chercher ensemble de la famille qui habite à Kaboul et qui accepterait de l'accueillir. C'est finalement une tante qui habite tout prêt de Bar i zanana (le jardin des femmes) qui accepte de l'accueillir et de l'héberger un temps.

Nous voilà tous rassurés et en même temps partagés... nous savons tous que le destin d'une femme seule n'est pas rose, nous avons tous en tête les enfants de Leeka restés à Kandahar, nous avons tous dans le cœur cette ambivalence de joie et de tristesse sans pour autant le dire. C'est dans cette ambiance que nous dirons au revoir à Kasia et Leeka après presque sept semaines passées au centre nutritionnel thérapeutique de Maywand.

La problématique d'allaitement de Leeka nous montre à quel point cette fonction biologique est reliée à l'état psychologique de la mère. Voici un encart expliquant les recherches qui ont été effectuées dans ce domaine, afin de mieux appréhender les difficultés de lactation:

RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT TECHNIQUE : L'EXEMPLE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÛE SÉVÈRE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 6 MOIS

En 2002, plus de 30% des enfants admis dans les centres nutritionnels de Kaboul gérés par ACF avaient moins de 6 mois. Habituellement, on pense que l'allaitement «protège» les nourrissons. Ils sont ainsi exclus le plus souvent des enquêtes nutritionnelles et ne sont pas toujours pris en compte lors des campagnes de détection de la malnutrition. Le diagnostic de malnutrition est difficile à établir pour ce groupe d'âge. Les critères d'admission étaient définis par «la mère manque de lait» et/ou «enfant trop faible pour téter», indépendamment du statut nutritionnel de l'enfant. Ces premiers critères ont été exclus en juin 2005 pour leur manque de fiabilité. En effet, la plainte de manque de lait est extrêmement courante en Afghanistan; la vérification du sein pour juger de la quantité de lait est très controversée et ne



constitue pas une garantie car le résultat est variable selon le moment où cette vérification est faite (avant ou après une tétée par exemple). Dans la majorité des cas, l'équipe ne vérifiait même pas si la mère avait du lait ou non. Des critères anthropométriques ont été mis en place au fil du temps en s'appuyant sur l'expérience dans les centres. Il était dans ces conditions difficile d'évaluer l'ampleur du phénomène.

De plus, de nombreuses questions se posent quant au traitement à leur prodiguer. L'enjeu principal de la prise en charge vise à augmenter la production de lait maternel afin que la mère soit capable de nourrir son enfant sans le recours au centre nutritionnel après l'arrêt du traitement. Pour cela, on utilise la «technique de relactation supplémentaire» (cf. figure ci-contre).



Technique de relactation

L'enfant prend le lait thérapeutique à travers un tube en même temps qu'il tète le sein, il stimule ainsi la production de lait de la mère. Le volume de lait thérapeutique supplémentaire est progressivement diminué à mesure que la production de lait maternel augmente, et ce jusqu'à ce que l'enfant prenne du poids en étant uniquement allaité pendant cinq jours consécutifs.

Face à ces difficultés de terrain et à l'absence de protocole reconnu au niveau international sur la prise en charge de l'enfant de moins de 6 mois, ACF a développé toute une stratégie de recherche et de développement technique sur cette question. Celle-ci comprenait deux niveaux :

- d'une part, faire émerger cette problématique dans les forums internationaux sur la malnutrition afin de stimuler la réflexion, la recherche sur ce sujet et apporter des réponses aux questions opérationnelles que nous rencontrons sur le terrain,
- d'autre part, la mise en œuvre d'études et d'interventions notamment en Afghanistan pour mieux comprendre la problématique et pour mieux y répondre.

Ces deux niveaux se nourrissent l'un l'autre.

■ Emergence de cette problématique au niveau de l'agenda international

ACF par l'intermédiaire d'experts internationaux en nutrition a porté cette question dans l'agenda des recherches prioritaires de l'OMS en 2004. En parallèle, ACF est devenu membre du groupe «Infant Feeding in Emergencies¹». Ce groupe est composé d'experts dans ce domaine qui cherche à promouvoir la bonne prise en charge alimentaire des très jeunes enfants dans les situations d'urgence mais aussi à stimuler la réflexion et la recherche sur ce sujet. Cette collaboration a abouti à un projet mené conjointement par Emergency Nutrition Network (ENN), l'University College of London (UCL) et ACF : le projet «Management of Acute severely Malnourished Infants» (MAMI)² en 2008/2010. Ce projet dressait un état des lieux de la problématique des enfants de moins de 6 mois sévèrement malnutris à travers le monde, montrant ainsi que ce problème dépassait largement les frontières de l'Afghanistan et était souvent sous-estimé dans les pays d'intervention. Il recensait également les prises en charges existantes, soulignait le manque de consensus au niveau international et proposait des pistes de recherche à conduire pour la prévention et le traitement des enfants sévèrement malnutris.

En 2012, un second volet du projet MAMI est en cours d'élaboration afin d'évaluer les pistes de recherche prioritaires et développer certains de ses projets. En parallèle, plusieurs formations ont été conduites pour former le personnel du terrain et dans les sièges des organisations à la prise en charge de ce groupe d'âge, des manuels ont vu le jour. Des recherches opérationnelles ont également été conduites comme celle décrite ci-dessous en Afghanistan ou la comparaison de l'efficacité de traitement avec un lait thérapeutique ou avec un lait pour nourrisson classique (recherche conduite au Congo par Caroline Wilkinson pour ACF).

■ Mise en œuvre d'études et d'interventions en Afghanistan

Lorsque nous demandions aux mères pourquoi leurs enfants de moins de 6 mois souffraient de malnutrition, elles répondaient «parce que je manque de lait». La question de l'insuffisance en lait

¹ Groupe sur l'alimentation des nourrissons et des très jeunes enfants dans les situations d'urgence.

² <http://www.enonline.net/research/mami/>

maternel peut apparaître dans des situations assez diversifiées: croissance pondérale lente, perte de poids, pleurs ou agitation de l'enfant, changement de ses rythmes, perception de seins souples, changements de l'aspect du lait... Afin de mieux appréhender le phénomène, il convient de différencier trois niveaux de l'insuffisance en lait maternel (Gremmo-Féger, 2003)¹:

- une incapacité physiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait qui résulte de problèmes physiologiques (chirurgie, causes hormonales...). Elle est rare (moins de 5% des mères) et ne peut expliquer le phénomène de l'insuffisance en lait maternel en Afghanistan même si le pourcentage pourrait y être plus élevé en raison des carences nutritionnelles chroniques de femmes².
- une insuffisance de lait secondaire faisant suite à une conduite inappropriée de l'allaitement ou à une demande insuffisante de la part de l'enfant. La production de lait est stimulée par des tétées suffisamment nombreuses et adéquates de l'enfant. Une mauvaise position au cours de la tétée, une fréquence trop faible de mises au sein... risquent d'aboutir à une diminution de la production de lait.
- la crainte ou la perception d'un manque de lait peut résulter d'une conjonction de facteurs (manque de confiance dans sa capacité à nourrir son enfant, pleurs de l'enfant interprétés comme une manifestation de faim qui persiste malgré l'allaitement...)

En tant que psychologues, c'est moins l'insuffisance en lait en elle-même qui nous intéresse que ce qu'elle révèle et le sens qu'elle prend pour les femmes et les familles concernées. L'allaitement est bien sûr un acte nourricier mais il renvoie aussi au don, à l'amour, aux liens de filiation. Il s'inscrit dans une relation plus globale, réelle et imaginaire, entre une mère et son enfant. Mais il implique bien plus qu'une relation interindividuelle. Les conditions économiques, sociales facilitent ou non son succès, tout comme les aspects symboliques (Maher, 1992)⁵.

Il nous semblait qu'il y avait quelque chose d'autre à entendre derrière cette plainte de lait et c'est ainsi que s'est construit tout un travail pour mieux comprendre ce qui se passait pour ces femmes afghanes et leurs bébés. Plusieurs études ont été faites: enquête nutritionnelle auprès des enfants de moins de 6 mois dans Kaboul, étude comparative sur les pratiques de soins et la santé mentale maternelle de femmes d'enfants malnutris et non malnutris, recueil d'histoires de vie, dossiers de patients dans les centres nutritionnels, etc. Chaque nouvelle avancée dans la compréhension de la problématique nous conduisait à enrichir le programme et à proposer de nouvelles activités. Concrètement, il est apparu rapidement que les mères, même si elles rencontraient des difficultés autour de l'allaitement, le poursuivaient mais introduisaient aussi très rapidement l'alimentation complémentaire de façon inadaptée. Il était donc important d'intervenir en amont dès que la mère avait l'impression de manquer de lait sans attendre que son enfant ne devienne malnutri car elle risquait alors de mettre en œuvre des pratiques inadéquates.

Le travail au sein des centres nutritionnels a été renforcé par l'embauche de travailleurs psychosociaux à l'écoute des parents, en appui de la relation parents-enfants. La relation entre l'équipe soignante et les patients a été transformée pour devenir une alliance plutôt qu'une méfiance réciproque. La connaissance de l'histoire des mères et de leurs bébés permettait de leur offrir un soutien et une aide plus personnalisée. L'ensemble de ces données nous a conduits à formuler l'hypothèse que l'insuffisance en lait maternel était bien souvent pour les femmes afghanes une manière culturellement acceptable de dire leur mal-être: un mal-être parfois personnel, parfois dans le lien à leurs enfants. Ainsi, des corrélations fortes ont été observées entre les conflits et les violences au sein de la famille et le manque de lait, ainsi qu'entre la dépression maternelle et l'insuffisance en lait maternel. En effet, comment donner la vie, nourrir quand on a soi-même envie de disparaître?

Au-delà des tendances statistiques, ce sont les histoires de chaque femme et de chaque bébé qui soulignaient à quel point l'insuffisance en lait maternel et la malnutrition de ce bébé-là pouvait avoir un sens et se travailler en complément du traitement médico-nutritionnel pour qu'un lien se (re) construise ou qu'un mieux-être apparaisse.

¹ Gremmo-Féger, G. (2003). *Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit*. Spirale n°27 (Editions Erès).

² Cet argument lui-même reste discutable puisque l'expérience d'ACF dans des situations d'urgence où les femmes sont carencées nutritionnellement, montre que l'insuffisance en lait maternel est rarissime. Comme au cours de la grossesse, le corps va puiser en priorité sur ses réserves pour nourrir le fœtus ou produire du lait – mécanisme de survie de l'espèce. Le biologiste ne peut expliquer à lui seul le phénomène.



BIBLIOGRAPHIE

- **Anzieu, D.** (1985). *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- **Bizouerne, C.** (2008). *Insuffisance en lait maternel et souffrance psychologique en Afghanistan – approche psychologique clinique en situation humanitaire*, Thèse de doctorat de psychologie clinique, Université Bordeaux 2.
- **Dayan, J.; Andro, G. et al.** (2003). *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson.
- **Gremmo-Féger, G.** (2003). *Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit*. Spirale n°27 (Editions Erès).
- **Lachal, C.** (2000). *Le comportement de privation hostile*, L'autre, Revue transculturelle. Ed. La Pensée Sauvage, n°1, Juin.
- **Lacoste-Dujardin, C.**, (1996). *Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*. Paris, La Découverte Poches.
- **Maher, V.** (1992). *Breastfeeding in Cross-cultural Perspectives: Paradoxes and Proposals*. In **Maher, V.** *The anthropology of breastfeeding*. Berg, Oxford Providence: 1-37
- **United Nations for Children's Found (UNICEF)** (2012). Afghanistan. http://www.unicef.org/french/infobycountry/afghanistan_statistics.html accédé le 5 septembre 2012.
- **United Nation High Commissioner for Refugees (UNHCR)** (2012). UNHCR country operations profile – Afghanistan. <http://www.unhcr.org/pages/49e486eb6.html> accédé le 5 septembre 2012.
- **Van Egmond, K.; Bosmans, M.; Nacem, AJ et al.** (2004). *Reproductive Health in Afghanistan: Results of a knowledge, attitudes and practices survey among Afghan women in Kabul*. Disaster, 28(3).

3 - LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS AU BANGLADESH (2008-PRÉSENT)



© ACF, Sadeque Rahman Saed - Bangladesh



CONTEXTE

La situation humanitaire du Bangladesh préoccupe la communauté internationale depuis fort longtemps, car la région, avant son indépendance en 1971, était déjà soumise aux troubles politiques au sein du Pakistan.

Sa population est l'une des plus nombreuses et denses de la planète (population totale surpassant les 148 millions d'habitants¹ pour une superficie de 144000km²). C'est aussi l'un des pays les plus pauvres; 31,5% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté². La mauvaise administration, la corruption généralisée, la déficience des établissements et le taux élevé d'analphabétisme (seulement 56% des adultes savent lire et écrire³) qui perdurent ne font rien pour améliorer la situation. La vulnérabilité du Bangladesh s'explique aussi par sa situation géographique, qui en fait un endroit particulièrement propice aux catastrophes naturelles comme les inondations et les cyclones, sans parler des tremblements de terre.

Si l'on ajoute à cela un taux de natalité élevé, une très forte densité de population, une urbanisation chaotique et un chômage saisonnier endémique dans les régions rurales, la dénutrition devient un véritable fléau pour le pays (taux de retard de croissance national: 43%; insuffisance pondérale: 41%; émaciation: 17%⁴). La prévalence de la malnutrition au Bangladesh est parmi les plus élevées au monde. Ce phénomène est responsable de la moitié de la mortalité infantile au pays, le plus souvent en affaiblissant le système immunitaire des enfants, et il en touche plus de 500000 sous sa forme aiguë sévère. La capacité de diagnostic et de traitement au niveau national est insuffisante.

Les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants jouent un rôle non négligeable dans cette situation nutritionnelle: l'allaitement exclusif est peu répandu et l'alimentation manque de diversité. La malnutrition s'explique également par la pauvreté et l'insécurité alimentaire du pays, où l'on dénombre 56 millions de «pauvres absolus».

Les problèmes liés à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène au Bangladesh n'ont pas fini de susciter de l'inquiétude: l'eau est accessible, mais l'arsenic l'a contaminée aux quatre coins du pays; les latrines ne sont pas assez nombreuses; les pratiques d'hygiène sont déficientes.

Action Contre la Faim (ACF) est intervenu pour la première fois au Bangladesh en 2007 pour répondre à la situation d'urgence causée par le cyclone Sidr⁵.

C'est dans le district sud-est de Cox's Bazar, plus précisément dans des camps de réfugiés abritant des Rohingyas⁶ qui ont fui le pays voisin (Birmanie), qu'ACF a lancé en 2009 le premier programme en Santé Mentale et Pratiques de Soins.

Les Rohingyas ont commencé à traverser la frontière pour chercher refuge au Bangladesh à l'époque de la Seconde Guerre Mondiale. Un conflit complexe aux causes multiples prenant ses racines dans l'époque d'occupation coloniale qui opposait en Birmanie principalement les Bouddhistes Rakhines aux musulmans Rohingyas. Ce conflit était envenimé par l'idéologie nationaliste birmane et entretenu par des autorités religieuses bouddhistes. Finalement victimes de persécutions par les militaires, les Rohingyas ont cherché refuge au Bangladesh en trois grosses vagues: en 1948, les premiers sont arrivés tout juste après la déclaration d'indépendance de la Birmanie; en 1978, 200000 autres réfugiés se sont ajoutés, désireux d'échapper à la répression qu'ils subissaient là-bas; en 1991 et 1992, plus de 250000 Rohingyas astreints au travail forcé en Birmanie ont fait de même.

Au début, les Rohingyas vivaient dans 20 camps dans le quartier de Cox's Bazar. Bien que la plupart d'entre eux aient été rapatriés, il reste encore deux camps officiels avec 30000 réfugiés (janvier

¹ Banque mondiale, 2010

² Banque mondiale, 2010

³ Unicef, 2010

⁴ Unicef, 2010

⁵ Cyclone tropical ayant causé plus de 3000 morts.

⁶ Les Rohingyas constituent un groupe minoritaire comptant quelque 850000 personnes dans le nord de l'État d'Arakan (Birmanie), voisin du Bangladesh. D'un point de vue ethnique et religieux, ils sont apparentés aux habitants de Chittagong du sud du Bangladesh; leur langue est d'ailleurs analogue au dialecte chittagongien parlé par une grande partie de la population locale de Cox's Bazar. La Loi sur la Citoyenneté de 1982 de la Birmanie les a privés de leur statut juridique puisqu'ils ne faisaient pas partie des 135 ethnies nationales établies dans le pays avant 1823, année marquant le début de la colonisation britannique d'Arakan. En tant que minorité religieuse et ethnique, les Rohingyas sont victimes de persécution et de répression depuis des dizaines d'années.

2012): le camp de Kutupalong dans le sous-district (upazila) d'Ukhia et le camp de Nayapara dans le sous-district de Teknaf. Ces deux camps officiels relèvent du Refugee Relief and Repatriation Commissioner (RRRC) [Commissaire au soutien et au rapatriement des réfugiés], qui s'occupe plus précisément de leur gestion, de leur approvisionnement en eau, de la prestation de soins de santé primaire, du maintien de la loi et de l'ordre. L'UNHCR apporte l'aide humanitaire pour combler les besoins primaires et offrir les services de base (nourriture, abri, éducation, soins de santé, eau et assainissement).



© ACF, Sadeque Rahman Saed - Bangladesh

Le gouvernement du Bangladesh n'a accordé le statut de réfugié qu'aux Rohingyas qui sont arrivés de la Birmanie avant 1992 et habitent dans les camps officiels. Même si des vagues de réfugiés continuent d'affluer à Cox's Bazar, le gouvernement a refusé d'étendre le «statut de réfugié» aux nouveaux arrivants.

Les réfugiés clandestins arrivés au Bangladesh après 1992 ont donc commencé à s'installer dans les villages ou à vivre illégalement dans les camps de réfugiés. Malgré la précarité des conditions de vie¹, les Rohingyas ont continué à traverser la frontière. Le camp de fortune établi en janvier 2008 au bord du camp officiel de Kutupalong s'est donc agrandi, et sa population surpasse désormais celle du camp officiel d'à côté. Par ailleurs, jusqu'à 13000 Rohingyas clandestins vivent dans le camp de fortune de Leda Bazar, près du camp de Nayapara, sur des terres données par le gouvernement en 2008 après le déplacement d'un autre camp de fortune² (Tal Camp).

En tout et pour tout, environ 200000 réfugiés non enregistrés vivent dans des villages et des camps de fortune.

Le gouvernement du Bangladesh n'autorise pas les ONG à porter secours aux Rohingyas non enregistrés. Les quelques ONG internationales qui réussissent à poursuivre leurs activités les plus importantes dans les deux camps de fortune ne peuvent que leur apporter une aide humanitaire limitée. Le fait que les Mahjees, des leaders communautaires traditionnels internes souvent accusés de corruption, de violence et d'autres formes de maltraitance³ aient les pleins pouvoirs dans les camps officiels ne fait rien pour arranger les choses.

Notons que Cox's Bazar fait partie des districts les plus pauvres, les moins développés et les plus denses du Bangladesh. La population locale vit dans des conditions précaires, touchée par la dénutrition et le chômage. Dans un contexte où les sources de revenus ne sont pas nombreuses, elle doit se livrer à une concurrence féroce avec les Rohingyas, qui acceptent d'être payés moins cher. Cette situation n'est pas étrangère à l'hostilité des Bangladais envers les réfugiés.

Pour l'instant, nul ne sait ce qu'il adviendra du conflit qui perdure entre les deux parties. La communauté internationale, pour sa part, envisage le rapatriement et la relocalisation volontaires des

¹ Par exemple, chaque personne dispose de 9m² dans les camps officiels, un chiffre bien en deçà des normes du Projet SPHERE (projet à but non-lucratif ressemblant un ensemble d'organisations humanitaire dans le but d'améliorer la qualité de l'aide humanitaire apportée à un niveau international).

² Les conditions de vie dans le camp de fortune de Leda sont d'autant plus difficiles qu'il est situé dans une zone marécageuse de la rivière Raf, très exposée aux catastrophes naturelles (p. ex., pluies abondantes et inondations).

³ C'était aussi le cas dans les camps officiels, mais l'UNHCR a aboli le système des Mahjees en 2007. Désormais, ce sont les responsables de camp et des leaders communautaires élus qui s'occupent de l'administration quotidienne.



réfugiés enregistrés. Le programme n'a pas encore pris de l'ampleur¹, mais des rumeurs à son sujet commencent à circuler dans les camps et à influencer la manière dont les réfugiés voient leur avenir: le rapatriement semble la meilleure solution pour la plupart d'entre eux quand les conditions en Birmanie le permettront.

PROGRAMMES

Le fait qu'ACF travaille auprès des Rohingyas au Birmanie depuis 1994 (plus précisément dans le nord de l'État de Rakhine, à la frontière du Bangladesh) en fait un intervenant de premier choix dans les camps de réfugiés de Cox's Bazar.

Une évaluation des conditions de santé mentale et de pratiques de soins a été menée auprès des Rohingyas de Cox's Bazar en 2008. Il est très vite apparu qu'une intervention en santé mentale et pratiques de soins s'imposait. En effet, des événements critiques détériorent l'état de santé mentale des réfugiés: le déplacement forcé de populations, le processus d'émigration, la discrimination, la maltraitance et surtout les conditions de vie stressantes au camp, où l'existence se résume à la nécessité de survivre au jour le jour. Les tensions palpables, les occurrences de violence fréquentes (surtout basée sur le genre), l'espace limité dans les abris, l'absence d'emplois, les ressources économiques limitées et la structure sociale déficiente minent les individus, les familles et les communautés. La passivité, la dépendance à l'aide humanitaire, l'apathie, la dépression, le stress et la détérioration de la solidarité sociale sont évidents, et leurs implications nombreuses. En manque d'autonomie, les gens ont des difficultés à planifier leur avenir, d'où leur impression d'une «vie en attente» et leur capacité amoindrie à faire face aux problèmes journaliers. Un «système de survie» remplace alors un mode de vie axé sur la reconstruction et le développement.



© ACF - Bangladesh

En l'absence de solution durable et à long terme pour les réfugiés Rohingyas, cette «vie en attente» et ses

conséquences sont devenues la norme.

Ces données, qui ont mis en évidence la nécessité d'une intervention en SMPS, montrent aussi que les femmes enceintes, celles qui allaitent et celles qui prennent soin de nourrissons et de jeunes enfants, de même que les enfants de moins de cinq ans, seraient le principal groupe de bénéficiaires à cibler pour combattre la dénutrition dans le contexte des camps de réfugiés. La santé physique et psychologique des mères s'y aggrave compte tenu du rôle social vulnérable généralement attribué aux femmes dans la communauté Rohingya. Perçues traditionnellement comme les principales soignantes, les femmes sont censées passer tout leur temps à la maison pour prendre soin des enfants et accomplir les tâches ménagères quotidiennes. Elles sont totalement asservies à leur mari et à leur belle-famille, surtout si la belle-mère est présente. La détérioration de l'organisation traditionnelle de la vie et le manque de sources de revenus ébranlent encore davantage le statut de la femme.

Des pratiques répandues comme les mariages précoces et forcés, les grossesses fréquentes et à un jeune âge, la violence conjugale et l'impuissance en cas de divorce, qui minent la confiance en soi et la capacité à prendre des décisions, constituent également des facteurs aggravants de l'état de santé mentale des femmes. Quant aux problèmes liés aux agressions sexuelles dans les familles et aux viols, ils sont malheureusement légion dans les camps.

¹ Bien que les réfugiés Rohingyas aient reçu une première offre de relocalisation en 2006, peu en ont profité depuis ce temps: 13 en 2006, 75 en 2007 et 250 en 2008. Le gouvernement du Bangladesh a mis un terme à la relocalisation des Rohingyas en novembre 2010.

En plus d'assumer leur rôle habituel de principal soignant pour leur famille, certaines femmes doivent pourvoir à leurs besoins si le mari est absent. Elles doivent donc mener de front les activités de soins aux enfants et celles nécessaires pour générer un revenu à la famille. Ces responsabilités sont vécues avec d'autant plus de difficultés que ces femmes souffrent généralement d'un manque de soutien global de la part de la communauté.

La religion constitue une source majeure de réconfort pour un grand nombre de réfugiés. Toutefois, l'interprétation qui en est faite peut parfois renforcer certaines croyances et habitudes traditionnelles qui peuvent mener à des pratiques de soins infantiles et maternelles inadéquates et/ou nocives pour le bien-être et la santé des femmes et des enfants.

La santé mentale précaire des mères et des familles nuit souvent à leur aptitude à surmonter les difficultés de la vie quotidienne et à fournir assez de soins à leurs enfants.

L'objectif majeur du programme SMPS est de maximiser les ressources psychosociales, des familles pour déceler, soigner et prévenir la dénutrition chez les enfants et les conséquences néfastes. La composante SMPS est intégrée au programme Nutrition avec les composantes SAME et EAH, et ainsi offrir une approche holistique.

Le programme SMPS a débuté en 2008 dans les deux camps officiels, Kutupalong et Nayapara, et en 2009 dans le centre nutritionnel du camp non officiel de Kutupalong (camp nommé EMOP) et dans le camp officieux de Leda. En avril 2010, l'intervention dans ce dernier a été stoppée et limitée au centre de Kutupalong. Dans les camps, le programme SMPS s'est surtout traduit par une intervention psychosociale intégrée visant à améliorer le traitement de la dénutrition et la limitation des dégâts causés par la malnutrition sur la santé, le bien-être et la croissance physiques et cognitifs des enfants. Tous les mois, les bénévoles du programme Nutrition veillent à ce qu'on examine tous les enfants de moins de cinq ans dans le camp et qu'on prenne leurs mesures anthropométriques. Ceux qui souffrent de malnutrition aiguë sont pris en charge par les programmes nutritionnels d'ACF établis dans tous les camps. Trois types de services de traitement nutritionnel sont offerts dans les camps officiels: un programme ambulatoire de prise en charge en cas de malnutrition aiguë sévère; un programme d'alimentation supplémentaire en cas de malnutrition aiguë modérée; et des centres de stabilisation pour effectuer un suivi adéquat des enfants malnutris souffrant de complications médicales ou âgés de moins de six mois.

Près du camp de fortune de Kutupalong ACF offre un programme ambulatoire de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS). Dans ce cas, les enfants souffrant de complications sont directement envoyés à la clinique de MSF à proximité, qui peut arranger leur transfert à l'hôpital local si son personnel n'a pas les moyens de le soigner.

Le programme en Santé Mentale et Pratiques de Soins offre des activités et du soutien psychosocial aux enfants, aux mères et aux substituts maternels admis au centre de soins thérapeutiques ambulatoire et aux centres de stabilisation, ainsi qu'aux enfants les plus vulnérables du programme d'alimentation supplémentaire (évalués en fonction de critères de vulnérabilité bien précis). Les mères et/ou substituts maternels admis pour la première fois dans le programme Nutrition font l'objet d'une première évaluation psychosociale par un intervenant psychosocial. L'entretien vise à connaître les difficultés psychosociales au sein de la famille et dans la relation de la mère/substitut maternel avec son enfant, qui peuvent nuire à la prise en charge et au développement de l'enfant. Il a aussi pour objectif d'établir avec la personne soignante quel genre d'activité et de soutien serait approprié pour elle et son enfant. L'intervenant psychosocial en a plusieurs à proposer: du soutien individuel axé sur ses besoins, des discussions en groupe entre mères et/ou substituts maternels qui éprouvent des difficultés semblables, des séances de jeu ainsi que des conseils sur l'allaitement et l'alimentation complémentaire. Les groupes de discussion peuvent accueillir jusqu'à dix mères et/ou substituts maternels à qui ils permettent de partager leurs émotions, leurs difficultés, leurs expériences et leurs connaissances. Ils offrent la possibilité de trouver des solutions, ensemble, pour régler les problèmes de la vie courante et de la prise en charge de l'enfant. Les séances de jeu et de massage de nourrissons, ainsi que d'autres activités de développement des aptitudes, visent à resserrer les liens entre la mère et l'enfant. C'est l'occasion rêvée pour l'enfant et la personne soignante d'atteindre un mieux-être émotionnel partagé.



Un bénéficiaire quitte le programme SMPS seulement si on constate une amélioration de son état de santé mentale et de ses pratiques de soins. S'il quitte le programme Nutrition mais suit encore sa composante SMPS, un intervenant psychosocial effectuera des visites à domicile. Dans la mesure du possible, chaque bénéficiaire n'est vu que par un seul intervenant afin de rendre le suivi le plus régulier et cohérent possible et faciliter leur relation, cruciale dans ce genre de suivi.

Dans les cas cliniques plus difficiles, l'intervenant psychosocial travaille étroitement avec le chargé de programme, un psychologue, qui supervise l'aspect technique.

Depuis 2011, une nouvelle composante du programme SMPS s'est ajoutée pour répondre aux besoins précis de la population croissante des camps et prévenir la dénutrition: un projet de prévention psychosocial avec une approche communautaire. Le programme s'adresse surtout aux femmes enceintes et allaitantes, à leurs maris et à leurs belles-mères et vise à améliorer les soins prodigués à la mère et à l'enfant pendant les 1000 premiers jours (du début de la grossesse à la deuxième année de l'enfant).

La composante préventive comprend des discussions en groupe et des visites à domicile à intervalles réguliers pour les intervenants psychosociaux, à partir du troisième mois de grossesse jusqu'au sixième mois du nourrisson, et ce, afin de couvrir la période recommandée d'allaitement exclusif. Rappelons que les séances de groupe offertes aux mères leur permettent de discuter de leurs difficultés et de leurs expériences. Elles constituent également l'occasion, surtout pour les jeunes mères et celles qui éprouvent des difficultés particulières, de trouver de meilleurs moyens de prodiguer des soins positifs à leurs enfants et de favoriser la santé, le bien-être et le développement (cognitif, moteur, social et émotionnel) de ceux-ci. De plus, l'activité de groupe, qu'elle soit sous forme de soutien social ou d'organisation de groupe, contribue à tisser et à renforcer les liens et les dynamiques sociales qui sous-tendent la communauté. Cette dernière présente d'ailleurs une structure sociale limitée, résultat d'une concurrence pour les ressources et de l'éloignement mutuel des membres de la famille. De surcroît, les discussions de groupe et les rencontres à intervalles réguliers auxquelles participent les maris et les belles-mères les incitent à s'investir davantage dans les soins prodigués à la mère et à l'enfant et à promouvoir les pratiques de soins positives. Un soutien familial à domicile est offert et fourni aux familles présentant des difficultés précises.

À l'heure actuelle (2012), 70 % des femmes enceintes établies dans les camps officiels participent au programme de prévention d'ACF. Les leaders communautaires et les professionnels de la santé s'im-

pliquent également dans ce programme en participant aux rencontres, aux ateliers et aux discussions de groupe sur le terrain. Ces activités sensibilisent les membres de la communauté aux pratiques de soins et améliorent l'accès aux ressources pour prévenir la dénutrition, en plus de resserrer les liens tissés dans la communauté et les réseaux sociaux.

Grâce à son approche axée sur la communauté, la composante préventive contribue à la promotion du bien-être social et individuel et à la prévention de la dénutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants. ACF consigne actuellement ces résultats en procédant à



© ACF - Bangladesh

une évaluation approfondie avec l'Unité de Développement de l'Enfant d'ICDDR,B, un organisme de recherche situé au Bangladesh qui a beaucoup d'expérience en programmes nutritionnels et psychosociaux. L'étude, actuellement en cours (2012), a pour objectif de démontrer l'impact de cette intervention psychosociale préventive à base communautaire sur le bien-être des mères, sur leurs ressources pour la prise en charge de l'enfant et sur l'état nutritionnel de l'enfant.

L'adoption et les difficultés du système familial à accueillir un nouvel enfant, ses besoins et ses ressentis.

«Afsar s'est rendue à l'Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire avec son fils Omor, un petit garçon de 12 mois, car l'enfant se trouve dans un état nutritionnel critique. Un volontaire en nutrition lui a donné des informations sur le Programme Thérapeutique Ambulatoire d'ACF ainsi que sur la possibilité de recevoir un soutien psychologique par le biais des services de Santé Mentale et de Pratiques de Soins. Au cours de leur rencontre avec le travailleur psychosocial, la mère et l'enfant semblent dans un état de faiblesse physique. Ils sont tous les deux propres. La mère a un bon contact visuel et répond bien aux questions. Elle fait part de ses préoccupations quant à l'état de santé de son enfant et déclare craindre d'être battue par son mari si la situation de l'enfant s'aggrave. Afsar nous raconte qu'Omor est un enfant adopté et qu'elle a quatre filles à peu près du même âge que le petit garçon. Elle ne voulait pas l'adopter mais a dû céder parce que son mari insistait. Il voulait un garçon et reprochait à sa femme de ne pas lui en avoir donné un. Il la tient pour responsable du fait qu'Omor soit mal nourri, même si la famille ne reçoit pas une ration de nourriture complète. Ni lui ni la famille ne peuvent gagner de revenu suffisant. Son mari la réprimande quand le petit garçon ne se sent pas bien et lui reproche de ne pas prendre soin de lui. Quant à Afsar, elle se plaint que son époux ne l'aide pas à prendre soin de leurs enfants et de leur domicile. Les voisins l'accusent aussi de négliger le garçon, ce qui la rend encore plus négligente envers lui. A la maison, Afsar semble être surchargée par ses tâches ménagères et ne réussit pas à appliquer des pratiques d'hygiène fondamentales (ces informations ont été confirmées pendant la visite à la maison). Omor a été abandonné par son père pendant la grossesse de sa mère puis a été abandonné par sa mère biologique. Afsar a mentionné au cours de l'entretien qu'il avait un problème digestif depuis qu'il avait été adopté. Il a été traité au centre de santé à plusieurs reprises, mais sa condition ne s'est pas améliorée.»

■ Hypothèses

Afsar est venue au centre à cause du problème de son fils sévèrement sous-nutri et a demandé, plus ou moins directement, du soutien pour elle-même. En dehors des conditions de vie difficiles et des ressources économiques insuffisantes de sa famille, qui lui font se sentir coupable de ne pas être en mesure d'apporter des soins suffisants à l'enfant, le regard que son entourage porte sur elle la rend honteuse de ne pas parvenir à remplir son rôle.

Ces sentiments semblent amplifiés par ses expériences précédentes: elle se sent coupable de ne pas avoir donné (ne pas être capable de donner) un garçon à la famille et se sent accablée de ses difficultés à accepter l'enfant adopté.

Le besoin de travailler avec elle sur la maternité, sur la relation avec Omor et les sentiments qui y sont liés semblent émerger.

Au-delà de sa demande d'aide à la prise en charge d'Omor, elle semble aussi nous demander du soutien pour améliorer la relation avec son mari: comme la relation avec Omor, actuellement elle semble structurée autour de la violence et de la crainte.

Quand son mari exprime son mécontentement sur le fait qu'elle n'ait pas donné naissance à un garçon, elle peut se sentir visée aussi bien en tant que mère qu'en tant que femme.

L'attention et le soin spécial accordés à la dynamique familiale semblent être d'importance cruciale et des visites au domicile ainsi que des consultations familiales peuvent contribuer à faire face à ces problèmes. La participation du mari et son implication dans ce suivi psycho-social sont nécessaires. Les problèmes de digestion d'Omor, qui doivent donner lieu à de plus amples investigations médicales, pourraient être une plainte psychosomatique, une forme d'expression de ses sentiments d'abandon après sa naissance et de non acceptation de ce que l'environnement lui propose. Son symptôme peut être l'expression métaphorique de ne pas avoir été accepté par sa mère biologique et ensuite par sa famille d'adoption. La difficulté à accepter Omor et pour Omor de se faire accepter et trouver sa place dans la nouvelle famille sont présentes. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'Omor soit pour son père adoptif un objet qui a permis de compenser la frustration et la tristesse de ne pas avoir eu un garçon. Alors que pour sa mère adoptive Omor a permis de surmonter la culpabilité de ne pas avoir eu un garçon et d'être pour autant mieux acceptée socialement. Mais où est la place



d'Omor dans ce système et dans ces dynamiques? Où et comment Omor peut exprimer ses propres besoins et émotions? Actuellement Omor semble avoir peu d'espace. En poursuivant la même métaphore, nous pouvons faire l'hypothèse qu'Omor est actuellement en train de refuser (comme il refuse la nourriture) l'espace que lui est donné et les ressentis autour de lui. Nous pouvons suggérer qu'il doit apprendre à ingérer/digérer non seulement la nourriture mais aussi son statut d'enfant adopté et toutes les difficultés et les refus qu'il a déjà subis dans les douze premiers mois de sa vie.

■ Rapport du suivi et résultats

Afsar a suivi sept séances individuelles pour travailler sur ses sentiments et ses difficultés à prendre soin de l'enfant. Des séances de jeu pour la mère et l'enfant ont également été proposées, visant à renforcer leur interaction et à créer des moments de plaisir décontractés entre eux deux. Ses connaissances en matière de pratiques de soins infantiles se sont améliorées ainsi que sa relation avec son fils adoptif, qui est à la fois plus énergique, investie et moins stressante.

Afsar a fait preuve d'intérêt et d'engagement en recherchant de l'aide pour améliorer ses relations avec l'enfant. Elle a été encouragée par l'équipe du programme psychosocial et récompensée par la reconnaissance des efforts qu'elle a fournis. Cela l'aide à apprendre à s'auto respecter en tant que mère et en tant que femme.

Les visites au foyer ont contribué à ce que son mari s'occupe un peu plus des tâches ménagères afin de diminuer la pression qui pesait sur Afsar.

Il est à noter que ses relations sociales doivent être renforcées et il faut donc la motiver à participer à des discussions de groupe.

A la suite de cette légère amélioration de la situation familiale, Omor a commencé à prendre du poids. La préoccupation principale relative au problème psycho-social a évolué. De l'accueil dans un programme thérapeutique et la participation à ce programme, nous sommes passés à une phase plus autonomisante: encourager la mère à poursuivre les activités pour éviter une éventuelle rechute étant donné que la situation financière de la famille demeure précaire.

Quel soin possible entre le rejet et l'angoisse de perte?

«Farha, trente ans, vient au Programme de Contrôle de Croissance pour évaluer l'état nutritionnel de son enfant. Son fils unique s'appelle Zay et est âgé de 19 mois. Il souffre de malnutrition aiguë sévère et est orienté vers le programme de traitement ambulatoire. Le garçon refuse le traitement Plumpy Nut^{®1} et attrape la varicelle. Il est alors envoyé au centre de stabilisation pour la prise en charge des complications médicales. Bien que Farha explique que Zay n'a pas eu de problèmes de santé avant ; il n'en demeure pas moins qu'à la lecture des registres, on se rend compte que c'est la deuxième fois qu'il est envoyé au centre de stabilisation. Selon les observations préliminaires, la mère et l'enfant ont l'air négligé et semblent vulnérables et faibles. Le discours de la mère au premier entretien est rapide, désorganisé et peu clair. Elle est très anxieuse et craint de perdre son seul enfant. Quand on lui demande la raison pour laquelle l'enfant perd du poids, elle dit que c'est la volonté d'Allah.

Les informations concernant le père de l'enfant ne sont pas claires: Farha, pendant l'entretien, dit avoir épousé un homme de la région et avoir déménagé vers un des villages pas loin du camp. Mais le mari l'a quittée quelques jours plus tard et elle a dû retourner au camp. Entre-temps, elle était tombée enceinte. Ses voisins n'ont pas cru à son histoire et ils ont commencé à la traiter comme une paria pour avoir eu une relation illicite avec un homme, et être enceinte sans être mariée. Elle se sent exposée à la critique, la moquerie et l'indifférence collective. Elle dit avoir eu des moments très difficiles à cause de ce manque de soutien: elle a dû vendre ses vêtements et ses effets personnels, elle a eu recours à la mendicité et a dû faire du ménage pour subvenir à ses besoins et ceux de son enfant. Présentement, Farha habite chez son frère.

Pendant les séances de suivi individuel, Farha a révélé avoir déjà eu un autre enfant qu'elle a perdu en raison de l'inaccessibilité des soins médicaux. C'est pour cette raison qu'aujourd'hui elle s'inquiète tant pour l'état de santé de Zay. Elle ne le quitte jamais et l'emmène partout. Elle le porte sur son dos lorsqu'elle mendie sur les routes et qu'elle nettoie les maisons. Elle jure qu'elle fait tout pour subve-

¹ Pâte énergétique prête à l'emploi à base d'arachide, à haute valeur nutritionnelle, distribuée aux enfants malnutris pour une consommation à domicile. Il s'agit d'un aliment thérapeutique.

nir à ses besoins et prie Allah pour son bien-être. Elle dit aussi qu'elle a suivi les conseils d'autres personnes concernant un traitement approprié pour la santé de Zay, mais ça n'a jamais fonctionné.»

■ Hypothèses

La situation est très grave, que ce soit pour l'enfant, qui risque la mort, que pour la mère qui est dans un état de détresse profonde. L'état de santé de Zay s'aggrave de jour en jour, précaire pendant trop longtemps (il a moins de deux ans et a déjà été admis à deux reprises au centre nutritionnel). La mère est fortement affectée par ses conditions économiques, relationnelles et psychologiques: elle ne dispose pas de ressources suffisantes, sa relation avec le père du garçon a été un échec et elle est maintenant rejetée par sa communauté. Elle est très anxieuse et effrayée par son état et encore plus celui de son enfant. Elle ne veut pas revivre ce qu'elle a déjà vécu avec un enfant précédent. Elle surprotège son fils (elle a besoin qu'il soit avec elle toute la journée) pour éviter de revivre le drame, mais en même temps elle montre des difficultés à lui prodiguer des soins adéquats: l'angoisse de perte est très présente et ternit leur relation, l'enfant vit dans des conditions très précaires pour sa santé et son développement.

Farha a besoin d'être assistée psychologiquement et d'être accueillie dans sa difficulté, car son état psychique influe sur sa capacité et son habileté à s'occuper convenablement de son enfant.

Un aspect important à prendre en considération pour l'analyse mais aussi l'accompagnement de Farha et Zay est que Farha cherche et veut profondément être une «bonne» mère; cela est un élément important sur lequel s'appuyer pour l'accompagnement. Elle veut tout faire pour son enfant: le protéger, être une bonne mère, le voir grandir, mais parfois elle tombe dans le fatalisme («c'est la volonté d'Allah», «tous ses efforts ne servent à rien»), elle perd confiance en elle et en ses moyens. Cette confiance a besoin d'être soignée. Son discours, son histoire et sa position semblent parfois ambivalents et incompatibles avec plusieurs points de rupture.

Elle semble être rejetée à la fois personnellement (par son mari) et socialement (par la communauté) et nous pouvons même faire l'hypothèse qu'elle peut interpréter l'état de Zay comme un refus d'elle, une fois de plus.

En même temps, elle montre quelques signes de méfiance envers les autres aussi.

Pour cela elle a besoin d'être soutenue à l'aide de séances individuelles avec le travailleur social et dès que son état s'améliorera, elle devra être impliquée dans des activités de groupe pour l'aider à s'engager dans des relations sociales, nouvelles et riches. Zay a un rôle important dans cette situation. Son état de santé précaire et ses difficultés à guérir peuvent être lus par la mère comme un nouveau rejet d'elle et de sa protection. La relation entre Zay et Farha existe et est engagée dans les deux sens mais elle a besoin d'être soignée afin de réduire l'angoisse et le refus qui y sont associés et lui permettre de devenir une vraie ressource pour Zay et Farha.

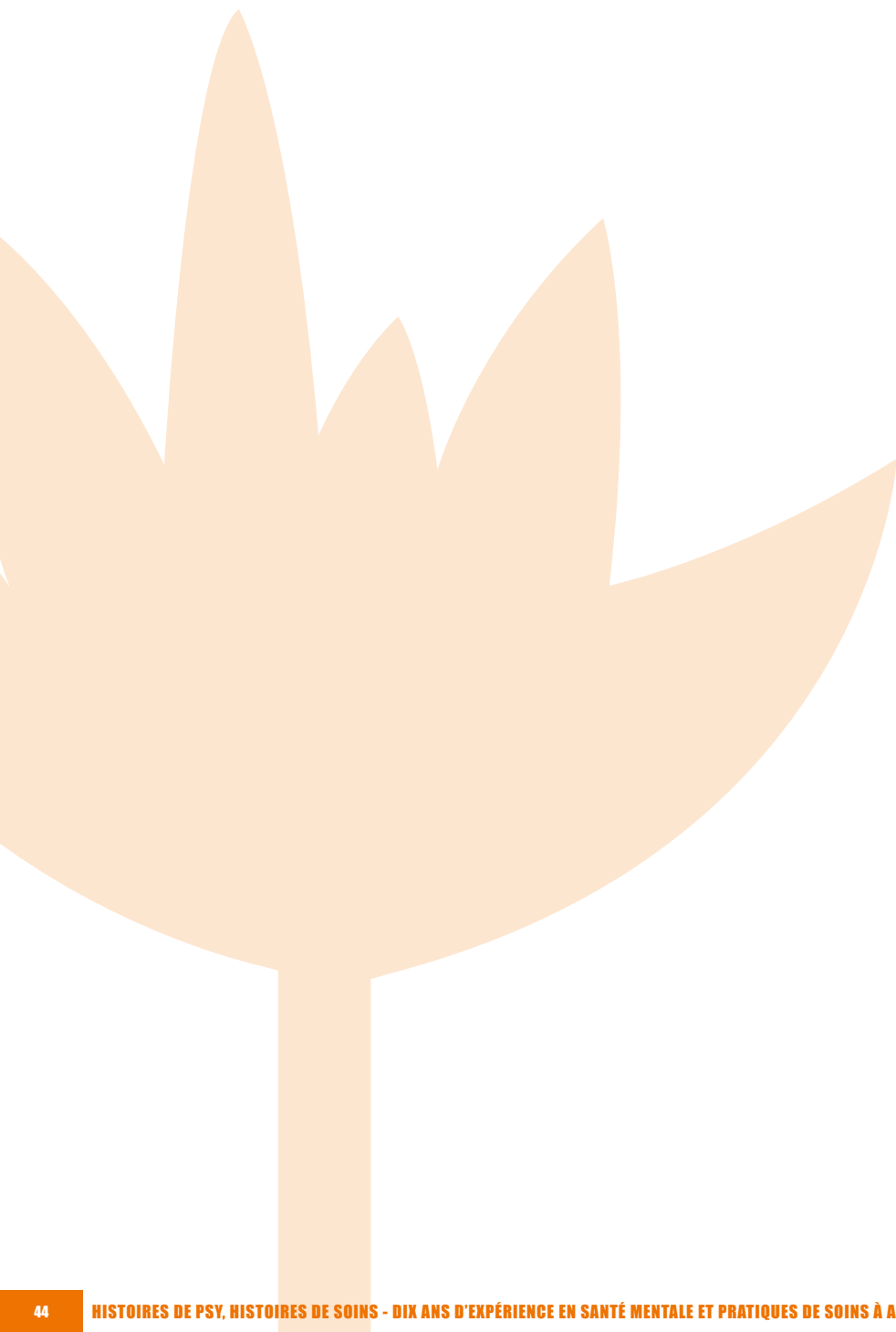
Parallèlement à l'accompagnement de Farha, des séances de massage et de jeu seront proposées pour renforcer la relation entre Zay et Farha et la colorer de plaisir, complicité et tranquillité.

■ Rapport de suivi

Farha a commencé par être suivie individuellement puis en groupe. Elle montre de l'intérêt à participer aux groupes de discussion concernant la prise en charge des enfants. Sa connaissance des pratiques de soins de base (tels que l'interaction avec son enfant, plus particulièrement lors de l'alimentation comme une forme de motivation ainsi que l'application de meilleures pratiques d'alimentation) et les pratiques d'hygiène ont considérablement augmenté au cours du suivi. L'état de Zay s'est amélioré et il a été transféré au programme d'alimentation complémentaire assez rapidement. Le même travailleur psychosocial l'a suivie avec son enfant durant tout le traitement.

Le principal objectif du suivi psychosocial peut se formuler de la manière suivante: œuvrer à ce que la mère accepte d'être traitée par ACF et renforcer ainsi sa confiance en ses propres capacités à intervenir positivement sur la situation, afin que son fils puisse être pris en charge.

D'autre part, l'enfant et son bien-être peuvent devenir pour la mère une récompense pour son investissement personnel.



4 - LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS EN BIRMANIE (2006-PRÉSENT)



© ACF - Birmanie



CONTEXTE¹

La situation que vivent les peuples de l'État d'Arakan (région de l'extrême Nord-Ouest de la Birmanie, à la frontière du Bangladesh) est particulièrement difficile et complexe.

Effectivement, cette communauté majoritairement musulmane de plus de 800000 habitants (les Rohingyas) vit depuis 60 ans sous le contrôle de la junte militaire. Ce peuple subit un rejet massif de la part des autorités birmanes depuis des siècles, et tout particulièrement depuis 1948, année où l'État d'Arakan fut annexé à la Birmanie et fortement soumis à l'oppression militaire. Ainsi, en 1977, le gouvernement a expulsé les Rohingyas de cette région vers le Bangladesh de façon si violente qu'une plainte a été déposée à l'ONU; le retour de ces personnes en Birmanie a ensuite été encadré par le Haut-Commissariat aux Réfugiés (UNHCR). En 1982, la situation de cette population est devenue plus difficile encore du fait d'une loi identifiant trois catégories de citoyens: les citoyens de «plein droit» (c'est à dire appartenant à une des huit races dites «supérieures»), «naturalisés» ou «invités». Peu d'entre eux ayant pu présenter les documents nécessaires pour être naturalisés, la majorité des Rohingyas est donc considérée jusqu'à aujourd'hui comme apatride, sans carte d'identité birmane et sans autre nationalité. Ils se trouvent assignés à résidence dans leurs villages, ne peuvent voyager dans le pays et sont la cible de violences. Les Rohingyas parlent une langue proche du Bangladeshi, non reconnue car sans forme écrite, et diffèrent de la majorité des citoyens de Birmanie tant par leur apparence physique (98% d'entre eux appartient à une minorité d'origine aryenne) que par leur croyance religieuse.



© ACF - Birmanie

Les pressions politico-gouvernementales ont exposé ces personnes à des expériences répétées de violences, de pertes, et à des restrictions au niveau de leurs déplacements, de leur travail, de l'accès à l'éducation, à la santé, etc. Elles ont des répercussions d'ordre socio-économique avec un haut niveau de chômage, d'analphabétisme, mais entraînent aussi des phénomènes de discrimination envers les femmes, d'isolement social. Ces expériences affectent les personnes dans leur estime de soi, et génèrent de forts sentiments d'insécurité, d'instabilité, de solitude, d'incompréhension. Cette situation très difficile maintient ces

peuples dans un fonctionnement de survie qui les empêche de se projeter même a minima dans le futur et d'envisager des projets pouvant permettre d'améliorer leurs conditions de vie.

88% des femmes sont analphabètes. Beaucoup se marient de façon précoce (le plus souvent sur décision des parents), seulement 20% utilisent un moyen de contraception et la plupart ont un important manque d'autonomie (le pouvoir de décision est attribué aux hommes de la famille et aux belles-mères). A cela s'ajoute la fréquence des catastrophes naturelles dans cette zone (inondations, cyclones, tremblements de terre). Ces événements soudains et imprévisibles représentent une autre source de stress chronique pour les habitants, et vient renforcer leur fort sentiment d'impuissance et de dépendance à l'égard des forces externes. Ainsi, ces personnes ne pensent pas à envisager des mécanismes pour se protéger des catastrophes naturelles. Les équipes ont aussi observé que les mères expliquent les raisons de la malnutrition (ou d'autres problèmes) et attribuent l'état de leur enfant et sa guérison à la seule volonté d'Allah.

Ces différents facteurs et l'oppression exercée de manière continue sur cette minorité ethnique influencent négativement la capacité des personnes à planifier leur avenir, affectent leur bien-être et leur santé mentale, la structure et la dynamique sociale ainsi que les capacités de résilience de la

¹ Cette introduction s'inspire du texte écrit par Barbara Bobba et du mémoire de recherche de Valérie Piloti.

population. Les familles s'appauvrissent au fur et à mesure du temps, les liens familiaux et sociaux se distendent et la solidarité ou l'entraide disparaissent peu à peu... L'apathie et la dépression semblent avoir envahi ce peuple.

Les Rohingyas vivent donc une situation où ils ne doivent pas faire face à un «désastre» ponctuel, mais plutôt à une série de désastres qui s'accumulent sur le long terme, exposant cette population à des situations critiques voire traumatiques qui affectent profondément les mécanismes d'adaptation destinés à faire face aux problèmes du quotidien.

Dans ce contexte, on peut observer une réaction de repli chez un peuple qui lutte pour sauvegarder autant qu'il le peut ses croyances traditionnelles. Ces dernières, qui traduisent une certaine interprétation de la religion musulmane, sont fortement liées à des pratiques, des convictions et une identité. Au niveau administratif, peut induire des confusions qui amènent par exemple à faire figurer sur les documents officiels: «Race: musulmane».

Il n'existe pas de données claires concernant la santé mentale et les conditions psychosociales des personnes vivant dans l'Etat d'Arakan. Toutefois, l'évaluation en santé mentale réalisée par ACF en 2005 auprès des femmes ayant un enfant malnutri accueilli dans un centre ACF montre que plus de la moitié d'entre elles souffre de troubles anxieux généralisés, et que la très grande majorité (90%) se sent constamment inquiète. L'évaluation révèle également que toutes les mères d'enfants sévèrement malnutris présentent une grande souffrance émotionnelle avec des symptômes dépressifs. La plupart de ces femmes disent connaître ces symptômes depuis des années. Par ailleurs, les observations cliniques des équipes sur le terrain indiquent que plus de la moitié des troubles physiques ayant motivé une visite chez un médecin ont des causes psychosomatiques (ce dernier point concerne autant les hommes que les femmes).


Une deuxième enquête réalisée par ACF en Janvier 2008 a confirmé ces résultats que ce soit auprès des mères ayant un enfant malnutri ou auprès de la population générale.

PROGRAMMES

ACF est présent en Birmanie depuis 1994, avec en premier lieu des interventions en eau et assainissement et en sécurité alimentaire. Les études sur l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans réalisées en 2000 puis en 2003 dans cette région ont révélé une prévalence élevée de malnutrition. Pour cette raison, un important programme a été mis en place dans deux villes de l'état d'Arakan (Maungdaw et Buthidaung) en 2003 et 2004 pour le traitement de la malnutrition modérée et sévère. Actuellement (2012), ACF gère 12 sites nutritionnels ambulatoires pour le traitement de la malnutrition sévère et modérée. Dans ces structures, les enfants viennent une fois par semaine recevoir leur traitement, où ils bénéficient d'un suivi de leur état nutritionnel et médical, et le traitement est remis à la mère pour la semaine. Par ailleurs, deux centres nutritionnels thérapeutiques prennent en charge 24h/24 les enfants malnutris ayant des complications médicales ainsi que les nourrissons de moins de six mois. Pour ces deux catégories d'enfants, le service d'hospitalisation est nécessaire car leur condition de santé comporte un risque vital. En cas de situation particulièrement grave, l'enfant est transporté à l'hôpital de la ville et le déplacement (transport et accès à l'hôpital) est facilité par l'équipe d'ACF.

Les équipes de ces programmes ont observé au fil du temps que si la mortalité a fortement baissé chez les enfants malnutris, le taux de malnutrition général reste stable malgré les programmes d'ACF. Ce phénomène s'explique certainement par la multiplicité des facteurs extérieurs qui affectent la population et maintiennent des conditions favorisant la malnutrition: discrimination, expériences de violences, insécurité, précarité économique, accès limité à l'eau potable et à des conditions d'assainissement adéquates...

En 2006, suite à l'évaluation de la santé mentale et des pratiques de soins infantiles auprès des bénéficiaires des centres nutritionnels, un programme en santé mentale et pratiques de soins infantiles a démarré en étroite collaboration et intégration avec les programmes nutritionnels. Une équipe de travailleurs psychosociaux est intervenue dans les centres où étaient accueillis les enfants sévèrement malnutris — l'idée était de travailler avec les enfants vivant les situations nutritionnelles les



plus graves. L'équipe a organisé la prise en charge des enfants et de leurs mères autour de différents types d'activités:

- un premier entretien individuel permettant d'identifier la situation particulière de l'enfant et de sa famille, et leurs besoins spécifiques;
- un renforcement de la relation mère-enfant par le biais de séances de jeu et de massages;
- des groupes de parole et de discussion autour de différents thèmes concernant la prise en charge des enfants (l'allaitement, l'hygiène...);
- des entretiens individuels de soutien psychologique.

Entre 2006 et 2009, les équipes des centres nutritionnels ont observé qu'entre 15 et 21% d'enfants accueillis ne reprenaient pas suffisamment de poids au bout de deux mois, et ce, en l'absence de problème médical. Différentes hypothèses ont été énoncées pour expliquer ce phénomène: les parents partageraient (ou vendraient)- ils les suppléments alimentaires entre les membres de la famille? Les mères maintiendraient-elles (consciemment ou inconsciemment) les enfants au seuil de la malnutrition afin de continuer à bénéficier du programme d'ACF? D'autres facteurs liés aux pratiques de soins à la maison seraient-ils en jeu? Quelles autres actions devraient-elles être envisagées afin d'aider ces familles et ces enfants?

Ces questions ont amené les équipes à réaliser la nécessité de suivre d'une façon plus rapprochée ces enfants et leurs familles. Deux Centres Participatifs pour les Mères (CPM) ont ouvert en 2009, gérés entièrement par les travailleurs psychosociaux. L'ouverture de CPM est un projet-pilote pour ACF, spécifique au contexte birman, adapté aux besoins des bénéficiaires dans le contexte particulier de cette communauté de Birmanie.

Ainsi, lorsqu'un enfant est accueilli dans le programme nutritionnel mais ne retrouve pas un poids suffisant (ou encore que le poids se montre stable après plusieurs mesures consécutives) malgré l'administration du traitement et en l'absence de problème médical, la famille est référée et prise en charge au CPM. Les mères (ou le donneur de soin: père, tante, grand-mère...) et les enfants y sont accueillis toute la journée, trois à cinq fois par semaine pendant plusieurs semaines (en moyenne 3 semaines). Les mères administrent le traitement nutritionnel à l'enfant au cours de la journée et diverses activités sont proposées en fonction des besoins particuliers de chacun... Au-delà d'un soutien psychologique et d'un renforcement de la relation mère-enfant, l'objectif du centre est aussi de permettre aux bénéficiaires de (re)nouer des liens sociaux, de bénéficier d'un espace de parole avec d'autres mères, de pouvoir échanger autour des ressentis et des difficultés rencontrées, et plus globalement de pouvoir trouver un soutien au sein du groupe.

Tous les sujets y sont abordés et permettent d'offrir un espace de paroles pour exprimer ces ressentis douloureux et partager avec d'autres son vécu (par exemple, environ 38% de ces femmes ont déjà perdu un enfant dans le passé du fait de la malnutrition ou d'un problème médical). Le but des activités du CPM est avant tout de soutenir ces mères afin qu'elles puissent réduire leur stress, parvenir à créer un certain espace psychique pour accueillir l'enfant et faire exister leur relation. Les activités de massages des enfants sont particulièrement intéressantes car elles permettent aux mères de s'appuyer sur des pratiques traditionnelles anciennes pour (ré)établir avec l'enfant une relation à partir d'une communication non-verbale basée sur le corps à corps, qui permet de répondre aux besoins relationnels très précoces de celui-ci. Par ce biais, les mères observent qu'elles sont en capacité de procurer un bien-être à leur enfant malnutri, ce dernier est plus détendu, dort mieux, retrouve de l'appétit... L'effet de ces pratiques sur le sentiment de confiance en leurs capacités maternelles et de confiance en soi des mères, cumulé au bien-être de l'enfant, amène une amélioration de la relation mère-enfant (voir plus loin l'histoire du petit Abdullah).

Quand c'est possible, des visites à domicile sont réalisées chez les familles des bénéficiaires des CPM afin de prendre en compte les spécificités de chaque situation et leurs besoins. Un suivi à domicile de la famille peut être proposé. Avant la sortie de la famille du CPM, un entretien final est prévu afin d'évaluer la nécessité de poursuivre le suivi par des visites à domicile, lorsque cela est envisageable (parfois les familles viennent de très loin et les visites à domicile ne peuvent pas être facilement assurées).

Les résultats obtenus dans les CPM sont particulièrement positifs, à la fois en termes de réponse

au traitement nutritionnel et en termes de changements de la relation mère-enfant, d'attitude et de connaissances concernant les pratiques de soins infantiles, les besoins et le développement de l'enfant. Avec une permanence moyenne d'un peu plus de 15 jours, les mères commencent à se familiariser avec le jeu et le massage comme moyen de communication/relation pour l'enfant et elles expriment le désir d'utiliser ces moyens aussi à la maison. Elles ont enrichi leurs connaissances sur la préparation du repas de l'enfant mais aussi sur l'hygiène et elles expriment la volonté de les mettre en place dans le cadre du foyer¹.



A partir de 2008, un programme de Prévention en Santé Mentale et Pratiques de Soins a été développé pour renforcer les ressources familiales et communautaires autour du problème de la malnutrition et des pratiques de soins infantiles. Il était combiné avec des interventions des autres secteurs techniques d'ACF.

Les bénéficiaires du programme ont été sélectionnés parmi les personnes les plus vulnérables et/ou considérés comme «à risque» d'être exposées à la malnutrition². Quelques personnes «clés» et influentes du village, comme les sages-femmes traditionnelles ont aussi été invitées à participer aux activités de groupe et à des formations spécifiques, afin de promouvoir certains changements au sein de la communauté à travers leur pratique professionnelle³. En parallèle, une formation a été mise en place pour les équipes médicales du Ministère de la Santé travaillant pour le système de santé local, sur les pratiques de soins infantiles et leurs liens avec la malnutrition.

Les activités de groupe proposées aux femmes avec des enfants en bas âge consistent à faciliter les échanges autour de leurs expériences, leurs pratiques, leurs émotions et des problématiques que les villageois rencontrent, ainsi que les stratégies qu'ils utilisent pour faire face à ces difficultés. L'idée est aussi de les amener à trouver des solutions communes à leurs difficultés communes, afin de renforcer les liens et les soutiens sociaux dans le village. Ces activités sont variées: discussions de groupe à thème (pratiques d'hygiène, les causes et conséquences de la malnutrition, les principes d'une alimentation équilibrée, les besoins de la mère et du fœtus pendant la grossesse, le contrôle des naissances, la mise en place de jardins potagers..., stimulation infantile, appui à l'allaitement maternel et au sevrage).

Des visites à domicile permettent d'accompagner les familles dans le changement des pratiques si nécessaire (ou trouver des pratiques alternatives), et de leur apporter un soutien psychosocial individuel. Lors de ces interventions à domicile, des demandes de soutien psychologique sont apparues régulièrement. Par exemple, un des bénéficiaires a pu exprimer ses inquiétudes au sujet de troubles psychiques importants relevant de la psychiatrie (délire, hallucinations, craintes de perdre le contrôle et passages à l'acte violents...). Il est notable que cet homme et sa femme ne relient pas ces phénomènes uniquement à l'influence de facteurs externes. Ils ont décidé de faire appel à l'aide d'un psychologue — et non pas seulement avoir recours à un guérisseur traditionnel.

La participation des villageois au travail communautaire a été particulièrement importante (90% de taux de présence), témoignant du besoin de ces personnes de bénéficier d'un tel soutien et de (re) créer communication et lien social au sein de la communauté. Des changements d'attitude ont été observés en termes de pratiques d'hygiène et d'alimentation, d'allaitement maternel exclusif, d'accès aux soins péri et post partum, avec un plus grand recours aux méthodes de contrôle des naissances, ainsi qu'une plus grande attention portée à l'enfant et à ses besoins. Par ailleurs, une nou-

¹ Elles passent d'un score de 0 ou 1: très peu de connaissances; à un score de 7 ou 8: bonnes connaissances et envie de les mettre en pratique.

² 200 femmes enceintes et/ou allaitantes et 250 hommes étaient visés au début du programme — ces objectifs quantitatifs ont en fait été largement dépassés: 220 femmes ont intégré régulièrement nos groupes de parole et plus de 800 pères de famille ont participé à des sessions de discussion sur les pratiques de soins.

³ Plus de 50 sages-femmes traditionnelles ont été formées et sont actuellement supervisées régulièrement par notre équipe.



© ACF - Birmanie

l'enfant de ce dernier). Cette observation démontre clairement le besoin de renforcer le soutien communautaire et de retrouver un espace de parole et d'échange dans ces contextes. L'équipe d'ACF a proposé d'apporter un soutien technique aux participants, sans toutefois interférer dans le processus ou la dynamique du groupe et sans aucun apport financier ou logistique. Ceci est un bel exemple d'une intervention communautaire bien intégrée et partagée par la population et pour cette raison, efficace et durable. Un entretien avec les «fondateurs» de ce centre/réseau spontané de prévention est retranscrit ci après.

Yaminn ou la recherche d'un imaginaire parental¹

«Quand je demande à Yaminn de me parler de sa fille Phyu, elle me répond qu'elle a souffert de toux et de fièvre pendant les cinq derniers mois de sa grossesse. Phyu avait seize jours quand elle a été admise dans le Centre de stabilisation, la semaine précédant l'entretien.

Elle ajoute immédiatement que pour que les enfants soient bien nourris, les mères devraient recevoir de la nourriture nutritive ainsi que goûteuse. Elle est souvent malade et les repas du centre aggravent son cas. Les mères allaitantes doivent manger du poisson frais et des légumes pour que leur production de lait augmente, me dit-elle. Car lorsque l'estomac de la mère est plein, cela a un bon impact sur son lait. Lorsque je lui demande de m'expliquer le fonctionnement de cela, Yaminn me dit que certaines nourritures sont bonnes pour les femmes allaitantes et que leurs repas doivent être variés. «Quand notre lait contient ces nourritures, notre appétit augmente et nous pouvons manger autant que nous le voulons». Si leur lait contient du poisson séché, leur appétit décroît et elles maigrissent, car le poisson séché est moins goûteux et moins nutritif. A la maison, elles sont prioritaires pour les repas, elles mangent du poisson séché, mais du gros, du poisson vert, des légumes, de la viande, mais au centre c'est différent, ajoute-t-elle. Elle avait plus de lait avant d'arriver au centre qu'aujourd'hui, où elles ont tout le temps faim et pourtant pas d'appétit.

Lorsque je lui demande de m'expliquer comment Phyu est devenue malnutrie, Yaminn me répond qu'elle était très malade pendant la grossesse. Elle ne pouvait pas prendre de traitement médical en raison de leur pauvreté. Comme elle était incapable de manger, l'enfant ne pouvait recevoir les bons nutriments. Elle s'en est rendue compte après la naissance, quand elle a vu que son enfant était petit et faible.

Elle a guéri après l'accouchement grâce aux légumes, mais Phyu, elle, ne va mieux que depuis qu'elle est dans le centre. Yaminn a deux autres enfants qui étaient normaux à la naissance. «Les enfants étaient gros, bien nourris et elle [la mère] était tout à fait nourrie aussi».

Elle voudrait quitter le centre à cause de la nourriture trop ordinaire, dont tout le monde se plaint. Je lui dis que je vais essayer de faire changer les menus, et nous nous quittons.»

Au moment de cet entretien, les femmes admises dans les centres nutritionnels se plaignaient constam-

¹ Raconté et commenté par Valérie Piloti.

ment de la qualité de la nourriture donnée lors des repas. Yaminn se pose en porte-parole des femmes présentes dans le centre et revendique le manque d'attention d'Action contre la Faim, qui selon elles, les traite moins bien que leur famille à la maison. En effet, dans les familles Rohingyas, les femmes mangent en dernier, mais il semble qu'en période d'allaitement, cette pratique s'inverse et que la famille prête particulièrement attention au menu de la parturiente. On ressent dans le discours de Yaminn l'amertume de ne pas recevoir les soins spéciaux dont elle aurait bénéficié si elle était restée chez elle. En leur donnant une nourriture «trop ordinaire», ACF ne tient pas compte de leur statut de femmes extraordinaires et nécessitant une attention et des soins particuliers. Ce manque de reconnaissance constitue un frein dans les soins qu'elles sont capables de prodiguer à leur enfant puisque leur statut de femme allaitante semble dénié.

On assiste là comme à une rencontre manquée: les équipes d'ACF n'ont pas su entendre l'importance symbolique et culturelle que revêtaient les plaintes autour des menus de la part des bénéficiaires. Ces dernières étaient vécues par les équipes sur un mode persécuteur et de rejet: des bénéficiaires sollicitant toujours davantage alors que les équipes avaient l'impression de faire déjà beaucoup et vivaient des expériences difficiles en se confrontant aux difficultés de leur situation, à la souffrance, à la mort parfois. Les revendications autour des repas se sont inscrits dans un cercle vicieux de maltraitance/violence/manque et de reconnaissance/dépendance et signaient aussi l'incompréhension culturelle mutuelle.

Ce faisant, l'ONG «n'est pas suffisamment bonne» pour permettre aux mères de puiser dans leurs ressources pour être disponibles pour leur enfant. Avant de réclamer des aliments pour la production de lait maternel, elles réclament pour leur propre estomac, car s'il n'est pas rempli, elles ne pourront pas remplir celui de leur enfant.

Il est donc bien question d'un double maternage. Pour que Yaminn puisse allaiter, il faut d'abord qu'il soit pris soin du bébé en elle, que quelqu'un se préoccupe de son alimentation à sa place, et qu'il y prête une attention toute particulière. Si jamais cela ne se produit pas, il y a alors rivalité entre le bébé en elle et son propre bébé, et par conséquent une incapacité à autoriser ce dernier à puiser dans les réserves du bébé affamé qu'elle porte.

Par le peu d'attention portée aux menus dans le centre, ACF a exacerbé cette rivalité et c'est ainsi que l'on peut comprendre la diminution de la production de lait maternel depuis l'arrivée dans le centre. L'enveloppe maternante autour de la mère de Phyu n'est pas suffisamment contenante pour qu'elle puisse se dévouer à son bébé.

L'expression «estomac rempli» retient mon attention au sens où il est peut être aussi question de combler la perte du ventre rond de la grossesse. Faire attention à l'alimentation de la parturiente a aussi pour fonction de diminuer la sensation de vide. Il faut se sentir en vie pour allaiter, pleine et désireuse de manger également. La notion de plaisir est centrale dans le discours de Yaminn, comme un appel pour que l'on satisfasse son plaisir afin qu'elle puisse satisfaire celui de son enfant. L'enveloppe autour de la jeune mère et de son bébé est aussi là pour l'aider à lutter contre la dépression et le manque.

Nostalgie du ventre rond ou sensation de vide interne préexistant intensifiée par l'accouchement? Que vient nous dire ce manque du passé de Yaminn? De la façon dont elle a elle-même été nourrie? Ici le pacte d'accueil de l'enfant pourrait se dire en ces termes: «pour que je m'occupe de toi, il faut d'abord que l'on s'occupe de moi». Le lait prend donc un statut tout particulier de transmetteur de vie et de plaisir à la mère. Le «nous», que Yaminn utilisera tout au long de l'entretien, vient-il parler des femmes du centre, ou d'elle et de son enfant?

Il est intéressant de noter que le corps de la mère n'est pas évoqué du côté de la digestion. Quand elle parle de son appétit, Yaminn fait systématiquement référence au pouvoir qu'a son lait sur lui, et non à ce qu'elle ingère, à ce que son système digestif contient, comme si c'était bel et bien son lait qui la nourrissait.

Le discours manifeste de Yaminn nous parle d'une boucle qui ne concerne qu'elle: «bien manger, pour avoir du bon lait, pour pouvoir bien manger».

On entend également une déception immense de ne pas recevoir des aliments coûteux. En effet, les aliments que la mère de Phyu réclame d'Action Contre la Faim sont des produits extrêmement chers sur les marchés, qu'elle n'aurait probablement pas reçus non plus dans sa famille.



Les énumérations d'aliments donnent une image d'un idéal de profusion dont elle espérait être bénéficiaire. Comme si elle avait projeté sur les ONG occidentales l'absence du manque au profit de l'opulence et du luxe, mais qui lui sont refusés et qu'elle exige.

Il est difficile de dire si c'est sa position de mère allaitante qui a provoqué cela, mais il semble que Yaminn soit à la recherche désespérée d'une figure maternelle caractérisée par l'abondance, capable de la remplir.

On peut peut-être faire un parallèle, bien qu'éloigné dans la culture et dans le temps, avec la patiente soignée par Freud (1892-1893)¹ pour son incapacité à allaiter. En effet, Schneider commente la stratégie thérapeutique de Freud en disant qu'il a tenté de faire glisser la structure en opposition d'une patiente, désireuse d'allaiter mais n'y parvenant pas, sur l'axe de la succession des générations. «Freud s'adresse ainsi à ce qui, chez sa patiente, correspond à sa position de fille, non de mère. (...) Devenir mère supposerait en effet l'acceptation de se retrouver orpheline de mère, dans la mesure où c'est précisément cette position maternelle qu'il s'agit d'occuper, ce qui suppose un changement de place.» (Schneider, M., (2002)², p. 75)

On peut se demander si ce n'est pas là que se joue toute l'importance du maternage par le corps familial et social. Le changement de génération implique la nécessité de trouver sa nouvelle place, et c'est bien ce que Yaminn semble avoir du mal à faire.

Je ne peux m'empêcher d'associer avec la situation d'apatride de cette ethnie, et me demander si l'importance de cette demande à ACF n'est pas liée au besoin d'être reconnue, de lui redonner de la consistance à défaut de la reconnaissance qu'aurait dû lui donner son pays.

En ne se préoccupant pas suffisamment de ses menus, les centres de stabilisation d'ACF, sur lesquels semble avoir été projetée une représentation de profusion de soins de qualité, ont entraîné un sentiment intolérable d'être rejeté, mal aimé, et l'on peut se demander si la colère que cela a entraîné chez les mères des enfants présents n'a pas aussi servi à exprimer la colère ressentie vis-à-vis de l'ingrate patrie dont elles ont été exclues.

Rokha ou la recherche sans fin de réponses³

«Rokha, quatre ans et demi, a été admis dans le programme de nutrition d'ACF avec sa mère sur le conseil de voisins (il ne mangeait pas assez et pleurait continuellement). L'enfant a été suivi dans le centre nutritionnel ambulatoire, qui l'a ensuite référé au centre nutritionnel thérapeutique (centre de stabilisation) du fait de la présence d'œdèmes et de perte consistante de poids. Une fois les complications médicales soignées, Rokha a été transféré au CPM car son poids était décroissant, malgré le traitement.

Nous avons rencontré Rokha début janvier 2012, sur la recommandation de l'équipe du centre. En effet, son poids avait diminué depuis son admission au Centre Nutritionnel Thérapeutique, passant de 9,1Kg à 8,4Kg.

Quand nous l'avons rencontré pour la première fois, Rokha était enveloppé dans une couverture malpropre dans les bras de sa mère. Celle-ci portait des vêtements sales, elle avait l'air fatiguée, déprimée et sans espoir. Pendant que sa mère nous parlait, le petit garçon oscillait entre un état d'éveil et de sommeil, et essayait de parler.

La mère nous a expliqué que l'enfant est handicapé. Il est le cinquième d'une fratrie de six enfants (deux garçons et quatre filles); la sœur cadette de Rokha, sept mois, est en bonne santé et est avec sa mère au Centre Nutritionnel Thérapeutique afin qu'elle puisse continuer à recevoir des soins. Les autres frères et sœurs ne souffrent apparemment d'aucun problème de nutrition.

Un an plus tôt, Rokha se présente comme un petit garçon en bonne santé, sans problème d'alimentation. Suite à une grave infection accompagnée de forte fièvre et de convulsions, la famille est allée voir un guérisseur traditionnel, qui a inséré une aiguille dans la nuque de l'enfant⁴. C'est à cette période qu'il a perdu la capacité de bouger et de parler. Mais il a commencé à perdre visiblement du poids après la naissance de sa petite sœur, alors que sa mère devait s'occuper du bébé.

¹ Freud, S. (1892-1893). Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den «Gegenwille», G.W. I.

² Schneider M., (2002). Freud et le rapport féminin à la négation, in Fatalités du féminin, PUF, p. 75

³ Cas rédigé par Barbara Fulva Bobba.

⁴ Il est probable que le guérisseur ait fait une sorte de drain. Il est possible que l'enfant souffrait d'encéphalite.

La mère a accepté de nous accompagner dans une autre salle plus privée afin de pouvoir parler plus librement et pour que nous puissions mieux observer son fils. Nous avons passé beaucoup de temps avec la mère et l'enfant, à l'écoute des espoirs et désespoirs de cette dernière. Elle a posé beaucoup de questions, nous demandant s'il était possible de faire admettre son enfant dans un hôpital au Bangladesh, car elle avait entendu parler d'enfants handicapés qui avaient pu être soignés dans ce pays. Elle a demandé des médicaments, ou un traitement quel qu'il soit pour sauver son fils. Elle prenait Rokha dans ses bras comme un «petit paquet» qu'elle déplaçait d'un endroit à un autre, et ne regardait jamais les membres de l'équipe dans les yeux.

Pendant cet entretien, nous avons pu observer que Rokha était capable de bouger légèrement la main droite, qu'il réagissait en émettant un son quand nous l'appelions. Il semblait également sensible à la relation et au contact physique (il arrêta de pleurer lorsqu'on le touchait et lui parlait). Nous avons émis l'hypothèse que les difficultés étaient liées à la situation neurologique de l'enfant, et aussi à la «paralysie» de l'atmosphère et des relations que la maladie a générées au sein de la famille.

Nous avons montré à la mère comment masser son enfant afin de créer des moments où une relation affective intime et positive puisse se tisser entre eux. Nous lui avons aussi proposé d'éviter de l'envelopper trop longtemps dans une couverture, et de lui parler le plus possible. La mère nous a écoutés mais son visage était apathique et ses yeux tristes.

Une semaine plus tard

Dès notre arrivée, la mère est venue à notre rencontre. Elle était souriante et nous regardait dans les yeux. S'exprimant dans sa langue, elle nous a expliqué qu'elle se levait tous les matins à quatre heures pour pouvoir masser son fils et qu'elle pouvait voir qu'il allait mieux. En nous montrant le suivi des pesées, l'intervenant psychosocial nous déclara qu'effectivement l'enfant avait beaucoup progressé en une semaine: Rokha était plus actif, il ne dormait plus toute la journée, et avait pris du poids (9,3Kg).

Pendant le déjeuner, le père de Rokha est venu au centre pour nous rencontrer, content de voir les progrès de son fils, et nous demandant s'il était possible de lui faire passer une radio au Bangladesh. Pendant son séjour au CPM, la mère de Rokha a participé à des entretiens de soutien psychologique individuel, à des groupes de parole et aux séances de massage en groupe.

Après deux semaines de suivi au centre

Le poids cible était atteint, Rokha pesait 9,9Kg. La mère nous a demandé si, une fois rentrée à la maison, elle pouvait donner à son fils le lait qu'elle recevait au centre. Nous avons alors réalisé que l'enfant n'avait eu que du riz et du sucre à manger avant de venir au centre. L'équipe psychosociale a expliqué à la mère les différentes catégories d'aliments peu onéreux et accessibles permettant de donner une alimentation plus équilibrée à son enfant (et au reste de la famille). Visiblement intéressée, la mère nous a dit qu'elle essaierait à la maison.

Elle nous a également montré une petite bouteille d'huile de massage pour enfant que son mari avait achetée au marché. Nous avons insisté sur l'importance cruciale de ses capacités maternelles dans les progrès de Rokha, au-delà des qualités de cette huile.

En conclusion, nous avons abordé avec elle le moment où elle quitterait le centre, en soulignant l'importance de porter attention également à ses autres enfants, et pas uniquement à son fils handicapé.

Dès le premier contact, on se rend compte que cette maman et son jeune enfant ne vont pas bien: elle se présente sale, fatiguée, avec des yeux tristes; le garçon réagit très peu et il perd jour après jour du poids; elle ne sait plus quoi faire avec lui, elle le transporte comme un «paquet»...ou peut-être comme un enfant déjà mort, déjà parti loin. La demande d'aide est claire et a déjà été portée par les parents auprès de multiples personnes. Ils veulent comprendre ce qui se passe pour leur enfant et comment le guérir. Ils sont prêts à suivre tous les conseils.

Le handicap de Rokha va au-delà des compétences d'ACF: toutefois, nous pouvons les aider en renforçant une relation qui semble très figée et a peu évolué depuis l'accident.



On a l'impression que la paralysie de Rokha a figé aussi la famille dans sa relation avec lui: peu d'interactions, peu d'espoir, peu de stimulation. Celui-ci à travers son attitude exprime aussi ces difficultés relationnelles.

L'arrivée de la sœur cadette a exacerbé les problématiques puisque les parents ont dû trouver aussi du temps et de l'énergie pour ce nouveau membre. Comment trouver une manière adéquate pour se remettre en lien avec Rokha et comment lui redonner goût à la vie par le ré-établissement d'une relation riche et solide?

L'équipe se rend compte immédiatement que le petit a besoin de «sentir» physiquement cette relation et l'amour de sa famille; ses parents ont besoin d'être réconfortés sur leurs capacités de relation et de constater ses progrès. Pour cette raison, l'équipe a tout de suite pensé à proposer des sessions de massage à la mère. Le massage permet en effet à celle-ci de reprendre confiance en ses capacités maternelles et maternantes, permet de travailler la relation enfant-adulte à travers le corps en touchant quelque chose de très émotif, affectif et immédiat. Il s'agit en somme d'un moyen parfait avec un petit qui montre des difficultés cognitives, motrices et relationnelles de le stimuler en ce sens. De plus, le massage est une approche simple et ludique dans laquelle une mère ne se sent pas jugée dans ses performances de mère et se laisse libre d'exprimer son amour et son soin envers son petit. Cette solution s'avère adaptée si l'on recherche le résultat positif immédiat.

L'équipe ne manque pas de laisser suffisamment d'espace à la mère pour exprimer ses difficultés, ses émotions, ses déceptions en l'accueillant dans des sessions de soutien psychologique en suivi individuel. Cette mère et femme a besoin d'être écoutée, accueillie dans sa détresse et dans celle de son enfant. Elle se doit d'être revalorisée dans ses capacités de mère qui ont été malmenées par l'accident, ce qui a sûrement généré de la culpabilité, de la honte et de la peur.

La mère va mieux et elle nous le montre en prenant un peu plus soin de son aspect extérieur (mieux vêtue, plus soignée...), par son sourire et son élan vers nous. Elle semble croire de nouveau en elle: elle est capable par le massage de faire aller mieux son petit qui prend du poids et montre plus de réactivité. La culpabilité laisse l'espace à l'espoir. L'enfant (re) devient un individu, avec qui on peut être en interaction et avec ses moyens limités. Il l'exprime clairement: il dort moins, il prend du poids et bouge plus. Le père se sent impliqué, il tient à nous remercier personnellement des résultats et nous montre son envie de résoudre le problème du petit par une demande d'aide médicale (et non plus via les guérisseurs traditionnels).

La paralysie familiale semble laisser de l'espace à du mouvement: moins de culpabilité et de honte, plus d'action et de soin!

Un cycle vertueux est installé et la famille peut continuer à prodiguer ces soins en toute autonomie. La mère sait comment faire sentir mieux Rokha; l'enfant sait comment valoriser sa mère et impliquer son père: une nouvelle énergie est là dans la famille, un nouvel investissement de Rokha s'est créé.

Entretien avec Zawlal et Fozul, co-fondateurs du centre de prévention spontané né dans un village de Buthidaung

Q: Pourquoi et quand avez-vous décidé d'ouvrir un centre de prévention?

Nous avons ouvert le Centre de Prévention en septembre 2011, puisque entre juillet et août de l'année 2011, quatre enfants sont morts dans ce village par des accidents dans l'étang. Un de ces enfants était le seul fils de l'un de nous. Il avait deux ans et jouait dans l'étang avec d'autres enfants. La grand-mère prenait soin de lui, mais elle s'est endormie, et quand elle a été réveillée, appelée par un autre enfant, elle a réalisé que le petit garçon était mort. Il n'est pas possible d'expliquer la douleur que nous avons ressentie. Cet enfant était très bien connu dans le village, parce qu'il était très actif et en bonne santé. Nous avons voulu éviter qu'une expérience si terrible se produise à nouveau.

Au mois de juillet, nous avons reçu une formation au soutien psychosocial tenue par ACF, et nous avons réalisé que les conflits et la jalousie dans la communauté avaient limité les bonnes relations au sein de nos propres familles. Le contexte de l'Etat d'Arakan n'est pas facile, et il est difficile d'expliquer à quelqu'un qui est en dehors comment les conflits internes ont eu un impact sur notre capacité à créer des réseaux positifs dans la communauté. Nous avons donc décidé qu'il était temps de faire quelque chose pour changer cela, pour nous, pour nos enfants, pour notre communauté.

En raison des habitudes traditionnelles, de la culture, le mari ne permet pas aux femmes de sortir de la maison. Les femmes s'occupent du travail domestique et leurs besoins ne sont pas écoutés. Les mères de nos enfants se sentent sous pression et il n'est pas facile pour elles d'avoir des relations en dehors de la famille. Les femmes dépendent de leur mari, les maris dépendent d'autres personnes qui peuvent en quelque sorte les aider... L'impression est que la plupart des gens ne sont pas en mesure de faire face à leur propre vie.

Souvent, les enfants font un travail occasionnel: ils prennent soin des vaches ou ils sont envoyés à la montagne à couper du bois pour leurs familles. De plus, il est malheureusement fréquent de voir que dans les familles, les enfants sont maltraités: de nombreuses fois, le seul moyen utilisé par les parents pour être respecté est d'utiliser la violence. La seule façon d'attirer l'attention des enfants est d'utiliser l'école arabe (coranique) et les écoles publiques. A la fin, les enfants grandissent dans un environnement qui est très violent, et la violence devient la «normalité» pour eux et à l'intérieur de la communauté.

Enfin, la malnutrition est un problème commun dans notre village, et la perception de cette maladie est qu'elle repose sur la volonté d'Allah.

Q: Quel est l'objectif que vous vouliez réaliser lorsque vous avez décidé d'ouvrir le centre de prévention ?

L'idée était et est extrêmement ambitieuse: nous voulions créer un meilleur environnement, pour prévenir les cas de mortalité infantile et la malnutrition, pour promouvoir les droits de l'enfant et de la femme, afin d'améliorer la confiance en soi et les relations, pour développer l'éducation des enfants à travers le jeu. Il s'agit aussi de développer l'éducation des femmes et des hommes en créant un accès plus facile à l'éducation formelle et informelle avec des discussions participatives, l'objectif étant d'améliorer la qualité de vie des femmes et des enfants.

Q: Quelles sont les étapes que vous avez suivies pour ouvrir le centre?

Nous pensons que nous pouvions répondre aux problématiques identifiées en utilisant les échanges dans la communauté avec des familles et des personnes clés. Ces échanges ont été les points de départ pour le démarrage des activités. Après ces sessions, la communauté a demandé une réunion hebdomadaire afin de réfléchir à leurs enfants, à la santé et aux comportements de prévention.

L'activité de prévention communautaire a commencé en septembre. Après diverses conversations, l'officier de l'administration du village (chef du village) a donné son accord pour l'ouverture du «Centre de Prévention» et les activités ont pu démarrer.

Q: Comment avez-vous organisé les réunions?

Les réunions ont été (et sont toujours) organisées maison par maison et les enfants qui aiment participer à des sessions de jeu sont accueillis à l'école coranique. D'autres personnes du village, qui avaient précédemment travaillé dans différents ONG, se sont offertes pour nous aider et nous avons organisé un petit comité de village. Les parents qui sont intéressés à se joindre à nous doivent payer un petit droit d'entrée mensuel (qui est utilisé pour construire l'abri pour les leçons des enfants) en fonction de leurs revenus. Les familles les plus pauvres ne paient pas.

Nous soutenons l'enseignant dans la méthodologie qu'il utilise avec les enfants pour leur apprendre le Coran, la violence n'est pas admise à l'école, car nous voulons que les enfants apprennent pour le plaisir, et non pas parce qu'ils sont battus et/ou forcés.

Les parents se rencontrent (groupes d'hommes et groupes de femmes) pendant le week-end avec notre aide. Nous discutons comment diminuer le stress dans la famille et sur la façon d'éduquer les enfants sans les frapper. Avec les hommes, nous avons proposé des séances sur la façon de construction de jouets sans coût, mais aussi des discussions sur comment prévenir la malnutrition, comment économiser de l'argent et comment planifier les naissances. Les femmes aussi sont les bienvenues pour discuter de l'hygiène, de l'allaitement et des pratiques de soins en général.

Ils viennent une fois par semaine. Leur motivation est de plus en plus élevée. Les enfants sont plus propres, et les femmes qui fréquentent les séances sont beaucoup plus souriantes. Les réunions hebdomadaires étaient devenues un «must» dans le village. Maintenant, les gens de ce groupe sont



«prêts» à diffuser ce qu'ils ont appris et ils veulent que ce projet soit plus grand pour impliquer plus de personnes. Nous allons les soutenir pour l'ouverture d'autres centres comme celui-ci.

BIBLIOGRAPHIE

- **Freud, S.** (1892-1893). *Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den «Gegenwille»*, G.W. I.
- **Schneider, M.** (2002). *Freud et le rapport féminin à la négation*, in *Fatalités du féminin*, PUF.

5 - LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS EN HAÏTI (2009-PRÉSENT)



© ACF, Elisabetta Dozio - Haïti



CONTEXTE ET PROGRAMMES

ACF est présent en Haïti depuis 1989 à travers diverses actions en sécurité alimentaire, accès à l'eau, assainissement, hygiène et préparation aux désastres. Ces programmes étaient essentiellement développés dans la région d'Artibonite (ville des Gonaïves et milieu rural) et à Port de Paix, zone qui a été très durement touchée par les cyclones Jeanne en 2004 et Hanna de 2008. Lors de ce dernier, une coulée de boue a ravagé la région des Gonaïves, emportant tout sur son passage et détruisant les infrastructures et les maisons... Les équipes ont observé que les habitants, fortement marqués par cette série de catastrophes naturelles, ont réagi en se montrant déprimés, en adoptant une position de grande passivité et en exprimant un profond découragement. Il faut préciser que selon une croyance haïtienne, un cyclone important est supposé frapper l'île une fois tous les cinquante ans, or cet enchaînement de catastrophes contredit cette croyance, laissant la population dans une difficulté à se mobiliser pour reconstruire.

Afin de prendre en compte les difficultés rencontrées par la population, une première évaluation en santé mentale et pratiques de soins infantiles a été réalisée en Avril 2009. Les résultats ont montré l'intrication de problématiques conjoncturelles dues aux différents chocs vécus par la population pendant des années (catastrophes naturelles, troubles politiques...), et de problématiques structurelles soulignant une vulnérabilité psychosociale, avec une mise en évidence de certaines situations particulièrement préoccupantes. Par exemple, les jeunes filles-mères représentent un groupe particulièrement à risque: elles se trouvent souvent isolées, souffrent d'exclusion et font face à de grandes difficultés pour prendre soin de leurs enfants, exposant ceux-ci à des situations critiques (malnutrition, mortalité élevée...).

Un premier projet a été créé dans la ville des Gonaïves, en collaboration avec le programme de Sécurité Alimentaire qui avait développé des cantines pour les enfants de moins de cinq ans et leurs mères afin de leur assurer un accès à une alimentation adaptée. Des groupes de parole, des entretiens individuels, du soutien à l'allaitement et des ateliers mère-enfant ont tout d'abord été mis en place pour les bénéficiaires de ces cantines. Avec l'approche de la saison cyclonique, les peurs qu'une nouvelle catastrophe survienne sont apparues et les souvenirs des pertes et des destructions de l'année précédente sont revenus de façon massive. Un programme de prévention incluant un travail en groupe, en individuel et lors de visites à domicile a été développé pour soutenir les populations.

Au cours du deuxième semestre 2009, des actions en santé mentale et pratiques de soins infantiles ont été intégrées dans les centres nutritionnels thérapeutiques existants au sein des hôpitaux des Gonaïves. Différentes activités ont été proposées dans le domaine du soutien psychologique et de l'accompagnement de la relation parents-enfants pour les bénéficiaires souffrant de malnutrition sévère et leurs accompagnants.

La survenue du tremblement de terre le 12 Janvier 2010 a entraîné la mise en place de différents programmes visant à répondre le mieux possible à l'étendue, la diversité et la complexité des besoins de la population touchée par la catastrophe.

Effectivement, on estime à plus de deux millions le nombre de personnes touchées par le séisme (230000 personnes seraient décédées, 300000 personnes blessées, 1,2 million de personnes à la rue). Les effets de cette catastrophe sur le pays (pauvreté accrue) et sur la population (impact psychologique et physique du séisme) ont encore aggravé la situation de grande précarité vécue par un grand nombre d'Haïtiens avant le tremblement de terre, ou bien ont plongé dans la pauvreté les habitants qui vivaient auparavant une situation correcte sur le plan économique.

Dans ce contexte de crise, aux Gonaïves, ACF a assuré la continuité des programmes existants tout en ajoutant de nouvelles actions afin de soutenir la population pour parvenir à faire face aux conséquences du séisme (arrivée massive de déplacés, arrêt de l'envoi d'argent par les membres des familles qui travaillaient à Port-au-Prince, deuil, traumatismes...). En parallèle, des programmes spécifiques en santé mentale et pratiques de soins ont démarré à Port-au-Prince.

La situation à Port-au-Prince était dramatique, les constructions et infrastructures étaient en grande partie détruites et la ville se trouvait dans un état d'immense désorganisation. Le paysage était constitué de bâtiments détruits, d'amas de pierres, avec des camps un peu partout pour abriter les per-



© ACF - Haïti

sonnes qui avaient tout perdu dans la catastrophe. Aux Gonaïves, la situation était différente, la ville n'ayant pas été touchée directement par le tremblement de terre. Cependant, aux personnes ayant perdu leur travail et leurs biens suite aux cyclones de 2008 et 2009 se mêlaient les victimes du tremblement de terre réfugiées aux Gonaïves sans qu'il y ait suffisamment d'aide disponible, les principaux acteurs humanitaires étant concentrés à Port-au-Prince.

En intervenant auprès de la population de ces deux régions, nous avons observé qu'à la problématique générale de deuil et aux autres difficultés psychiques en lien avec le séisme (symptômes traumatiques, troubles psychosomatiques, troubles dépressifs, anxieux, consommation d'alcool, violence...) se combinent avec des difficultés économiques particulièrement importantes. Ces dernières figurent souvent au premier plan des demandes de soutien exprimées par la population. Le travail des travailleurs psychosociaux et des psychologues des équipes d'ACF a donc également consisté à référer les personnes vers des programmes existants, à permettre l'expression des diffi-

cultés ou symptômes au-delà de ces demandes matérielles. C'est un travail difficile car la population n'a pas l'habitude d'aller voir des psychologues et voulait une aide matérielle immédiate. La réponse aux besoins vitaux est bien sûr indispensable et première pour pouvoir ensuite aborder d'autres questions. Mais cette demande matérielle est parfois le signe d'un sentiment profond d'impuissance, d'incapacité de choix et de contrôle sur sa vie et son avenir, d'un épuisement et d'un découragement face à l'adversité. Ces thèmes peuvent alors être abordés lors des entretiens thérapeutiques pour mobiliser à nouveau les ressources personnelles, l'énergie et pour redevenir acteur de sa vie.

Les équipes d'ACF ont rencontré sur le terrain de nombreuses personnes qui ont évoqué d'autres difficultés préexistantes au séisme, racontant des histoires de vie ponctuées de violence, d'expériences de maltraitance, d'abandon, de ruptures, de deuils et l'expérience d'une extrême précarité économique. La survenue du tremblement de terre, des cyclones ou autres catastrophes a donc souvent aggravé de façon dramatique la situation déjà complexe et très lourde vécue par ces populations. La répétition des catastrophes naturelles dans le pays a amené la répétition des deuils, de la perte des maisons à peine reconstruites, le déplacement dans de nouvelles zones... Cette instabilité et cet enchaînement d'expériences traumatisantes a très souvent maintenu les personnes touchées dans un fonctionnement de survie, a affecté leurs capacités à faire face et à maintenir un sentiment de confiance en eux et envers l'avenir, et a fréquemment généré un fort sentiment d'abandon et d'isolement. La souffrance des bénéficiaires était exprimée le plus souvent sous la forme de symptômes somatiques dont les plus communs étaient des céphalées, des vertiges, de la tachycardie, ainsi que des problèmes d'insomnie, de perte d'appétit et autres troubles anxieux et dépressifs.

Enfin, on estime que plus de la moitié des bénéficiaires présentaient une problématique liée au travail de deuil: déni du décès des proches, incapacité à élaborer un travail de deuil, idéalisation des morts... Le fait que les corps des disparus n'aient souvent pas pu être retrouvés, que les rituels funéraires n'aient pas pu être effectués¹, sont des éléments qui compliquent le processus de deuil et empêchent les personnes d'intégrer la perte de leurs proches, d'investir peu à peu l'avenir, et de démarrer de nouveaux projets.

Il faut noter qu'en Haïti où le vaudou est très présent, l'enchaînement de catastrophes naturelles est souvent interprété par les victimes comme l'effet d'actions d'un mauvais esprit ou d'une possession.

¹ Souvent, les corps ne peuvent être retrouvés suite à une catastrophe naturelle. Par ailleurs, pour les victimes du choléra, les municipalités étaient chargées de récupérer et d'ensevelir les corps dans des fosses communes.



Les interventions des équipes d'ACF face à ce type d'interprétations se sont parfois avérées particulièrement complexes...

Parallèlement à l'impact du séisme et des cyclones, les équipes ont été frappées par le grand nombre d'adolescentes enceintes rejetées par leurs familles ou vivant seules avec leurs enfants, abandonnées par leur compagnon (le plus souvent, soit le père est déjà marié, soit il évoque des doutes sur la paternité de l'enfant avant de quitter sa compagne). La situation de la santé, de l'état nutritionnel et des besoins psychoaffectifs des jeunes enfants dans un tel contexte s'est avérée particulièrement préoccupante. Par ailleurs, de nombreuses très jeunes filles enceintes ou mères vivaient isolées dans des situations de grand dénuement, un certain nombre d'entre elles ayant recours à la prostitution pour répondre à leurs besoins de base et ceux de leur(s) enfant(s).

Dans ce contexte, les interventions dans le domaine de la santé mentale et des pratiques de soins infantiles ont nécessité la création de projets originaux et variés afin de répondre aux multiples besoins de la population. Certains de ces projets ont été associés aux autres programmes d'ACF (intégration d'activités dans les programmes pour le traitement et la prévention de la malnutrition, choléra, mise en place de tentes pour les mères et les nourrissons, accompagnement familial en lien avec un programme de coupons alimentaires, suivi psychologique en milieu rural en lien avec un programme agricole, programme conjoint d'activités génératrices de revenus et de soutien aux jeunes filles mères...). D'autres ont été développés de façon indépendante (soutien aux personnes en détresse et travail de soutien psychologique et de prévention dans les écoles, participation à l'élaboration de la politique de santé mentale dans le pays). Face à l'ampleur des besoins et à la pénurie d'accès à des soins psychologiques, des consultations avec des psychologues locaux ont été proposées. Les intervenants des autres programmes pouvaient ainsi y référer les bénéficiaires en détresse psychologique intense. Les psychologues locaux qui reçoivent les bénéficiaires pour des suivis individuels, travaillent autour de l'expression des émotions, la mise en mots et l'écoute de la souffrance, et leur proposent un accompagnement pour la mise en œuvre d'actions concrètes visant à améliorer leur situation (définir un projet, les différentes étapes de sa réalisation, soutenir les capacités nécessaires pour effectuer ces démarches, etc). La mise en mots des ressentis et le fait de s'appuyer sur des éléments concrets indispensables à l'amélioration de leur vie quotidienne répond à l'urgence des besoins de ces bénéficiaires, et fait partie de la stratégie de l'accompagnement psychologique. Effectivement, en accompagnant ces personnes pour qu'elles puissent accomplir des démarches et constatent qu'elles sont capables d'améliorer concrètement leur quotidien et de répondre à leurs besoins, les psychologues travaillent sur le sentiment de confiance en soi, la prise de conscience de leurs capacités au changement... Ce processus permet également aux bénéficiaires de s'inscrire dans une nouvelle dynamique et de sortir de la sidération/l'immédiateté dans lesquels les expériences traumatiques et/ou la grande pauvreté les maintiennent. Ce cheminement facilite l'élaboration du deuil, la communication et de nouveaux échanges au sein de la famille, et amène un sentiment de mieux-être général.

Ce type d'approche est particulièrement adapté au contexte d'Haïti où la grande majorité des psychologues utilisent des approches cognitivo-comportementales. Il faut noter que la relation parents-enfants constitue toujours un élément de travail central des interventions en santé mentale et pratiques de soins infantiles.

Des exercices de relaxation (respiration profonde, exercices renforçant la présence à soi et la prise de conscience des ressentis, exercices de visualisation...) sont très fréquemment utilisés par les équipes afin d'apporter aux bénéficiaires des techniques facilement utilisables au quotidien, leur permettant de mieux gérer leurs émotions et leur stress, de reprendre confiance en eux, en leurs perceptions, de réaliser leur potentiel et de remobiliser leur énergie autour d'actions concrètes. Le fait de se concentrer sur les éprouvés corporels est efficace pour réduire l'invasivité de la pensée par des idées ou des images récurrentes (suite à un traumatisme par exemple), et pour se recentrer sur soi au lieu de se concentrer sur l'extérieur et de se trouver « envahi » par une réalité très éprouvante. La prise de conscience de leurs capacités à éprouver / retrouver un mieux-être corporel semble essentielle pour ces personnes, en particulier suite aux expériences très difficiles qu'elles ont vécues, et aussi du fait de leur très fréquente difficulté à avoir accès ou avoir conscience de l'existence de leurs

ressources personnelles. La répétition de ces exercices au cours des séances permet d'intégrer ces techniques et facilite leur pratique. Les patients expriment que ces exercices de relaxation ou juste de respiration leur sont d'une grande aide au quotidien.

Les psychologues expatriés qui assurent l'encadrement des équipes locales ont témoigné de la grande efficacité de ces exercices, certains bénéficiaires montrant des changements d'attitude parfois spectaculaires après une ou deux séances... Si l'impact de la relation thérapeutique, de l'écoute, du regard qui est porté sur eux et du soutien général qu'ils vivent pendant les entretiens ont bien entendu une importance fondamentale, l'aspect régressif et maternant de ces techniques contribue aussi à expliquer leur impact très positif.

Considérant la grande diversité des programmes mis en place en Haïti, nous avons choisi de présenter de façon plus détaillée 6 programmes, illustrés d'histoires de bénéficiaires suivis dans ce cadre.

LE PROGRAMME D'APPUI PSYCHOSOCIAL DANS LES TENTES D'ACCUEIL MÈRES-BÉBÉS (2010-PRÉSENT)

Le programme de tentes d'accueil mères-enfants a été développé à Gonaïves puis à Port-au-Prince quelques jours après la survenue du séisme en Janvier 2010.

Le programme psychosocial de tentes d'accueil mères-bébés a pour objectif d'apporter un soutien aux mères, à leurs enfants et à la relation parents-enfants mais aussi de prévenir la morbidité et la mortalité des enfants de moins de deux ans. Avant même le tremblement de terre, la situation en termes de santé maternelle et infantile n'était pas très bonne; la malnutrition chronique et les



© ACF, Lucile Grosjean - Haïti

carences en micronutriments étaient importantes. Dans ce contexte de crise, les risques pour les personnes vulnérables en particulier, les très jeunes enfants, les femmes enceintes et allaitantes augmentent pour des raisons à la fois émotionnelles, psychologiques et matérielles. De nombreuses familles se sont trouvées en difficulté avec leurs nourrissons: elles avaient perdu leurs biens, vivaient dans une grande promiscuité sous tentes, avec un accès à l'eau et une hygiène difficiles; les femmes étaient souvent seules, certaines femmes étaient dans un état de choc et avaient du mal à apporter les soins adéquats à leurs enfants, dont la santé et l'état général souffraient.

Le programme vise en premier lieu les mères et les très jeunes enfants mais accueillent toutes personnes prenant soin des très jeunes enfants. Nous utiliserons donc le terme "mère" mais il est à entendre comme la personne prenant soin de l'enfant.

Dans les tentes d'accueil mères-enfants, l'équipe offrait aux mères et à leurs enfants un espace où ils pouvaient souffler, se sentir à l'aise, où un lien de confiance pouvait se tisser avec les équipes, en bénéficiant d'un soutien psychologique et d'une attention bienveillante. Un intense travail d'accompagnement et d'écoute de ces mères a été réalisé, prenant en compte leurs ressentis et leurs croyances.

Pour ce faire, les bénéficiaires avaient accès à un soutien psychologique individuel mères-enfants, à des groupes de psychoéducation sur des thèmes variés comme les soins pré et postnatal, les soins de la femme enceinte et allaitante, l'allaitement, la diversification alimentaire, etc. Un travail important a été effectué autour des croyances que les mères exprimaient.



Par exemple, un certain nombre d'entre elles pensait qu'elles n'avaient plus de lait après le tremblement de terre car il était monté dans leur cerveau, ce qui expliquait qu'elles se sentaient tristes ou que parfois, les personnes de la communauté les prenaient pour des «folles». De ce fait, elles arrêtaient d'allaiter, pensant effectivement qu'elles ne pouvaient plus avoir de lait. Ces femmes se disaient stigmatisées car elles étaient «tristes», et il était important d'évoquer les signes normaux susceptibles d'apparaître en réaction à une catastrophe et une situation «anormale» (pleurs, souffrance, tristesse, colère, agitation, désespoir...). Une autre croyance locale dit qu'à la naissance, il

faut donner à boire un mélange d'herbes au bébé. Or, comme l'eau n'était pas potable, les nourrissons ayant un petit poids de naissance pouvaient rapidement devenir malnutris. L'équipe a donc expliqué aux bénéficiaires, au-delà de cette croyance, les bénéfices pour l'enfant de la prise du colostrum et de l'allaitement, en proposant aux mères un accompagnement dans les soins au bébé. Progressivement, les mères ont pu parler de leurs inquiétudes, de leurs soucis et de leurs croyances sans craindre d'être jugées. Elles ont réagi positivement à l'écoute et aux conseils qui leurs étaient prodigués.

Ces séances de groupe ont peu à peu été élargies à d'autres publics et nous avons mis en place des groupes de parole destinés aux hommes et aux femmes âgées, afin de renforcer nos actions en sensibilisant la communauté aux questions de la malnutrition, des soins à l'enfant, aux mères et des relations parents-enfants.

L'histoire d'Elise : se retrouver brusquement chef de famille¹

«Nous avons rencontré Elise au mois de Juillet 2010. Elle est venue en compagnie d'autres personnes victimes du séisme demander le soutien d'un psychologue auprès de l'équipe d'ACF. Dans un premier temps, Elise a montré beaucoup de retenue pour parler de sa situation et exprimer ses difficultés. Afin de l'y aider, le psychologue a remarqué qu'il l'avait entendue participer à une conversation avec les autres bénéficiaires avant d'être reçue en entretien individuel. Les autres membres du groupe disaient au sujet de leur situation que «rien ne sera comme avant» et qu'«il n'y a plus rien à faire puisque tout est fini». Elise a alors pris la parole, disant que selon elle, «si rien n'est plus comme avant, tout n'est pas encore fini. Même si une personne a tout perdu, elle a encore une chance de reconstruire certaines choses et par-dessus tout de se reconstruire elle-même». Le psychologue a valorisé cette attitude en soulignant son optimisme et la difficulté de s'affirmer de cette façon face à d'autres personnes qui s'accordent sur une opinion opposée. Son attitude pendant l'entretien a changé après cette remarque, et Elise a pu commencer à raconter son histoire.

Elle a pu parler du père de ses enfants morts pendant le séisme, de ses grandes difficultés économiques et de son incapacité depuis à satisfaire ses besoins de base ainsi que ceux de ses enfants. Elle a pu exprimer l'intense souffrance qu'elle vit du fait de cette situation (elle a évalué sa souffrance à 7 sur une échelle de 10). Face à l'urgence économique, Elise a demandé à travailler en priorité autour de son problème d'autonomie financière. Le psychologue lui a proposé de procéder par étapes, d'abord en lui proposant de travailler sur ses émotions, puis d'identifier ses ressources personnelles, familiales et communautaires, et enfin de définir un projet et de s'appuyer sur ses ressources pour le réaliser.

Elise a accepté de venir une fois par semaine pour des entretiens individuels, pendant au moins un mois. Avant de clore cette première rencontre, le psychologue lui a suggéré, en prévision de la prochaine séance, de repenser à ce qu'elle a ressenti lorsqu'elle a appris la mort du père de ses enfants, à la façon dont elle a vécu ce moment difficile tant au niveau émotionnel qu'au niveau de ses ressentis

¹ Cas suivi et rédigé par Bayard Brutus aux Gonaïves.

corporels et de son comportement. Le psychologue souhaitait de cette façon travailler sur ce que représentait la personne décédée pour elle, et évaluer où se situait Elise dans le processus de deuil.

Le psychologue a commencé la deuxième séance par un exercice de relaxation, visant à amener Elise à être plus à l'écoute de ses ressentis et de ses besoins, en étant moins envahie par les pensées et les préoccupations concrètes de sa situation d'urgence au quotidien.

Ensuite, Elise a parlé des circonstances de la mort du père de ses enfants. Après le tremblement de terre, elle est partie à sa recherche. Arrivée chez lui, elle a trouvé sa maison à moitié effondrée et l'a entendu parler alors qu'il se trouvait sous les décombres; il disait qu'il n'était pas mort et a demandé de l'eau. En l'entendant, elle a alterné moments de sidération et d'agitation. Elle éprouvait des sensations au niveau du ventre, comme si «quelque chose lui tenaillait les tripes». De l'eau a pu être donnée au père de ses enfants. Puis, la terre a tremblé à nouveau et Elise n'a plus entendu sa voix. A cet instant, elle a tenté d'entrer dans ce qui restait de la maison pour le sortir des décombres, malgré le danger auquel elle s'exposait. Des personnes présentes l'ont retenue. Elle se souvient qu'elle pleurait, qu'elle disait que le père de ses enfants n'était pas encore mort et qu'il fallait le sortir des décombres pour l'amener à l'hôpital et le soigner. Elle s'est alors sentie dans une très grande impuissance face aux événements. Plus tard, elle s'est longuement demandée pourquoi tout cela lui était arrivé et ce qu'elle avait fait pour mériter un tel sort. Ces questions revenaient à elle constamment, elle avait l'impression que «tout était embrouillé dans sa tête», ne pouvait plus dormir et ressentait des céphalées et des douleurs partout dans le corps. Elle avait également beaucoup de mal à manger. Elle a exprimé la grande tristesse qui l'a envahie, et a expliqué qu'elle est restée plusieurs jours dans un état de prostration.

Dans un second temps, elle a pu élaborer avec le psychologue ce que représentait pour elle le père de ses enfants. Elle a expliqué qu'elle ne vivait pas avec lui, il était marié et vivait avec son épouse. Elise avait un commerce qui lui assurait des revenus, mais il l'aidait financièrement pour qu'elle puisse s'occuper des enfants et subvenir à ses propres besoins. Ce sont ces moyens de satisfaire ses besoins et ceux de ses deux enfants qui, selon elle, lui manquent finalement le plus. En se retrouvant dans une situation de précarité, elle s'est sentie devenir un poids pour sa propre mère, et très dévalorisée. Les personnes avec qui elle a parlé de sa situation lui ont conseillé de rencontrer rapidement un autre homme susceptible de l'aider financièrement. Malgré l'état de sa situation économique, Elise a eu des réticences par rapport à cette idée. En effet, elle craint de devenir la maîtresse d'un homme marié ou d'être exploitée.

A la fin de cet entretien, le psychologue lui a proposé de travailler lors de leur prochaine rencontre sur les ressources (de tous types et non seulement financières) dont elle dispose. D'ici là, il l'a invitée à réfléchir sur ses capacités, à ce qu'elle aime ou voudrait faire afin d'avoir des revenus et faire le point sur les personnes susceptibles de la soutenir.

La troisième séance a de nouveau commencé par un exercice de relaxation (identique au premier). Depuis l'entretien précédent, Elise a réfléchi à ce que lui avait suggéré le psychologue, elle a pris conscience de certaines de ses ressources et a commencé à mobiliser son énergie autour d'un projet d'activité. Elle a ainsi pu envisager de reprendre un travail (elle a une expérience en tant que main d'œuvre, et dans le commerce), afin de retrouver une autonomie financière. Elle a pu parler du soutien que lui témoigne sa famille (sa mère, sa sœur et son frère), du réconfort qu'ils lui apportent. Cependant, sa souffrance demeure importante et Elise réalise qu'elle doit sortir de l'inactivité afin d'aller mieux. Elle semble davantage prête à s'investir dans une activité génératrice de revenus.

Pour la soutenir dans cette démarche, le psychologue lui a proposé un exercice de visualisation autour de cette activité (imaginer ce qu'elle pourrait faire concrètement, les changements que cela amènerait pour elle et pour ses enfants, ses ressentis...). Ensuite, il a travaillé avec elle sur les démarches concrètes à effectuer afin de réaliser son projet, en particulier les personnes susceptibles de la soutenir financièrement et moralement qu'elle pourrait contacter (Elise a choisi de développer un petit commerce de riz).

Le psychologue a proposé à Elise des jeux de rôles pour qu'elle se sente davantage en confiance pour accomplir ces démarches. Elle a quitté cette séance avec moins de craintes et en se sentant visiblement mieux.



Comme pour les entretiens précédents, la quatrième séance a commencé par un exercice de relaxation. Elise a ensuite raconté qu'elle a pu contacter les personnes de son entourage en mesure de la soutenir dans son projet et leur a présenté son idée de commerce de riz. Elle a reçu des promesses de prêt d'argent et plusieurs manifestations de soutien (le grand-père de ses enfants a proposé de s'occuper de la scolarité de ses petits-fils et de lui donner un peu d'argent, plusieurs amis lui ont promis de lui prêter une somme d'argent, un cousin de Port-au-Prince lui a proposé de l'aider à trouver un emploi là-bas...). Ces promesses dépassent de loin ce qu'Elise avait espéré, et elle a exprimé beaucoup de joie ainsi que sa confiance envers la réalisation de son projet. Le psychologue a souligné et beaucoup valorisé le fait qu'elle ait réussi à effectuer autant de démarches en une semaine. En attendant de recevoir l'argent promis, il a été décidé d'identifier d'autres ressources et de travailler sur la possibilité d'obtenir un emploi car elle estime possible de mener son commerce parallèlement à un autre travail. Elle a également parlé d'une amie proche qui lui apporte motivation et soutien moral, et qu'elle considère comme une personne ressource particulièrement précieuse. Pour la semaine à venir, Elise avait prévu d'identifier d'autres ressources et d'effectuer des démarches en vue d'obtenir un emploi. Elle a quitté la séance confiante et visiblement optimiste.

Elise est arrivée en retard à la cinquième séance. En effet, sa fille est tombée subitement gravement malade, et Elise a eu très peur pour elle. En effet, un membre de la famille a consulté un «houngan¹» qui a dit que le père de l'enfant était venu la chercher. Puis, le prêtre a réalisé un rituel afin d'empêcher le défunt de s'approcher de l'enfant. A présent, sa fille va mieux, elle mange, joue avec son frère et avec les autres enfants. Elise se dit rassurée, même si elle exprime avoir besoin de temps pour voir l'angoisse qu'elle a ressentie disparaître complètement.

Ensuite, elle a expliqué qu'elle a pu obtenir un emploi, mais a finalement refusé le poste. Effectivement, un emploi de chef d'équipe dans la construction de gabions (paniers ou casiers utilisés dans le bâtiment) lui a été proposé, mais Elise a appris la présence de couleuvres sur ce site, or ces animaux lui font très peur. Cette difficulté n'a pas affecté sa détermination et elle est occupée à rassembler les derniers papiers à envoyer à son cousin à Port-au-Prince afin qu'il l'aide à trouver un emploi. Elise nous a fait part de sa certitude que cette démarche aboutirait, exprimant une plus grande confiance en l'avenir.

Au sujet du père de ses enfants, si ce dernier occupe ses pensées, Elise apprend peu à peu à vivre sans lui. Le soutien qu'elle a pu trouver auprès d'autres personnes de son entourage lui a été d'une grande aide. Elle a exprimé avoir maintenant confiance en ses capacités à améliorer sa situation par elle-même. «Je suis passée des ténèbres à la lumière», dit-elle. Elle est à présent persuadée d'avoir fait le bon choix en refusant de s'engager dans une relation avec un homme marié ou un homme qui n'aurait vu en elle qu'un objet sexuel.

Elise a exprimé qu'elle pense n'avoir plus besoin des séances car elle estime qu'elle va beaucoup mieux. Elle a évalué sa souffrance à 5 sur une échelle de 10, car elle a conscience qu'elle doit encore cheminer. Elle imagine que sa souffrance pourrait baisser à 2 ou même 1 d'ici quelques semaines, ce qui correspond au moment où elle devrait avoir démarré la mise en place concrète de son projet professionnel.

Elise a quitté ce dernier entretien le sourire aux lèvres, exprimant sa reconnaissance envers l'équipe: «vous m'avez donné plus que de l'argent; je vais utiliser ce qu'on a fait ensemble pour surmonter d'autres difficultés».

Nous pouvons observer que ce suivi psychologique est à la fois très court et amène des résultats très positifs. Sans doute Elise était-elle «prête» à entamer le travail de deuil et à investir un processus de changement (comme pourrait l'évoquer l'affirmation de son optimisme lors du premier rendez-vous – une posture importante pour la mobilisation des capacités de résilience)? Peut-être aussi Elise fait-elle partie de ces individus qui ont adopté un fonctionnement de survie (par exemple du fait d'un vécu de grande pauvreté), et pour lesquels nous observons très fréquemment une évolution et des progrès très rapides dès qu'un soutien psychologique leur est proposé? Chez ces personnes, il semble que

¹ Prêtre vaudou.

l'investissement très important de la relation avec le psychologue (ou le travailleur psychosocial) et du travail réalisé pendant les entretiens, répondent à des besoins absolument fondamentaux: il s'agit d'une population qui, du fait de ses conditions de vie et d'un parcours de vie ponctué de ruptures, de violence, de pertes, etc., n'a souvent jamais eu l'occasion d'exprimer ses ressentis (les équipes présentes en Haïti ont observé les émotions bloquées, comme figées et très difficiles à mettre en mot chez les bénéficiaires ayant vécu des deuils et des pertes, autant d'éléments qui rappellent un impact traumatique). Le quotidien qui consiste à satisfaire des besoins de base et à répondre à l'urgence, ne permet pas de prendre le temps et la distance nécessaires pour faire le point, réfléchir à sa situation, ses besoins et aux possibilités de changement. Le rapport au temps particulièrement perturbé¹ (et parfois aussi l'impact de traumatismes vécus) empêche ces personnes d'anticiper, de planifier des actions (même simples) pour améliorer leur situation, et les maintient dans une immédiateté et bien souvent dans des mécanismes de répétition. Le fait de rencontrer un professionnel (psychologue, travailleur psychosocial...) qui leur apporte une écoute et qui les aide à identifier leurs besoins, à exprimer et élaborer leurs émotions, les amène à prendre un recul indispensable pour amorcer des changements nécessaires à l'évolution/ l'amélioration de leur situation. Bien entendu, le regard des professionnels sur eux, le fait de croire en leurs capacités, de ne pas les juger... sont des éléments précieux sur lesquels ces personnes peuvent s'appuyer pour développer leur sentiment de confiance et d'estime de soi.



© ACF - Haïti

L'histoire d'Elise illustre également l'intérêt de s'appuyer sur des démarches concrètes et de proposer des actions amenant une amélioration de la situation réelle de la personne, alors que celle-ci a vécu un événement dramatique, vit une souffrance intense et a développé divers symptômes somatiques suite à cet événement. Ce processus vise à soutenir la personne et à lui permettre de se remobiliser autour d'un projet. Le thérapeute, par sa présence et son écoute, est dans une position de témoin des actions que la personne est capable de concrètement mettre en œuvre, et l'amène de cette façon à prendre conscience de ses capacités, et de réaliser les résultats qu'elle est en mesure d'atteindre. Cette démarche permet d'évoluer d'une position figée, de la sidération et/ou de la prostration, vers une dynamique plus active. Le passage de la passivité, de la dépendance, de l'impuissance à une position active, indépendante, renforce la position de sujet, capable de décision, d'action et de changement.

Le travail sur le renforcement du réseau social montre à travers cet exemple combien il peut être efficace afin de combattre l'isolement et d'agir sur un vécu dépressif, de trouver un soutien au quotidien, d'améliorer le sentiment de confiance en soi et dépasser un sentiment d'infériorité.

La question du deuil, au centre de ce suivi, nous paraît être illustrée de façon très intéressante à travers la maladie de la fille d'Elise, causée par la présence du mort dans la famille. Le recours à des ressources culturelles pour s'en protéger à travers l'intervention du houngan, permet de délimiter les espaces des vivants et des morts: effectivement, le rituel dit que le père décédé s'éloigne concrètement de la famille – ce que l'on peut entendre, d'un point de vue occidental, comme une mise à distance de la prégnance de l'élément traumatique et l'amorce du processus de deuil. Le rituel

¹ Des observations effectuées dans le cadre de programmes d'accompagnement familial en Asie ont mis en évidence chez des populations vivant des situations de grande pauvreté, une capacité à envisager l'avenir sur trois à quatre jours.



vaudou permet de protéger la famille de l’envahissement par le / la mort – et le danger qu’il ne reste présent (comme l’est la représentation traumatique), envahissant le quotidien et maintenant la famille dans l’immédiat de la scène traumatique, le temps restant suspendu, figé. Suite au rituel, le mort et les vivants sont à présent séparés, le premier ne pouvant plus envahir l’espace des seconds. On peut remarquer que c’est après qu’Elise a pu recréer un réseau social soutenant (en plus du soutien



du psychologue) et constater concrètement qu’elle n’est pas isolée et que des liens sont possibles, que sa fille tombe malade.

La présence des vivants a-t-elle finalement remplacé la présence du mort? Elise dit elle-même qu’elle est «passée des ténèbres à la lumière»... Cela évoque une sorte de mouvement de «retour vers la vie», synonyme d’action, de (rê) investissement et de projection dans le futur, après l’envahissement par la mort et du traumatisme, qui fige. Des membres des équipes ayant travaillé en Haïti pour ACF nous ont fait part de l’effet chez les bénéficiaires de parler de leurs proches décédés, et d’amorcer ainsi un processus de deuil. Ils disent souvent que les fantômes de ces personnes deviennent moins présents, moins intrusifs aussi dans le quotidien, et peu à peu interfèrent moins dans la vie des vivants. Les bénéficiaires développent alors des moyens de mieux se défendre vis-à-vis de la présence des morts (en général par le biais des ressources traditionnelles ou religieuses comme dans le cas d’Elise), et parviennent à mieux gérer les situations d’urgence qu’ils ren-

contrent au quotidien. D’où la nécessité dans les programmes de travailler dans la complémentarité avec les systèmes de croyances culturelles existants et non pas contre.

La question de la culpabilité d’Elise en lien avec le décès du père de ses enfants, si elle est évoquée par Elise, n’est pas travaillée directement mais semble trouver une expression indirecte à travers l’évocation du mort. Effectivement, peut-on entendre le «retour» du mort au moment où elle prend une certaine distance avec lui (en s’engageant dans de nouvelles relations sociales et dans des projets), et qui entraîne de graves symptômes chez sa fille, comme une expression de culpabilité de la famille du fait de leur engagement dans un processus de deuil?

PROGRAMME DE SOUTIEN HOLISTIQUE (ÉCONOMIQUE ET PSYCHOSOCIAL) POUR LES JEUNES FILLES MÈRES¹ AUX GONAÏVES (2010-2011)

L’objectif principal de ce programme est de renforcer les processus de résilience de jeunes filles mères désocialisées vivant dans des quartiers défavorisés des Gonaïves grâce à un accompagnement personnalisé, individuel et/ou en groupe et à un soutien matériel et technique pour le développement d’activités génératrices de revenus.

Suite aux passages cycloniques en 2004 et en 2008 qui ont durement frappé la ville des Gonaïves, les activités économiques ont été fortement affectées car la ville a été inondée ou ensevelie sous les boues à plus de 80%, anéantissant le capital et les stocks de la grande majorité des habitants. La précarité de la population s’est traduite par une forte proportion de familles n’ayant plus d’activités économiques et donc dépendantes de soutiens extérieurs (donations, mendicité, transferts monétaires).

¹ Programme AGR / PSY = Programme Activités Génératrices de Revenus/Soutien Psychosocial

D'après les diverses enquêtes et entretiens menés par ACF plusieurs mois après les catastrophes, il ressortait qu'une proportion importante des familles n'avait toujours pas pu reprendre une activité économique et était contrainte à des stratégies de survie destructrices (endettement, prostitution, mendicité, migrations...). Les migrations du Nord Artibonite et plus particulièrement des Gonaïves vers Port-au-Prince sont importantes depuis plusieurs années et motivées par des facteurs divers: fuite des catastrophes naturelles aux Gonaïves depuis 2004, pénurie d'emplois, manque de formations universitaires, zones rurales structurellement déficitaires au niveau alimentaire, sanitaire, etc. Le tremblement de terre du 12 Janvier 2010 a provoqué un fort mouvement de retour des populations de Port-au-Prince vers leurs régions d'origine, et en particulier vers la région de l'Artibonite. Dans un contexte de déstructuration économique tel que celui des Gonaïves et de sa région, la capacité des familles d'accueil à absorber des personnes inactives supplémentaires était forcément limitée. Ces déplacements de population vers les Gonaïves et ses environs n'ont fait qu'amplifier des problématiques déjà majeures ainsi que le risque de paupérisation et de violences urbaines. Il faut noter que le chômage des jeunes (moins de 26 ans) est particulièrement important, et que le travail des femmes a été davantage affecté que celui des hommes. Suite aux différents cyclones ainsi qu'au séisme du 12 janvier 2010, une partie de la population des Gonaïves a dû se réfugier chez des parents pendant quelques mois, ce qui a engendré des séparations familiales, des tensions et des ruptures dans le réseau social. La perte des repères a été forte pour les personnes, et la résilience sociale a été entravée dans des moments essentiels de possibilité de récupération et de ritualisation des événements.

D'après l'EMMUS IV¹, les enfants de rang 1² sont particulièrement à risque de mortalité infantile. Un facteur de vulnérabilité important est l'âge de leur mère: les enfants de mère mineure seraient particulièrement à risque. Ce critère de vulnérabilité est confirmé par le personnel national de différentes ONG spécialisées dans le traitement de la malnutrition (ACF, Concern). Ces mères seraient particulièrement démunies pour prodiguer du soin à leurs enfants du fait de leur manque de connaissance des besoins de l'enfant.

A Gonaïves, c'est le personnel national d'ACF responsable des programmes de «argent contre travail» ainsi que des représentantes d'associations de femmes de Gonaïves qui ont attiré l'attention sur cette population: en effet, selon eux, ces jeunes filles sont vulnérables à plusieurs niveaux: les grossesses précoces étant mal vues, elles sont assez vite déscolarisées et potentiellement rejetées par leurs familles et les communautés. Elles se retrouvent alors dans une situation de grande précarité et ont recours à des mécanismes de survie dangereux (recherche de partenaires pour assurer l'accès à la nourriture ou prostitution officielle) qui les exposent à des risques multiples: VIH, autres grossesses, discrimination et exclusion encore plus importante...

Au cours d'une évaluation conduite par ACF sur les besoins en santé mentale et en pratiques de soins en 2009, des groupes de parole avec ces jeunes filles ont été organisés pour en savoir plus sur leur situation psychosociale et économique, ainsi que sur les questions relatives à la mortalité infantile. Les discussions ont mis en lumière leur situation psychosociale particulièrement difficile, comme en témoignent ces observations:

- une jeune fille sur deux a exprimé des idées suicidaires. Les jeunes filles avaient globalement une estime d'elles-mêmes très faible, avec le sentiment d'être ostracisées et discriminées;
- socialement, certaines de ces jeunes filles n'avaient effectivement aucun soutien familial et ne pouvaient compter que sur quelques voisins. D'autres vivaient chez des membres de la famille élargie ou chez leurs parents, or ces accueillants semblaient extrêmement vulnérables (un membre de la famille handicapé, personne ne travaille au sein de la famille...). La cohabitation était la plupart du temps très mal vécue;
- une jeune fille sur trois avait vécu la mort d'un nourrisson et il a été mis en évidence que les causes de ces décès étaient principalement les pratiques de soins inadaptées et la méconnaissance de ce qui était bon pour l'enfant;

¹ Enquête sur la mortalité, la morbidité et l'utilisation des services faites en 2005/2006 par l'Institut Haïtien de l'Enfance.

² A partir du rang 5 ou naître en cinquième position dans la fratrie, les enfants seraient aussi très à risque. Un autre critère de vulnérabilité est l'espacement des naissances: plus les naissances sont rapprochées, plus les risques de mortalité sont élevés.

- ces jeunes filles étaient globalement dépourvues de compétences sociales; par exemple, peu d'entre elles osaient sortir du quartier de peur d'être rejetées;
- les possibilités de travail de ces jeunes filles étaient très réduites et précaires: celles qui n'avaient pas recours à la prostitution travaillaient chez des voisins pour nettoyer quelques biens abîmés par les cyclones, elles n'avaient aucune idée ou projet concernant leur avenir.

Ces entretiens ont confirmé la vulnérabilité de cette population et les risques de mortalité de leurs enfants, notamment du fait de pratiques de soins inappropriées et de la malnutrition.

Dans le cadre des entretiens cliniques individuels, il a été identifié que ces jeunes femmes sont dans une telle logique de survie et dans un tel état de désespoir qu'elles négligent leurs propres besoins affectifs. Elles ont de toute façon peu de possibilités d'expression constructive de ceux-ci et de moyens d'y répondre. Effectivement, elles ne peuvent recevoir elles-mêmes un minimum de maternage afin de les soutenir dans le processus de maternité, ni s'identifier à une représentation maternelle positive et structurante. En conséquence, leurs possibilités d'identification à leurs enfants, et leurs capacités à développer avec eux une relation affective satisfaisante, sont fortement limitées. Elles entrent en parallèle dans un processus «d'auto-exclusion¹» qui les amènent à s'isoler et à ne pas bénéficier ou utiliser les services auxquels elles pourraient avoir accès pensant que du fait de leurs situations, elles n'y ont pas droit.

Au regard de la situation sociale et économique des Gonaïves et de l'extrême vulnérabilité des jeunes filles-mères en rupture sociale et familiale, l'objectif du programme mis en place est de réduire la mortalité et la morbidité des enfants de moins de cinq ans, à travers un soutien économique et psychosocial des jeunes filles-mères.

Ce programme se veut avant tout un accompagnement au développement des capacités à se projeter, à élaborer un projet ou encore à se concevoir dans un réseau social et familial à travers le renforcement des ressources individuelles et collectives, et des capacités de résilience. L'intervention ne vise pas simplement à relancer une activité économique, mais bien à accompagner une population vers une intégration économique et sociale et vers une reconstruction personnelle dans une approche holistique.

Trois centres ont été ouverts pour ces jeunes filles-mères, proposant des activités de crèche, des activités de groupe et des formations, et des consultations psychologiques. Une prise en charge médicale a été également développée pour elles et leurs enfants. Ce service, proposé sur le postulat que ces jeunes filles étaient a priori exposées au risque de souffrir de problèmes de santé, a mis en évidence leur état de santé catastrophique (par exemple, la grande majorité d'entre elles souffraient d'anémie, d'infections urinaires, d'infections vaginales, de maladies sexuellement transmissibles diverses...).

Les formations avaient pour but d'enseigner aux jeunes filles-mères les principes de base nécessaires à la mise en place et à la tenue d'activités génératrices de revenu. Les suivis psychologiques individuels² visaient à favoriser le développement d'un projet personnel et individualisé en travaillant sur les problématiques et difficultés (idées suicidaires, dépression, estime de soi, deuil, difficulté à se projeter, relations mère-bébé, etc.), les mécanismes de défense et la résilience.

Comment recevoir en soi ce qui est bon quand on n'a jamais connu cela ?

Gladys, 19 ans, et Sofia sa fille de 2 ans, passent trois mois dans le centre ACF où Gladys participe d'une part aux activités de formation pour développer une activité génératrice de revenus, et d'autre part aux activités psychosociales pour renforcer son estime de soi, ses capacités individuelles, la relation avec son enfant. Lors de la prise en charge médicale au centre de santé, nous apprenons que Gladys et sa fille souffrent de syphilis(un traitement approprié leur sera prescrit).

Gladys est rapidement référée à la psychologue haïtienne du programme, car elle est en conflit avec les autres jeunes filles-mères du centre, se montre agressive, elle est régulièrement absente et apparait en difficulté dans la relation à sa fille et les soins à lui apporter. Effectivement, l'hygiène corporelle de l'enfant est souvent négligée, Gladys ne répond pas de façon adéquate aux demandes et aux besoins de

¹ Voir les écrits de Furtos.

² Environ 60% des jeunes filles-mères incluses dans le programme ont bénéficié d'un suivi psychologique individuel.

Sofia, les échanges entre elles sont rares et Gladys répond souvent agressivement ou avec violence à sa fille.

Gladys est orpheline de mère et suite à sa grossesse, son père l'a mise à la porte. Elle a survécu en se prostituant ponctuellement ou grâce à de petits travaux irréguliers (lessive, ménage), en volant et/ou grâce à la générosité de quelques personnes du voisinage. Elle n'a plus de relations avec le père de l'enfant. Elle vit dans une pièce sommaire avec sa fille et supporte quotidiennement les insultes de ses voisins.

Au cours de la prise en charge psychologique, Gladys parvient à expliquer son agressivité envers les autres. L'attention et l'intérêt qui lui sont portés dans le centre semblent en effet la submerger. Face à cette situation, elle se comporte de façon à tester les limites de cette bienveillance. L'équipe lui propose des activités (dessin par exemple) afin de lui permettre d'exprimer et d'élaborer ses émotions. Ce mode d'expression l'amène à apaiser son agressivité et à améliorer ses relations interpersonnelles avec son entourage. Petit à petit, le comportement de Gladys dans le centre s'améliore même si ponctuellement, elle s'absente ou entre en conflit avec les autres bénéficiaires, les moniteurs formateurs ou les travailleurs psychosociaux.



Pour Sofia, suite à la prise du traitement contre la syphilis, les plaies et croutes sur son visage disparaissent et elle interagit davantage avec les autres enfants. Dans un premier temps, la fillette a tendance à rester en retrait, les autres enfants se moquent d'elle et elle leur répond soit sur un mode agressif soit par une réaction de repli. Sofia ne parle pas et présente, comme la plupart des enfants du centre, des retards de développement importants dans le domaine psychomoteur et cognitif. Les activités de la crèche accélèrent le développement de cette enfant qui est jusqu'ici très peu stimulée. Quelques séances de soutien psychologique se déroulent avec la mère et la fille. Avec l'appui de la psychologue, Gladys s'est essayée à parler, à expliquer les choses à Sofia. La relation mère-enfant s'améliore nettement, et si Gladys communique parfois encore avec agressivité et/ou violence avec sa fille, elle a pris l'habitude, une fois calmée, de mettre des mots sur son comportement, de s'excuser auprès de sa fille et de déculpabiliser cette dernière.

Un mois avant sa sortie du programme, Gladys nous annonce qu'elle est enceinte. Elle dit se réjouir de cette nouvelle car ainsi son nouveau compagnon ne la quittera pas. Celui-ci, dit-elle, la traite bien ainsi que sa fille. Néanmoins, elle est inquiète de savoir comment elle pourra subvenir aux besoins d'un enfant de plus. Quelques jours plus tard, à l'arrivée de la psychologue dans le centre, Gladys s'approche tout sourire avec des serviettes hygiéniques à la main. Elle explique être en «perdisyon». Dans la croyance haïtienne, la «perdisyon» est l'arrêt temporaire du développement du fœtus et donc de la grossesse. Les causes de ce phénomène sont d'ordre surnaturel. Gladys qui, au cours des activités psychosociales a été sensibilisée aux questions de contraception et de contrôle des naissances, nous demande si elle peut prendre une pilule contraceptive tout en étant en «perdisyon». Quelques jours plus tard, un travailleur psychosocial l'accompagne au centre de santé pour qu'elle reçoive une pilule contraceptive. Gladys est ravie, elle a consciemment ou inconsciemment trouvé une explication culturellement acceptable qui lui permette de rester avec son compagnon sans avoir une bouche en plus à nourrir.

Gladys qui, à son arrivée dans le centre, était une jeune femme au visage fermé, souvent agressive et qui ne prêtait guère attention à son enfant est devenue une personne souriante, consciente de ses capacités et de ses ressources individuelles, qui a créé des liens avec d'autres jeunes filles-mères et entretient une relation plus satisfaisante avec sa petite fille.



A la sortie du centre, Gladys a reçu son «kit AGR» et a démarré un petit commerce. L'équipe du programme lui rend souvent visite sur le marché ou à son domicile pour s'assurer que tout va bien pour elle.

PROGRAMME EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS INTÉGRÉ AU PROGRAMME DE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION (2008-PRÉSENT)

La malnutrition sévère aigüe n'est globalement pas très élevée en Haïti mais on note cependant des poches de malnutrition importantes dans certaines zones. Dans ce cadre, ACF a développé un programme d'appui au Ministère de la Santé pour mettre en place le traitement de la malnutrition dans l'Artibonite. Il s'agit d'une part de travailler sur un protocole national de prise en charge de la malnutrition et d'autre part, de former les personnels de certains hôpitaux et de centres de santé à soigner les enfants sévèrement malnutris. Dans ce type de projets, ACF ajoute un composant de pratiques de soins composé à minima d'un travail sur l'accueil, la relation soignant/soigné et la stimulation de l'enfant. En Artibonite, compte-tenu des problématiques psychosociales et du profil des familles des enfants sévèrement malnutris (notamment des enfants de jeunes filles), nous avons renforcé ce volet par la présence d'un psychologue pouvant conduire également des entretiens individuels ou mener des groupes thérapeutiques.

Robenson : le renforcement d'une relation père-fils¹

Mithson, âgé de six mois, a été pris en charge à l'Unité de Soins Nutritionnels de l'Hôpital de Secours avec Robenson, son père. C'est dans ce cadre qu'un suivi psychologique a été proposé.

Robenson est âgé de 39 ans, il a eu cinq enfants dont trois sont décédés. Sa femme est morte du choléra huit jours après la naissance de Mithson; depuis lors, il s'occupe seul du bébé. Robenson se montre très affecté par le décès de sa femme, il répète souvent que l'enfant ne serait pas malade si sa mère était en vie. Dans un premier temps, pour le nourrir il lui a acheté du lait en boîte, mais du



© ACF, Lucile Grosjean - Haïti

fait de sa situation économique il n'a pas pu continuer et lui a préparé de la nourriture solide. Effectivement, Robenson est cultivateur et apprenti-maçon mais il n'a pas de travail stable. Il nous explique que sa situation a considérablement empiré après la mort de sa femme, qui avait des revenus réguliers grâce à son commerce. De plus, étant à présent seul pour s'occuper de ses enfants, il lui est très difficile de travailler. Il évoque ses voisins qui le soutiennent quelquefois.

Robenson se présente comme un père très attentionné envers ses enfants. Cependant, il exprime que malgré ses efforts, il se sent souvent «incompétent» pour prendre soin d'eux. Effectivement, sa femme assurait auparavant les soins des enfants et Robenson ne sait pas très bien identifier leurs besoins, les laver, etc. Quand il a constaté que Mithson perdait beaucoup de poids, il a pris la décision par lui-même de l'emmener à l'hôpital pour qu'il soit pris en charge. L'enfant a de l'appétit mais Robenson dit ne pas pouvoir le nourrir à sa faim et le satisfaire comme il le souhaiterait. Quand l'enfant pleure, son père dit se trouver parfois très démuné, sans parvenir à identifier ce dont Mithson a besoin, et en

ayant du mal à lui apporter des réponses adaptées. Toutes ces difficultés lui rappellent cruellement l'absence de sa femme. Il dit parfois pleurer quand il se sent dépassé par la situation.

¹ Cas suivi et rédigé par Jules Luckson.

Depuis leur arrivée dans l'Unité de Soins Nutritionnels, Robenson se dit confiant et optimiste quant à l'amélioration de l'état de son fils car il boit le lait thérapeutique avec beaucoup d'appétit et Mithson change peu à peu de comportement et devient de plus en plus gai. Robenson montre comment il est disposé à écouter et mettre en pratique tous les conseils qui lui sont prodigués par les infirmières, et les mères accompagnantes dans l'USN. «Mon enfant est entre les mains de Dieu et des infirmières», dit-il. Robenson participe activement aux groupes de parole et l'équipe remarque l'affection qu'il témoigne à Mithson. Cet investissement est apparu comme un véritable atout autant pour la réussite du traitement de son enfant à l'Unité de Soins Nutritionnels que pour le suivi psychologique.

Pendant l'entretien avec le psychologue, nous observons la façon dont Robenson essaie de répondre aux besoins de l'enfant. Par exemple, quand ce dernier pleure, il le prend dans ses bras, le berce pour le calmer et arrêter les pleurs. Cependant, il hésite beaucoup et apparaît maladroit. Nous observons également que l'enfant réagit peu à la stimulation faite avec les jouets et a le regard distrait.

L'équipe a fortement valorisé et soutenu la motivation et les efforts de ce père malgré sa situation critique, afin de l'aider à renforcer son sentiment de confiance en soi. Les observations des progrès de l'enfant ont également été longuement soulignées.

Vu l'urgence de la situation de ce père de famille et de ses enfants, l'accompagnement psychosocial a été orienté vers le renforcement de son réseau de soutien social, l'amélioration de sa situation économique ainsi que le travail autour de la verbalisation des émotions, de la relation père – enfant et de la stimulation de l'enfant par le jeu.

Assez rapidement, Robenson exprime qu'il met moins de temps pour identifier les besoins de l'enfant (faim, soif, sensation de chaleur, besoin d'être nettoyé...). Il dit aussi être prêt à demander de l'aide à ses amies et ses voisins afin d'obtenir du soutien pour parvenir à mieux s'occuper de Mithson. Il pointe par ailleurs une difficulté autour du lavage des vêtements de la famille depuis la mort de sa femme (elle était en charge de la lessive à la maison) et réfléchit à des solutions afin de résoudre ce problème.

L'équipe psychosociale a travaillé sur la relation père-fils au cours de séances de jeu, lui montrant la nécessité de jouer avec l'enfant (avec ou sans jouets) et l'importance du jeu pour son développement. Robenson a exprimé son plaisir à chatouiller son fils, à secouer ses mains devant lui, interaction à laquelle Mithon répondait avec plaisir, en riant beaucoup.

On peut noter qu'au début du suivi, l'enfant réagissait peu aux stimulations et se montrait craintif en présence d'inconnus. Progressivement, Mithson a pu se montrer moins insécure, jouant et riant aussi avec d'autres personnes et cherchant davantage l'interaction.

Au sujet des questions financières, l'équipe a accompagné Robenson afin qu'il puisse améliorer sa situation économique. Il a pu énoncer des idées d'activités génératrices de revenus et identifié les personnes susceptibles de l'aider à les concrétiser.

Au moment de la fin de l'accompagnement psychosocial, Robenson apparaissait optimiste car son bébé mangeait avec beaucoup d'appétit et prenait rapidement du poids. Après quelques semaines de traitement à l'USN, Mithson a pu être transféré au centre de soins nutritionnels ambulatoire.

Nous observons que si la situation de ce père reste précaire tant au niveau financier que pour les soins qu'il est en mesure d'apporter aux enfants (nutrition, hygiène etc), il montre une forte volonté de progresser, il exprime des demandes de soutien, s'investit dans la relation d'aide et applique les conseils qui peuvent lui être communiqués.

Cette attitude et sa capacité à demander de l'aide et à se saisir des dispositifs existants sont autant d'éléments très positifs pour l'avenir de cette famille.

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL AUX GONAÏVES (2011)

Le programme d'Accompagnement Familial a été mis en place dans la ville des Gonaïves dans le cadre d'un projet-pilote coordonné de Sécurité Alimentaire (distributions de coupons alimentaires) et d'accès à l'Eau et Assainissement (réhabilitation d'abris anticycloniques). Le projet initial avait été défini à la suite du séisme du 12 janvier 2010 pour les déplacés de Port-au-Prince et les familles accueillantes des Gonaïves.



Avant le début des activités, l'épidémie de choléra avait frappé durement la région du Nord Artibonite, et nous avons dû adapter le programme et orienter également notre action vers les personnes qui avaient vécu de multiples événements potentiellement traumatiques. En effet, ces familles étaient souvent repliées sur elles-mêmes, souffrant de discrimination à cause de leur situation socio-économique ou sanitaire (un des membres ou plusieurs ayant été atteint par le choléra). Toutes les familles ciblées étaient en rupture de liens sociaux, avaient une image dévalorisée d'elles-mêmes et ne faisaient plus confiance aux instances extérieures. La plupart ne possédaient pas les informations nécessaires susceptibles de leur permettre de répondre à leurs besoins et d'améliorer leur situation globale.

Le programme d'accompagnement familial propose un suivi régulier à domicile pour les familles les plus pauvres par des travailleurs psychosociaux. Il consiste à soutenir ces familles pour identifier et prioriser leurs besoins, développer leur capacité à y répondre de façon appropriée, utiliser les services existants, afin d'améliorer leurs conditions de vie et développer leur autonomie¹. Cette approche suppose un travail d'écoute et de renforcement de la confiance en soi. Par ailleurs, la relation parents-enfants est au centre de l'accompagnement familial, et constitue parfois l'élément et l'objectif principal du suivi.

Les résultats attendus chez les bénéficiaires sont les suivants:

- les familles suivies ont amélioré leur confiance en elles et en leurs compétences, et ont acquis les capacités nécessaires pour répondre à leurs besoins et résoudre leurs difficultés;
- les familles sont capables d'identifier leurs besoins et d'utiliser les services existants pour y répondre;
- les parents sont capables de répondre aux besoins affectifs et éducatifs de leurs enfants. Les enfants ont la possibilité de développer tout leur potentiel;
- les familles sont en mesure de maintenir les résultats obtenus et de continuer à faire progresser leur situation après la fin de l'accompagnement psychosocial à domicile;
- l'équipe est en mesure d'assurer un dépistage et une prévention de la malnutrition aiguë des enfants de moins de cinq ans par le renforcement des pratiques de soins adéquates des parents;
- l'équipe assure la prévention de la détérioration des pratiques de soins du fait du contexte de rupture (séisme, cyclones, choléra).

La mise en place du programme d'accompagnement familial permet également de renforcer l'impact des autres actions mises en place aux Gonaïves, d'améliorer la compréhension du contexte afin d'adapter les programmes de la façon la plus appropriée et de ne pas déstructurer davantage l'environnement social et familial et interférer avec leurs capacités à faire face aux événements.

Les équipes d'accompagnement familial (en Haïti ou ailleurs) observent souvent que certaines familles font part de connaissances sur des sujets qui les concernent (règles d'hygiène ou besoins des jeunes enfants par exemple), mais sont dans l'incapacité de les appliquer concrètement. Le changement d'attitude et l'application concrète de pratiques de soins appropriées nécessitent donc pour ces familles une approche personnalisée et individuelle dans le cadre d'un accompagnement au changement de comportement.

Effectivement, le fait que les bénéficiaires mobilisent toute leur énergie, toute leur attention sur l'adaptation et la survie immédiate, associé à l'effet de la situation de crise sur la santé mentale des mères (ou substituts maternels), compliquent la manière dont les soins sont prodigués aux jeunes enfants. Le travail autour du rétablissement d'une relation de confiance avec un professionnel prend ici une dimension essentielle, alors même qu'une perte de confiance en l'environnement physique et humain a été vécue. Nous avons pu observer que le fait d'aller rencontrer les bénéficiaires à leur domicile (quel que soit l'état de l'habitat et de l'environnement extérieur²) permet souvent d'établir plus rapidement un rapport de confiance et une relation d'aide dynamique et plus vite investie par les membres de la famille. Ce processus entraîne chez les bénéficiaires, de façon parfois spectaculaire, un réinvestissement de leur existence en se plaçant dans une position active, le développement d'une activité génératrice de revenus, un changement de leurs conditions de vie, une amélioration de la communication et des relations au sein de la famille...

¹ Ce programme est basé sur une méthodologie développée par Inter Aide et adaptée à la prévention de la malnutrition par ACF.

² Les conditions sanitaires sont le plus souvent très fortement dégradées dans les zones où vivent ces populations.

Par ailleurs, les visites à domicile permettent d'inclure les différents membres de la famille, éventuellement d'amorcer une médiation en cas de conflit et de relancer la communication intrafamiliale. Cela permet à l'équipe d'acquérir une connaissance fine de la dynamique familiale, des différents aspects du quotidien et des besoins existants, ainsi que des points positifs et des points plus problématiques du fonctionnement familial.

La coordination avec le programme de soutien aux personnes en détresse, et la possibilité d'amener certains bénéficiaires à consulter un psychologue (en particulier dans les situations de deuils difficiles ou pathologiques) a très souvent permis, outre le mieux-être résultant des consultations avec le psychologue, d'accélérer les changements de pratiques et de développer davantage d'autonomie. Nous avons observé que les familles étaient demandeuses de ce soutien. Elles se sont d'ailleurs montrées très impliquées dans le travail, même lorsqu'elles ne recevaient plus d'aide alimentaire d'ACF. Nombre d'entre elles étaient fières de recevoir la visite d'un travailleur psychosocial qui leur consacrait du temps et leur offrait un espace de parole. La reprise de confiance en elles étaient souvent assortie d'une reprise d'activité, d'un changement d'attitude par rapport à leurs enfants ou de prises d'initiatives qui n'avaient pas été définies ni travaillées en tant qu'objectifs suite à l'analyse initiale des besoins réalisée communément avec le travailleur psychosocial.

Marie, une histoire de deuil

Marie a 27 ans, elle vit dans un quartier extrêmement défavorisé et insalubre. Sa maison est une petite bâtisse très basse et sale, où elle habite avec son frère — ce dernier a été malade du choléra. Marie est une jeune femme triste, frêle, qui présente une hygiène corporelle et vestimentaire correcte et se montre plutôt accueillante envers l'équipe. Elle bénéficie des coupons alimentaires distribués par ACF, afin de pouvoir acheter des produits locaux frais.

Marie a été déplacée de Port-au-Prince vers les Gonâives suite au séisme du 12 janvier 2010, au cours duquel son mari et ses deux enfants (1 an et 4 ans) sont décédés dans l'effondrement de leur maison.

Elle présente des symptômes traumatiques (flashbacks de l'événement...), pense continuellement à son mari et ses enfants et a beaucoup de mal à réaliser leur disparition et à entreprendre un travail de deuil. Par exemple, quand elle rentre chez elle, elle pense souvent que ses proches l'attendent à la maison. Marie souffre de divers troubles somatiques (insomnie, perte d'appétit, tachycardie, céphalées, fatigue...) ainsi que qu'une forte anxiété et des symptômes dépressifs importants.

Son mari était maçon et subvenait aux besoins de la famille. Marie elle-même n'a jamais travaillé et après le drame, elle s'est retrouvée dans une situation économique très critique. Au bout de quelques mois, elle est parvenue à créer un restaurant ambulancier qui lui assure un revenu minimum pour survivre. Elle a également pu nouer des relations avec ses voisins et fréquente un groupe religieux, où elle dit pouvoir exprimer sa douleur et trouver un peu de réconfort.

Lors de notre deuxième rencontre, Marie a pu parler de son histoire et la perte de sa famille, exprimant des émotions très douloureuses, la profondeur de sa souffrance, et toute l'ampleur du vide laissé par le décès de ses proches. «Je n'étais pas comme ça avant, c'est le décès de mon mari et de mes enfants qui m'a mise dans cet état», explique-t-elle. Pour donner plus de contenance à ses paroles, elle a tenu à montrer des photos d'elle datant d'avant le séisme. Effectivement, elle y apparaissait en meilleure santé, exprimant assurance et confiance en soi.

L'équipe lui a proposé de bénéficier d'un soutien psychologique auprès d'un psychologue d'ACF¹, démarche qu'elle a acceptée. Ce travail de soutien psychologique semblait effectivement indispensable avant de pouvoir aborder d'autres thèmes, compte tenu de la profondeur de sa souffrance psychique et de sa difficulté en lien avec le deuil de sa famille.

Le psychologue qui a suivi Marie a travaillé avec elle sur le processus du deuil de son mari et de ses deux enfants (elle a ainsi pu dépasser le stade du déni et entrer dans celui de la dépression). En plus des entretiens cliniques, à la fin de chaque séance, le psychologue l'a amenée à pratiquer des exercices de respiration profonde. Il lui a proposé de pratiquer cet exercice plusieurs fois par jour, le matin et le soir avant de se coucher, et aussi à chaque fois qu'elle ressent de la tachycardie, de la fatigue ou tout autre trouble somatique. Ces exercices visaient à permettre à Marie de se détendre,

¹ La proposition d'un soutien psychologique dépend de la situation et du diagnostic de la famille mais n'est pas toujours nécessaire.



de retrouver un certain bien-être corporel et de mieux gérer ses émotions. Au début du suivi, Marie a évalué sa souffrance à 6 sur une échelle de 10.

Parallèlement à ce suivi, le travailleur psychosocial a proposé à Marie de mener ensemble un travail autour de l'hygiène. Effectivement, son frère ayant été atteint du choléra, il était important d'aborder avec elle les mesures de prévention. Le travail sur le thème de l'hygiène (traitement de l'eau, lavage des mains...) a été bien reçu et efficace: les règles d'hygiène sont respectées et pratiquées, et la maison a gagné en fraîcheur. Après la fin de l'accompagnement à domicile, elle continue à chlorer l'eau et à nettoyer son environnement pour se protéger des maladies.

Marie a pu dire qu'elle se sentait beaucoup mieux après ses visites chez le psychologue, et que l'accompagnement du travailleur psychosocial a représenté un soutien précieux pour elle. L'équipe a pu observer d'autres changements chez Marie: elle a repris du poids, son visage s'est peu à peu éclairé, elle s'est montrée plus souriante et aussi plus chaleureuse.

Le travail commun du psychologue et du travailleur psychosocial a eu un effet très bénéfique sur l'amélioration de l'état psychique de Marie. Elle a par ailleurs suivi des consultations médicales à l'hôpital – le médecin chargé de son suivi a lui aussi noté l'amélioration de sa santé mentale.

Lors de la dernière séance du suivi psychologique, elle a dit réaliser qu'elle allait bien et était davantage en capacité de gérer ses émotions et les expériences très difficiles qu'elle a vécues. Sur une échelle de 10, Marie a évalué sa souffrance à zéro.

Johanne: de la perception de la fatalité à un contrôle positif sur sa vie

«Johanne, faisant partie du programme des Koupons Manjé Fré¹, est une jeune femme de Gonaïves répondant aux critères de l'appui psychosocial, elle était donc éligible aux suivis à domicile de l'accompagnement familial. Le quartier où celle-ci est domiciliée est composé de ruelles entremêlées difficilement identifiables. J'ai eu la chance de croiser dans ma recherche le chemin d'une déléguée du programme et elle m'a servi aimablement de guide jusqu'à la rue. Arrivé là, je me suis renseigné sur la maison de Johanne, mais malheureusement personne ne la connaissait. Après plusieurs demandes, un jeune homme dit: «c'est peut-être Dou. Va demander à la barrière là-bas». Je rencontre la sœur jumelle de Johanne, à qui j'explique les raisons de ma présence, et je fixe un rendez-vous pour Johanne. La ruelle où se trouve la maison est pleine de poussière ou de boue, selon la saison, et les enfants y jouent seuls, comme abandonnés.

Le jour suivant, je rencontre Johanne. Elle ressemble comme deux gouttes d'eau à sa sœur sauf que leurs histoires diffèrent totalement. Johanne est une jeune femme de grande taille qui a le sourire aux lèvres quand elle reçoit quelqu'un. Physiquement elle n'a que la peau sur les os. Rapidement le contact est établi.

Johanne vit dans ce qui a été autrefois une maison de deux pièces, au toit en tôle. Mais ce qu'il en reste maintenant, paraît avoir subi deux cyclones est difficile à décrire. La clôture est faite de morceaux de bois, et les murs sont érodés par les eaux. Il n'y a plus de cuisine, plus de toilettes. Dans cette famille je suis reçu dans la cour sans pouvoir s'abriter de l'ardeur du soleil.

Johanne et Dou, 27 ans, sont les aînés d'une famille de six enfants. Leurs frères et sœurs ont respectivement 21, 20, 18 et 16 ans de trois pères différents qui ont abandonné les enfants à la charge de leur mère. Johanne a elle-même trois garçons de six, trois et deux ans. Un cousin et une cousine viennent compléter la maisonnée.

En 2005, âgée de 22 ans elle tomba enceinte. Elle partit habiter avec son mari. Elle accoucha en 2006 mais après des disputes conjugales répétées, il la laissa et elle revint vivre chez sa mère.

En 2008, elle rencontra le père de son second fils, et tomba enceinte. Au moment du cyclone Hanna, elle perdit les cochons qu'elle gardait. Comme elle n'avait pas encore accouché, elle toucha une aide alimentaire. Elle fut peu après abandonnée par le père qui partit vivre avec une autre femme. Il revint peu de temps après et elle attendit son troisième enfant. Elle devint marchande ambulante, et arpenta enceinte les rues. Elle accoucha en 2009 de son troisième enfant. Elle vendit des affaires et mit sur pied un petit commerce, mais fit faillite. Aujourd'hui elle ne bénéficie du soutien de personne

¹ «Coupons de Nourriture Fraîche»: programme innovant de prévention de la malnutrition auprès des victimes du séisme offrant un meilleur accès à une alimentation nutritive et diversifiée (fruits et légumes frais, viande et poissons).

et doit seule nourrir ses enfants. Son humeur est à tendance dépressive et elle craint l'arrivée du choléra. A son grand soulagement, les Koupons Manjé Fré sont arrivés.

La bénéficiaire est une jeune femme ayant trois enfants à sa charge, vivant chez sa mère avec d'autres membres de la famille. Les pères sur deux générations sont absents. Pour elle, sa vie s'annonce être la reproduction de celle de sa mère. Elle le vit comme une fatalité. Et sa mère s'excuse à chaque occasion que cela soit ainsi. Elle sent qu'elle a les mains liées, et vit au jour le jour, ne voyant aucun moyen de construire un projet pour son avenir et celui de ses enfants. Souvent il lui arrive de pleurer et elle cède à la détresse.

Les enfants sont négligés. Le plus jeune est souvent endormi, je ne l'aperçois presque pas lors des premières séances. Ses vaccinations ne sont pas à jour. Le fils cadet n'est pas toujours propre. Au début du suivi, il avait la diarrhée et la grippe. Elle ne sait pas encore si elle va l'envoyer à l'école. Elle n'a pas grande foi en la vie, ni en l'avenir. Elle vit sa vie comme une suite d'événements malheureux, et cela diminue sa confiance en elle, en ses capacités et rend difficile la projection dans l'avenir.

De prime abord, il a été difficile de trouver un contrat. Nous nous sommes concentrés sur l'hygiène tout en essayant d'intégrer dans cette famille de meilleures pratiques de soins et favoriser la relation mère-enfants. Je l'ai encouragée à s'informer sur plusieurs écoles dans la zone, bien qu'elle ne soit pas encore prête pour l'inscription. Nous avons aussi fait le point sur le planning familial, au cas où elle veuille se protéger avec un nouveau partenaire.

Au début, la plainte de la bénéficiaire apparaissait comme élevée dans son discours. Mais compte tenu des différentes situations, elle a choisi 6 sur une échelle de 10. Au fur et à mesure des visites, je lui ai proposé des petites choses simples à faire, comme baigner son enfant et aussi ouvrir l'œil pour saisir les opportunités qui pourraient se présenter. La plainte a augmenté quand son oncle et son fils sont tombés malades, mais heureusement leur maladie fut brève. Cela devenait pertinent d'accentuer les visites sur l'hygiène et les pratiques de soins. Les séances étaient très animées et enrichissantes. Elle a été sensibilisée sur l'importance de l'hygiène et les pratiques de soins dans la prévention contre les maladies. Il y a eu beaucoup de séances de dessin avec les enfants. Je l'ai valorisée à chaque progrès. Vers les troisième et quatrième visites, elle a commencé déjà à montrer une nette amélioration. Elle participait à un cours de couture qui était donné gratuitement dans le quartier. Elle était en train de réaliser une jupe droite lorsque je lui rendis visite. Le fils cadet avait été baigné et brossé avant que j'arrive dans la maison. En faisant avec elle son chemin de vie, elle a réalisé combien elle s'était montrée courageuse pour traverser de nombreux événements éprouvants. En ce qui concerne les inscriptions à l'école, elle a finalement visité plusieurs établissements, et a fait un choix. Ses yeux reflétaient une plus grande assurance. Nous avons évoqué ensemble la nécessité de mettre à jour les vaccins de son fils cadet. A la cinquième visite, elle m'annonce qu'elle va emprunter de l'argent à une tante. Elle reprend peu à peu un plus grand contrôle sur sa vie et semble déterminée à prendre des initiatives constructives pour elle-même et sa famille.

A la sixième visite, je retrouve une famille en bonne santé (après un mois d'intervalle entre les deux dernières visites). Johanne m'annonce qu'elle a inscrit l'enfant à l'école et aura l'argent prochainement. La valeur pour l'échelle de l'impact de la plainte est la même puisqu'elle n'a pas encore l'argent. Mais elle sent le soutien externe plus positivement. Elle a pu partager ses problèmes et trouver des conseils bénéfiques pour tous. Lors de cette dernière visite, nous avons fait le bilan sur tout ce qu'elle a réalisé depuis le début de l'accompagnement et sur les évolutions du point de vue de son bien-être mental. Les résultats sont évalués positivement par Johanne, mais elle demeure demandeuse et aurait souhaité que l'accompagnement soit prolongé.

Dernièrement, dans le cadre du projet «Kay Timoun¹», je suis passé chez elle pour inviter son fils à la journée et proposer à Johanne de participer à la réunion des parents. Elle était absente car elle vend à présent des produits de cosmétologie. Lors de la réunion, je n'avais plus affaire à la femme craintive et triste mais à une personne souriante et pleine d'espoir.

Toutefois, je reste interrogatif quant à ses capacités à gérer son argent et à rembourser sa tante. L'impossibilité que nous avons de poursuivre le suivi pour véritablement solidifier le soutien psychosocial est une des difficultés majeures que nous éprouvons dans l'accompagnement des bénéficiaires,

¹ « Tentés d'accueil mères-enfants » en crèche



pour lesquels un travail sur le court terme est nécessaire mais rarement suffisant pour leur permettre de développer des aptitudes pérennes pour faire face aux prochains défis qui se présenteront à eux.»

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX VICTIMES DU CHOLÉRA (2010-PRÉSENT)

L'épidémie de choléra a touché la région d'Artibonite et la ville des Gonaïves au deuxième semestre de 2010. A partir du mois d'octobre, ACF a mis en place un programme coordonné d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de soins psychologiques pour les familles touchées par la maladie. Classiquement, ACF répond à ce type d'épidémie exclusivement par des programmes en eau, assainissement et hygiène. Toutefois, vu l'accumulation de désastres vécus par la population en Haïti, et leur impact sur la santé mentale, un programme conjoint a d'emblée été envisagé. Cette approche s'est avérée aussi utile du fait des croyances autour du choléra qui limitaient l'impact des messages de prévention. En effet, le choléra est une maladie nouvelle pour les haïtiens, qui ne connaissaient pas les mesures de prévention et de traitement. Très vite, des explications autour du mauvais sort et du vaudou ont circulé parlant de vrai choléra et de faux choléra par exemple, entraînant le recours à des pratiques vaudoues et niant l'efficacité des mécanismes de prévention en hygiène. Ces explications conduisaient à des phénomènes de stigmatisation et d'isolement des malades et de leurs familles. L'intervention de l'équipe en santé mentale et pratiques de soins infantiles a consisté d'une part à mieux comprendre les croyances locales concernant le choléra afin de pouvoir adapter les messages pour la prévention et le traitement de la maladie, de diminuer les peurs liées à la maladie et de prévenir les comportements à risques. D'autre part, il s'agissait de travailler au niveau de la communauté sur la prévention de la stigmatisation des malades et de leur famille en (ré) établissant les liens sociaux entre les populations affectées et la population générale, et en permettant un accompagnement autour de la problématique de deuil. Enfin, l'équipe était chargée d'identifier les personnes touchées par la maladie et présentant une souffrance psychique importante afin de leur proposer un soutien psychologique individuel et/ou familial adapté.

Ce programme a amené l'émergence de nombreuses demandes de soutien, et l'équipe s'est rapidement trouvée en difficulté pour répondre à l'étendue des besoins de ces populations. La nécessité de proposer un tel accompagnement aux populations haïtiennes touchées par le choléra est apparue indispensable.

Parallèlement à ces actions, une collaboration a été développée avec d'autres organisations (Médecins Sans Frontières, International Medical Corps) et le Ministère de la Santé pour intervenir au sein des centres de traitement du choléra mis en place par ces structures. L'équipe a proposé un soutien aux patients et à leurs accompagnants pendant la durée du traitement par le biais de groupes de parole et de suivis individuels. Les personnes en détresse psychologique (patients du centre de traitement du choléra, accompagnants et/ou familles de personnes décédées), identifiées suite à une évaluation psychosociale, étaient référées à leur sortie du centre aux psychologues intervenant dans la communauté. Par ailleurs, une supervision des équipes travaillant dans ces centres a été proposée afin d'offrir à ces professionnels un espace de parole et d'information sur la maladie, et d'aborder les problématiques liées à la perception (et parfois la stigmatisation) des malades, aux nombreux décès auxquels ces équipes étaient confrontées, à la particularité du vécu des malades du choléra et l'impact psychologique de cette maladie, etc.

A partir de juillet 2011, et suite à la fermeture des centres de MSF et d'IMC du fait de la diminution de l'épidémie, le travail de l'équipe a été orienté vers l'identification des personnes ayant été touchées par le choléra et nécessitant un accompagnement psychologique ou psychosocial. Cette action a été réalisée en collaboration avec les équipes du programme Eau, Assainissement et Promotion de l'Hygiène avec le Ministère de la Santé haïtien. Par ailleurs, la formation et l'appui aux équipes médicales locales intervenant auprès des malades ont été poursuivis. En 2012, au moment de la recrudescence de l'épidémie, des groupes d'entraide entre pairs ont été montés avec la collaboration des agents de santé. L'objectif est que ces groupes deviennent autonomes et pérennes dans le but de renforcer le réseau de solidarité sociale (tissu social) face à la stigmatisation liée au choléra, d'augmenter les capacités de résilience.

Histoire de Ritha : une reconstruction familiale¹

«Ritha vit dans un quartier très défavorisé du sud de la ville des Gonaïves, dans une petite maison abîmée constituée de deux pièces où elle vit avec son mari et leurs neuf enfants âgés de un à dix-huit ans. Il n'y a pas d'accès à des latrines et la cour de la maison est dans un état d'extrême insalubrité. Les enfants, pour la plupart scolarisés, ont contracté la teigne et deux d'entre eux (âgés de 12 et 16 ans) ont été atteints du choléra. Les enfants paraissent très affectés par la situation familiale, leur hygiène et leurs vêtements sont négligés et ils dorment sur un drap à même le sol.

Ritha et son mari ne savent plus à qui s'adresser pour améliorer leur situation, car la famille est très endettée. Ritha et son mari ont effectivement vécu des moments difficiles depuis les deux cyclones dévastateurs qui ont ravagé la ville des Gonaïves en 2004 et en 2008: son mari, chauffeur de tracteur, s'est retrouvé au chômage car le camion qu'il conduisait a été endommagé pendant le cyclone de 2004, et ils ont ensuite dû emprunter de l'argent pour pouvoir soigner l'un de leurs fils atteint du choléra.

Avant l'épidémie de choléra, Ritha avait un restaurant en plein air qui générait des revenus complémentaires pour le foyer. Du fait de la peur de la maladie, les clients ont cessé de le fréquenter par crainte d'être infectés, et le restaurant a fermé.

Le mari de Ritha a confié à l'équipe que ces difficultés financières importantes et le fait qu'il soit au chômage perturbaient les relations au sein du couple.

Dans un premier temps, les discussions concernant l'hygiène et les modes de prévention du choléra ou d'autres maladies transmissibles étaient compliquées du fait des croyances vaudoues de Ritha et de son mari (le couple a par exemple expliqué qu'un fétiche a été envoyé pour rendre malade les enfants...). L'équipe a eu le sentiment que cette croyance était aussi importante pour eux dans le sens où elle leur permettait d'éviter d'être confrontés à leur responsabilité dans l'état de santé des enfants, renvoyant l'origine des problèmes à des éléments mystiques extérieurs.

Un travail sur le thème de l'hygiène a malgré tout pu être mené, en orientant tout d'abord les actions vers le traitement et la prévention de la teigne dont les enfants étaient atteints. L'idée était également d'apporter une amélioration des relations familiales par le biais d'un accompagnement sur ce thème. Les intervenants ont mis l'accent sur l'hygiène en établissant à la fois des relations de cause à effet en lien avec les risques de maladies (en prenant soin de ne pas remettre en cause les actions des parents) tout en mettant l'accent sur ce que Ritha faisait de positif pour combattre le choléra et pour prendre en charge ses enfants. Ritha a écouté les suggestions de l'équipe, disant qu'elle essaierait d'appliquer ces recommandations.

Dans un second temps, les membres de l'équipe ont proposé aux parents de les accompagner pour emmener les enfants malades à l'Hôpital Secours des Gonaïves pour qu'ils puissent y être soignés. Ritha et son mari ont accepté cet accompagnement, ce qui marque une modification de leur approche des maladies qui touchent les enfants, une ouverture à d'autres modes de traitement en complément des croyances vaudoues.

Rapidement, l'équipe a relevé plusieurs améliorations notables concernant la situation des enfants sains que l'environnement de la maison (la cour par exemple était plus propre). Ritha a pu exprimer sa satisfaction d'avoir un soutien, et a expliqué qu'avec l'aide des coupons alimentaires qu'elle reçoit d'ACF, elle participe à un «sabotay»² et envisage d'ouvrir à nouveau son restaurant. L'équipe l'a fortement valorisée et encouragée dans cette initiative.

Trois semaines plus tard, le restaurant était ouvert et opérationnel malgré le nombre encore réduit de clients. Cependant, Ritha ne disposait pas d'eau chlorée pour que les clients puissent se laver les mains et assurer la prévention du choléra. Nous avons travaillé avec son mari sur la construction d'un accès à l'eau et son traitement. Les enfants les plus âgés ont été impliqués dans l'entretien du système d'accès à l'eau.

A la fin du suivi psychosocial, le mari était responsable du traitement de l'eau pour le restaurant et aidait sa femme à accueillir les clients. Les enfants étaient complètement guéris, leurs vêtements étaient propres, et ils dormaient sur une carpe. Par ailleurs, les parents ont envisagé de construire une latrine dans les six mois.

¹ Cas suivi par Charles Hunter.

² Sabotay: système de coopérative où chacun met une contribution de 300 gourdes chaque semaine et le total est livré à tour de rôle aux contribuables.



Ritha et son mari se sont également révélés être des vecteurs d'informations pour les familles du quartier sur les questions de prévention du choléra et des mesures d'hygiène afin de prévenir les risques de maladies.»

Cette famille vit une situation complexe et de nombreux points restent à travailler. Toutefois il semble que la nouvelle dynamique dans laquelle les parents se sont inscrits, leur positionnement actif face à leurs difficultés, l'investissement des relations parents-enfants... sont autant d'éléments essentiels pour renforcer les mécanismes de résilience et soutenir les capacités à gérer les difficultés du quotidien.

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PERSONNES EN DÉTRESSE (2010-2011)

Le programme de soutien aux personnes en détresse a été mis en place à Port-au Prince afin de donner un accès à des consultations psychologiques individuelles ou des groupes de parole pour les victimes du séisme les plus vulnérables (femmes, enfants, personnes âgées, personnes sans ressource, personnes handicapées...). Plusieurs mois après la catastrophe, une partie importante de la population souffrait toujours de troubles psychiques liés à l'évènement, et si les lieux d'accueil psychosocial se sont multipliés au travers de différentes ONG, ils restent cependant insuffisants pour pouvoir répondre à l'ampleur des besoins.

La situation critique des habitants de Port-au-Prince après le séisme (peu de travail, pas d'habitat, vie en communauté dans des campements, besoins de bases non couverts, instabilité générale...) a visiblement empêché les Haïtiens de développer des comportements leur permettant de faire face à leur peurs et angoisses. Des abus envers les femmes ont aussi été rapportés dans les campements. Les principales plaintes à l'origine des consultations sont liées au séisme. En parallèle, la profession de psychologue étant assez méconnue dans les couches populaires de la population, les bénéficiaires venaient en consultation pour parler de leurs difficultés socioéconomiques. Le travail des psychologues a donc aussi consisté à faire émerger les symptômes sous-jacents à ces motifs de plainte. La pratique de l'équipe a révélé que 30% des patients souffraient de troubles post traumatiques (avec comme symptômes les plus récurrents des accès de colère et d'agressivité, des troubles du sommeil, des troubles mnésiques, des flashbacks du séisme entraînant des crises de panique ou des angoisses paralysantes) et 25% de dépression (avec des symptômes révélant une estime de soi extrêmement faible, des complexes d'infériorité, des sentiments de désespoir et une tendance à l'isolement et à la coupure avec leur réseau social). Les problèmes affectifs étaient souvent mis en avant comme motif de souffrance pour les bénéficiaires: des conflits de couple, familiaux et des séparations liés aux nouvelles conditions de vie étaient au centre des préoccupations de ces patients, en particulier pour des mères se trouvant dans une situation de dépendance financière avec leur compagnon.

Les observations des psychologues locaux soulignent que par cet espace de parole et la possibilité de mettre des mots sur leurs angoisses, les prises en charge psychologiques ont aidé les bénéficiaires à réduire les effets du choc post traumatique. La peur d'être devenu «fou», d'être amoindri, le sentiment de solitude sont autant de problématiques dont les bénéficiaires du programme disent souvent s'être libérés. Les autres retours positifs exprimés par les bénéficiaires après ces prises en charges font part d'une dignité retrouvée, d'avoir pu retrouver un statut d'homme et non plus de victime...

Les psychologues locaux ont noté que six à huit entretiens étaient nécessaires pour constater une amélioration des symptômes.

Enfin, au travers de ces interventions psychologiques, ACF a pu répertorier des informations concernant les besoins en santé mentale de la population et les transmettre au groupe de réflexion en santé mentale dirigé par l'OMS en Haïti. Alors que la stratégie en santé mentale est en construction, ce type de données permet d'optimiser la future prise en charge psychosociale et psychologique des patients en détresse et en souffrance psychique.

6 - LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS EN RCA (2008-2010)



© Emmanuel Simiand - RCA

CONTEXTE ET PROGRAMMES

Pays vaste et faiblement peuplé, la République Centrafricaine est un territoire enclavé au sein d'une sous-région particulièrement volatile sur le plan politico-sécuritaire. La recrudescence de violences dans le nord dès les années 2000 a enclavé cette région dans une crise profonde, notamment dans les sous-préfectures de Paoua et Markounda entraînant des destructions massives de biens et des violations des droits humains, à l'origine d'imposants mouvements de déplacement de personnes (75198 déplacés¹).

Sur le plan socio-économique, la croissance économique est trop faible pour avoir un impact sur la réduction de la pauvreté et la création d'emplois. La RCA reste un état fragile et vulnérable au moindre choc économique. Les indicateurs des secteurs de l'éducation et de la santé sont actuellement parmi les plus faibles de la sous-région et l'investissement de l'Etat dans ces deux secteurs² est très limité.

ACF est arrivée en République Centrafricaine en 2006 suite à un appel d'UNICEF pour répondre à une problématique nutritionnelle. Le projet «historique/fondateur» d'ACF en RCA basé sur une approche développement est un projet de renforcement des capacités du Ministère de la Santé à Bangui et dans la préfecture de l'Ouham. C'est en 2007 qu'ACF s'est positionnée sur une problématique d'urgence en venant en appui aux populations victimes du conflit dans la zone nord (frontière tchadienne) du pays. Depuis cette période, ACF a maintenu en RCA son engagement de départ de renforcement des capacités dans la détection et la prise en charge de la malnutrition tout en développant des solutions permettant de gérer les causes profondes de la malnutrition dans les secteurs de compétences d'ACF.

ACF a donc renforcé sa présence, via des actions dites d'urgence tout en posant les jalons de futurs projets de développement (redynamisation des départements techniques de l'Etat, capitalisation des solutions techniques proposées).

Pendant l'évaluation Sécurité Alimentaire sur la zone faite par ACF conduite de janvier à mars 2007, certains indicateurs de souffrance psychologique sont ressortis pendant les groupes de discussion. Suite à ces indicateurs, ACF a décidé de conduire une évaluation en Santé Mentale ayant pour objectif d'identifier les besoins psychosociaux des différents groupes de population concernés, d'identifier les types de programmes susceptibles de couvrir ces besoins et évaluer la possibilité de prendre en compte la dimension psychologique dans la mise en place des activités Sécurité Alimentaire et Eau-Hygiène et Assainissement.

Cette enquête a permis de montrer que les attaques étant survenues dans les villages de la région de Markounda avaient eu des impacts importants non seulement sur la santé mentale des hommes, des femmes et des enfants mais également sur les modes d'organisation et les équilibres existant au sein des familles et des communautés de ces villages de populations déplacées.

Compte-tenu de l'ampleur des besoins, ACF a fait le choix de mettre en place un programme de santé mentale dans la région de Markounda, qui débuta en mars 2008. Il s'agissait de restaurer et consolider l'environnement psychologique et social des familles fortement perturbées par les déplacements, la violence et les conditions de vie précaires et de reconstruire le lien social.

Des groupes de discussions avec des hommes et des femmes de ces communautés ainsi que des entretiens psychothérapeutiques individuels ont été conduits sur une période de six mois, dans quinze villages des axes les plus touchés par les attaques. Un travail de médiation et d'accompagnement a ainsi pu être fait auprès des populations déplacées sur leurs capacités de résilience pour reprendre une vie normale, réduire le niveau d'anxiété et prendre en compte les souffrances des enfants. Lors des groupes de discussion, les hommes abordèrent des questions autour de la reprise d'une activité économique, tandis que les femmes échangeaient sur le bien-être, l'enfant, les pratiques de soins infantiles et les relations conjugales.

Les activités menées avec ces communautés ont créé une dynamique et des sentiments d'apaisement pour une large majorité des 200 personnes interrogées lors de l'évaluation du programme.

¹ Source HDPT CAR – Fact sheet June 2012

² 1,3% du PIB pour l'éducation en 2010

Malheureusement, les activités en santé mentale sur la région de Markounda ont dû stopper pour des raisons sécuritaires en décembre 2008.

Dans la sous-préfecture de Paoua, la situation était tout autant alarmante: la zone était la cible de violences répétées et des attaques successives sur les populations eurent un impact traumatique considérable. L'alternance de périodes de vie dans la brousse et de retours infructueux aux villages a altéré de manière durable la confiance que ces populations pouvaient avoir en l'avenir.

Trois ans après le début des mouvements de personnes, lors de l'arrivée d'ACF, 19000 personnes, sur les 30000 déplacées, vivaient encore cachées en brousse dans l'indigence la plus totale.

L'ouverture d'un bureau ACF dans la sous-préfecture de Paoua a permis de mettre en place le même dispositif d'intervention qu'à Markounda. Une évaluation, menée en février/mars 2009 dans la région de Paoua, mit en exergue des besoins psychosociaux non négligeables: troubles psychopathologiques (anxiété, dépression, troubles du sommeil, troubles psychosomatiques), altération des liens familiaux (deuils, distanciation dans la relation mère-enfant, conflits et violences conjugales) et déstructuration de l'organisation communautaire (diminution de l'autorité des chefs, difficulté à se réunir, fragilisation des associations permettant une amélioration des conditions de vie).

L'enquête a montré de fortes similitudes entre les besoins en santé mentale des deux régions, avec une détresse psychologique plus importante à Paoua. La population a vécu effectivement dans un climat constant d'insécurité et une méfiance continuelle dues à l'omniprésence d'hommes armés et à leur extrême vulnérabilité face à eux. Le vol fréquent de bœufs et de matériel agricole a ôté à ces populations toute possibilité d'autosubsistance et de contrôle sur leur vie. Les hommes, ne pouvant plus subvenir aux besoins de leur famille, ont souffert de ne plus assurer leur rôle et s'en sentent humiliés. En effet, la société a évolué dans un système patriarcal où les hommes ont été brusquement mis à défaut, ce qui a un impact direct sur la charge de travail des femmes qui se sont retrouvées souvent démunies face à l'ampleur de leurs responsabilités (trouver de la nourriture en plus de s'occuper des enfants, faire les repas, soigner la famille, etc.). Ces bouleversements dans les places et rôles ont entraîné des conflits, parfois des violences conjugales. Les familles disloquées ne sont plus parvenues à rétablir des liens de solidarité forts au niveau communautaire et les femmes ont rarement trouvé du soutien auprès de leur mari, pour lesquels elles sont souvent perçues comme paresseuses lorsque la fatigue les gagne ou qu'elles passent un moment de détente avec leurs amies.

Les enfants, quant à eux, ont souvent été livrés à eux-mêmes alors qu'ils avaient justement besoin d'un renforcement de la bienveillante présence parentale pour pallier à l'anxiété. Le danger ambiant a poussé les adultes à se faire obéir parfois par la force, en réaction à l'angoisse. La probabilité sans cesse réaffirmée d'une recrudescence des violences a entériné les émotions de peur. A cela s'est ajoutée la perte de dignité à vivre dans des conditions d'existence aussi déplorables, et le sentiment d'impuissance face à cette situation.

Le dispositif mis en place était un programme itinérant se déployant dans différents villages abandonnés, à raison d'une intervention par semaine sur huit semaines, répondant à trois niveaux de besoins: individuel, familial et communautaire. L'équipe, composée de deux psychologues, un traducteur et huit travailleurs psychosociaux, s'est attachée à réduire le sentiment d'insécurité, à renforcer les liens de solidarité au sein des groupes sociaux et questionner les problématiques psychiques de la population. Cette intervention a procédé d'une volonté d'offrir aux habitants l'opportunité de se réapproprier peu à peu leur lieu de vie en



© Emmanuel Similand - RCA

y vivant des moments d'échange et de partage nécessaires à une reconstruction post-trauma, afin que l'horreur et l'angoisse laissent la place à un nouveau désir de vivre. Mettre des mots sur leur vécu et travailler ensemble sur le traumatisme au sein d'un espace de parole sécuritaire et contenant leur a permis dans un premier temps de soulager une souffrance restée à vif, puis de se projeter de nouveau dans l'avenir.

Des groupes de dix à quinze individus réunissant séparément hommes, femmes et adolescents ainsi qu'un groupe plus large d'enfants furent constitués afin de construire collectivement une réflexion sur les problèmes que rencontrent tout spécifiquement ces populations. Avec le temps, une confiance s'est installée et les groupes abordèrent des sujets plus en lien avec leur intimité. Par élaboration groupale, chacun put échafauder des stratégies individuelles et collectives lui permettant de faire face aux situations problématiques rencontrées.

Un suivi psychologique individuel était également mis en place pour les personnes (enfants et adultes) étant tout particulièrement affectées par le conflit et sollicitant une aide plus prononcée.

Les habitants exprimèrent une grande reconnaissance envers l'équipe d'ACF pour leur avoir permis d'associer des moments de plaisir à un lieu où il n'y avait que douleur et souvenirs atroces. De même, ils apprécèrent d'avoir pu, grâce à cette démarche, montrer à leurs enfants de cinq ou six ans le village qui les avait vus naître.

Quand à trop vouloir tenir, ce sont nos enfants qui s'écroulent¹

«Luisa vit dans un campement de brousse lié à un tout petit village de l'axe qui fut détruit par les assaillants. Veuve depuis les massacres, elle est mère de cinq enfants. C'est une femme pétillante, débordante d'énergie, ce qui est à premier abord très surprenant compte tenu de la succession de catastrophes qu'elle a traversé. Elle accueille avec grand enthousiasme l'équipe psychosociale dès qu'elle arrive sur place, ce qui contraste fortement avec la mélancolie des autres femmes. Elle ne se dépare jamais d'un large sourire véritablement communicatif, et mobilise sans cesse sa communauté pour positiver et aller de l'avant. Pourtant, cette joie de vivre sonne presque faux; la joie ne semble pas entrer en résonnance avec ce que cette femme pourrait éprouver profondément. Le contexte est trop grave pour que cet élan ne puisse être en partie défensif.

Ainsi, le psychologue, Stephan, fut assez surpris lorsqu'il la vit un jour lui demander une entrevue. Comme il était temps pour l'équipe de partir, l'entretien fut fixé à la semaine suivante.

Lorsqu'ils se retrouvent la semaine suivante, Luisa arrive accompagnée de ses cinq enfants. Elle affiche une mine plus fermée qu'à l'accoutumée. Stephan suggère que ses enfants soient pris en charge dans l'aire de jeu le temps de l'entretien, mais Luisa réplique qu'elle est venue pour ses enfants, car ce sont eux qui vont mal, et non elle-même. Quelque peu décontenancé par cette proposition peu conventionnelle, et non habitué à effectuer des entretiens clinique 'en famille', le psychologue accepte en précisant toutefois qu'il désire voir par la suite les sujets un à un.

La famille s'installe donc sur un banc, alignée, Luisa ayant retrouvé sa jovialité tout en montrant avec une certaine fierté qu'elle sait «tenir» ses enfants. Stephan entame donc l'entretien en demandant à Luisa (par l'intermédiaire du traducteur) de lui expliquer plus précisément ce qui se passe avec ses enfants.

Ils sont donc au nombre de cinq: 3, 5, 9, 11 et 13 ans, les deux plus jeunes sont des garçons, les trois aînées sont des filles. Et c'est d'ailleurs par la plus jeune d'entre elles que commence la mère. Elle se lance dans une litanie de symptômes dont souffre la fillette depuis les événements, mêlant des atteintes somatiques, c'est-à-dire biologiques, corporelles, à des assertions d'ordre plus psychologiques en lien avec le traumatisme, mais d'une gravité toute «relative». Malgré la traduction, la production du discours reste pleine d'emphase, et Stephan ne peut se déprendre de l'idée d'une disharmonie entre le discours de Luisa et son ressenti. C'est un peu comme si la mère était en train de produire un discours autour d'une personne absente. Il s'écroule peu à peu sous l'abondance prolixe du discours, lorsque tout à coup, elle marque un temps de pause.

Stephan et son traducteur n'ont pas le temps d'investiguer davantage sur ce cas, elle reprend de plus belle avec le plus jeune de la fratrie. Celui-ci est en proie à des souffrances plus psychologiques que somatiques. La mère évoque des délires et des comportements étranges la nuit, qui s'appa-

¹ Cas suivi et rédigé par Stephan Richard.

rentent à des terreurs nocturnes. Une nouvelle fois, le petit dont il est question ne bronche pas tout au long du discours, et semble un peu étranger à ce qui se dit. La première impression éprouvée au début de l'entretien se renforce encore un peu, Stephan a l'impression que personne n'habite vraiment le discours de la mère, son angoisse ne semble pas se situer à l'endroit du fils.

Luisa, laissant peu de place à l'échange, poursuit son discours en abordant les problèmes de ses deux filles aînées, évoquant nombre de symptômes psychosomatiques, tant du côté du traumatisme que des troubles de conduites, dont on ne sait plus s'ils sont attribuables à l'adolescence, au manque d'autorité paternelle ou à la présence envahissante de l'instance maternelle... tout se confond. Le monologue s'essouffle et se perd dans des considérations plus mystiques. La parole s'étiole. Stephan continue vaillamment à suivre son discours tout en se demandant ce qu'il peut faire de cette masse écrasante d'informations. Pourtant la souffrance est là, palpable, derrière les mots, cachée derrière ce sourire verrouillé que Luisa emprunte encore. Les enfants ont l'air serein ou absent. Luisa se tait finalement et semble attendre une réaction de la part du psychologue. Celui-ci est saisi une nouvelle fois par la dissonance entre l'expression de la souffrance et la mine pimpante de la mère. Il lui demande alors simplement: «Et toi, Luisa, comment vas-tu toi?»

Un temps passe. Les enfants ne bougent toujours pas. Le visage de Luisa change sensiblement, le sourire semble se contracter un peu, et puis se lâche, des larmes commencent à couler sur ses joues, et elle donne sensiblement l'impression de s'écrouler sur elle-même jusque dans sa posture physique. Elle se reprend assez rapidement, mais l'essence même de sa demande est là, et c'est à partir de cette vulnérabilité enfin mise à nue qu'un travail clinique a pu commencer avec elle et ses enfants et se prolonger tout au long du programme.»

Cette situation initiale rencontrée avec Luisa est assez représentative des situations cliniques que l'on rencontre dans un contexte humanitaire, même si le comportement enjoué de Luisa, bien que défensif, soit davantage attribuable à sa personnalité qu'au traumatisme lui-même. En effet, il est courant de voir des individus qui, suite à une crise, semblent se maintenir assez bien, tout en nommant la souffrance de leurs proches: la projeter sur autrui est un moyen de la maintenir à distance. Pourtant, ce mécanisme de défense n'est pas sans conséquences sur la possibilité d'un travail de deuil, sur la relation avec les enfants ou encore sur la capacité à se projeter dans un avenir proche. Il n'est pas rare que ce type d'attitudes soit source d'incompréhension entre les équipes humanitaires et les bénéficiaires, compte tenu de la discordance entre les sentiments visibles et exprimés et la souffrance interne.

Défiance et angoisse de transmission¹

Dans le cadre d'une intervention d'urgence, il est d'usage de procéder à une prise en charge psychologique uniquement à destination des personnes ayant subi un traumatisme suite à une crise justifiant la présence humanitaire sur place. Cette histoire vise à montrer la pertinence, dans un programme de santé mentale, à ne pas laisser pour compte les sujets pris dans des problématiques graves même lorsque celles-ci ne sont pas attribuables à la crise en elle-même, et risquent de se poursuivre si elles ne sont pas entendues et travaillées. En effet, l'intervention d'urgence, de par son déploiement en réponse à une crise grave, tend à se concentrer uniquement sur les problématiques aux prises directes avec ce moment de crise, sans entrevoir les problématiques "atemporelles" qui traversent les individus au-delà de la conjoncture politique et sociale.

«Dans le cadre du travail de groupe effectué auprès des femmes, le thème de la relation mère-enfant est l'objet de plusieurs séances d'échange et de réflexions collectives. Ainsi, il est possible d'aborder la question de la culpabilité de ne pas avoir pu protéger des enfants lors des massacres, ou de ne pas être suffisamment à la disposition de leurs enfants, étant elles-mêmes débordées par leurs propres difficultés et responsabilités. La question du désinvestissement du lien affectif, lorsque l'enfant sort de la période de dépendance vitale à la mère, est naturellement abordée par les femmes. C'est au cours de l'un de ces groupes de parole qu'est évoquée la situation d'une mère au village, Félicia, partageant ce type de difficulté et qui se serait complètement désengagée de sa relation au bébé. D'après les femmes, cet enfant aurait grandi mais serait devenu 'bizarre'. Sont évoqués pêle-

¹ Cas clinique suivi et rédigé par Stephan Richard.



mêle la sorcellerie, les coups reçus, la maladie; ce qui est prévalent, c'est que le sujet génère une certaine tension au sein du groupe. Il est donc décidé, au sein de l'équipe santé mentale, d'essayer de rencontrer Félicia.

Il fut aisé de la trouver, mais celle-ci exprime au premier abord une réaction de défiance, pour le moins compréhensible puisqu'elle n'avait rien demandé. Les membres de l'équipe la renseignent donc sur l'objet de leur présence sur le terrain, et lui proposent de les rencontrer si elle le souhaite. La semaine suivante, une des participantes du groupe de parole, voisine de Félicia, explique qu'elle a eu l'occasion de lui parler des activités du groupe, ce qui a éveillé en elle le désir de rencontrer l'équipe, à condition que cela se passe chez elle. Stephan, accompagné de travailleurs sociaux, se présente donc à son domicile et remarquent immédiatement que l'état de saleté de l'enfant témoigne d'un manque avéré de soins. L'équipe observe assez rapidement des troubles moteurs importants. Certains jouent alors avec lui afin d'évaluer sommairement ses acquisitions par rapport à son âge. Il se trouve que l'enfant présente un retard plus que conséquent et souffre à priori de déficience mentale. L'équipe s'assoit alors avec la mère et lui propose de reprendre l'historique des troubles de l'enfant. Elle retrace alors une anamnèse bien construite et claire. L'enfant à la naissance se portait bien, et ne présentait pas de signes cliniques de troubles mentaux. Au bout de quelques mois, il aurait fait une crise de paludisme, non traité, et amené tardivement à l'hôpital, il aurait été «mort» avant de revenir à la vie. L'enfant a effectivement été réanimé tardivement, et le cerveau fut privé d'oxygène pour un temps, entraînant des séquelles cérébrales. Cependant, cette compréhension "biologique" du phénomène nous appartient mais n'est pas l'interprétation que la mère peut, culturellement, donner à la situation de son fils.

En l'occurrence, selon leur grille de lecture, le sort de l'enfant était lié à des croyances de sorcellerie jetant l'opprobre sur la famille, conduisant ce dernier à être caché aux yeux du reste du groupe social, enfermé. Dès lors qu'il existait une possible transmission du trouble par contact avec l'ensemble des sécrétions corporelles (nasale, buccales, urées, etc.) entraînant de fait l'impossibilité pour quiconque de prodiguer des soins de base à l'enfant au risque de développer sa maladie, le garçon fut désinvesti par sa mère, et objet d'évitement de la part de la communauté.

Un travail de fond fut entrepris avec Félicia et son enfant à travers le jeu, afin que celle-ci puisse se réapproprier son rôle de mère. Sans pour autant la brusquer dans ses croyances, ce retissage de la relation grâce à la médiation des travailleurs sociaux lui a permis de reprendre plaisir avec son enfant tout en reprenant pas à pas, confiance. En reprenant un rôle actif dans le lien maternel, elle put prendre conscience que la qualité des acquisitions de son enfant sont directement liés à la qualité des stimulations affectives, motrices et cognitives dont il est l'objet. L'enfant put ainsi poursuivre son développement, retrouver l'envie de s'alimenter et confirmer à la mère le caractère "inoffensif" de ses fluides.»

Attachée pour protéger¹

«Manuella est une petite fille d'une dizaine d'années qui, accompagnée de ses deux parents, se présente un jour pour un entretien avec le psychologue. Elle arrive en silence, tenue fermement à la main par son père, suivie de près par sa mère. La famille s'installe sur un banc en face de Stephan, le père prenant soin d'installer Manuella à côté de lui, tenant toujours sa main dans la sienne. Avec une révérence extrême et un luxe de précaution, il fait part d'abord de ce qu'il a entendu du travail de l'équipe et de ce qui l'a décidé à venir les rencontrer. Il semblerait que des résultats bénéfiques de la prise en charge psychologique de certains enfants aient été médiatisés dans le campement. Le père pensait notamment au suivi d'enfants présentant des troubles énurétiques suite aux attaques (c'est-à-dire le cas d'enfants faisant pipi au lit la nuit alors qu'ils étaient propres auparavant), et avec lesquels il est assez aisé d'arriver rapidement à une amélioration. Le trouble est plutôt fréquent chez les enfants après un traumatisme important. Relativement «bénin» sur le plan psychologique, les conséquences pour l'enfant peuvent être bien plus dramatiques dans la réaction parentale (coups, humiliations, rejets du foyer la nuit, etc.), et de fait bien plus grave psychologiquement par la réaction qu'il entraîne, d'où l'intérêt porté par l'équipe psychosociale à ces ennuis.

¹ Cas suivi et rédigé par Stephan Richard.

Le regard de Stephan est rapidement attiré par une blessure assez visible en cours de cicatrisation située sur la cheville de Manuella. Le père saisit ce regard et précise tout de suite que sa fille aurait «marché dans le feu» la semaine dernière et se serait gravement brûlée l'extérieur de la cheville droite. Pourtant la blessure semble assez profonde et il est difficile de définir s'il s'agit d'un contact prolongé au feu ou d'une négligence dans le soin médical. Il est vrai que les accidents domestiques sont assez fréquents, étant donné que la cuisinière se prépare à même le sol, dans une pièce qui fait également office de salon, de chambre à coucher et de salle de jeux pour les enfants.

Le père poursuit et évoque les attaques, la fuite, les balles tirées en leur direction, la vie au campement et les difficultés qui y sont associées. Peu à peu, il semble que le temps commence à être un peu trop long au goût de la petite fille qui commence à s'agiter, distraite par les autres enfants jouant au dehors. Stephan lui demande alors si elle souhaite se lever. N'obtenant pas de réponse, il s'adresse à ses parents en leur demandant si leur fille parle. La réponse est ambiguë: elle parle, mais jamais pour répondre à quelqu'un. Elle ne parlerait que toute seule depuis les événements, ou à la rigueur pour exprimer un mécontentement ou donner des ordres à ses frères et sœurs. Stephan leur propose alors de faire venir un collègue pour l'emmener jouer tandis qu'ils poursuivent l'entretien. Les parents ne semblent pas particulièrement ravis mais n'osent pas refuser.

La fillette qui commençait à s'impatienter part encadrée par l'équipe. La mère se met alors à parler pour la première fois de l'entretien. Elle explique assez brutalement que la petite est devenue «folle» depuis ce qui s'est passé, qu'elle fugue tout le temps de chez elle, et se met constamment en danger afin de se faire mal. L'épisode de la brûlure proviendrait d'une seconde d'inattention de la mère, sortie contrôler rapidement la présence des deux petits frères à l'extérieur. Manuella en aurait profité pour se «jeter» dans le feu. Demandant si elle agit fréquemment ainsi, ils répondent alors au psychologue que cela arrive à peu près à chaque fois qu'elle n'est pas attachée...

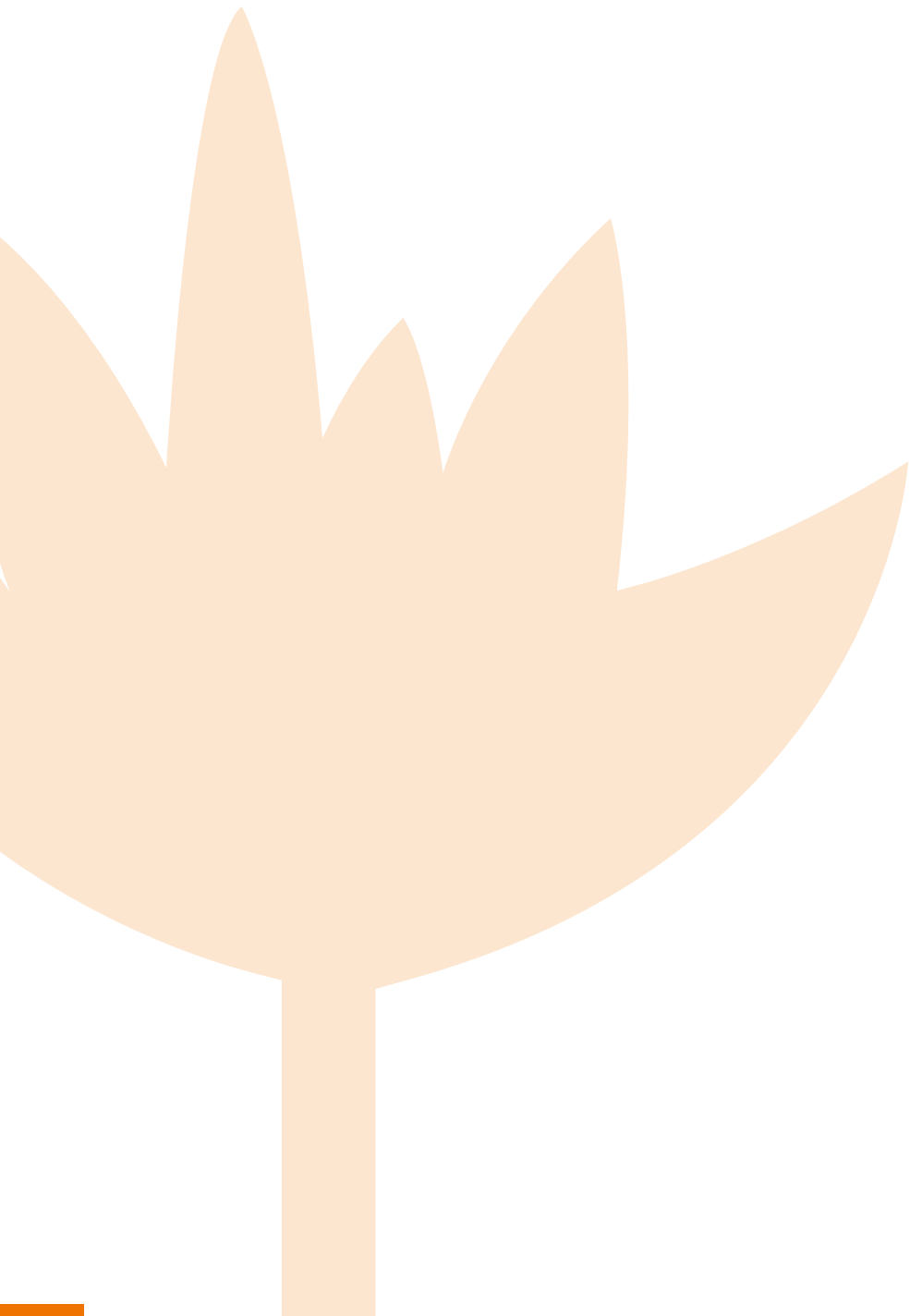
Interloqué, Stephan demande au traducteur de faire confirmer aux parents ce qu'ils viennent de dire. Ils précisent leurs propos et date le début de cette habitude à un peu plus de deux ans, quelques mois après avoir fui en brousse.

Devant le silence pesant du psychologue et de son traducteur, le père commence à sangloter doucement tout en soutenant qu'ils savent que «ce n'est pas bien pour la petite». La mère, quant à elle, reste impassible. Ils expliquent n'avoir pas trouvé d'autres solutions que de l'entraver pour être sûrs qu'il n'arrive rien à leur fille les fréquentes fois où ils doivent s'absenter de la maison pour aller travailler dans les champs ou aller à la corvée d'eau. L'ayant retrouvée blessée grièvement plusieurs fois, et ne pouvant rester à la maison pour s'occuper d'elle, ils ont dû trouver des aménagements radicaux pour «protéger» l'enfant contre elle-même. Stephan s'enquiert, sans espoir, sur un suivi déjà engagé dans un poste de santé. Rien n'a été mis en place, et rien ne sera possible après le départ d'ACF compte tenu de l'inexistence de compétences appropriées disponibles.

Stephan et ses collègues observent Manuella dehors. Elle semble effectivement assez agitée, mais sourit et a trouvé une enfant plus jeune qu'elle avec qui entrer en relation et jouer. L'équipe accompagnera durant trois mois la famille, en mettant en place un suivi individuel auprès de Manuella pour mieux comprendre sa souffrance psychique et l'aider à surmonter ses «crises»; tout en travaillant créativement avec les parents sur des solutions alternatives.

Chaque passage de l'équipe dans le village a fait l'objet d'une attention toute particulière portée sur Manuella et sa famille; Stephan et ses collègues en profitant pour organiser des sessions de jeux à son intention et pour s'entretenir avec les parents.

Le départ de l'équipe a mis fin au suivi de Manuella. Malheureusement, aucune structure n'était dans la capacité de pérenniser l'action entreprise. Nous ne savons pas aujourd'hui où en sont Manuella et sa famille, mais l'équipe d'ACF aura au moins permis à cette famille d'envisager de nouvelles perspectives de vie et d'ouvrir un autre champ des possibles.»



7 - LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS AU SRI LANKA (2005-2007)



© ACF - Sri Lanka



CONTEXTE ET PROGRAMMES¹

ACF était présent au Sri Lanka depuis 1996 pour venir en aide aux victimes de la guerre dans le nord du pays (programmes dans les domaines de la sécurité alimentaire et de l'accès à l'eau et de l'assainissement) lorsqu'est survenu le tsunami du 26 décembre 2004.

Une aide d'urgence a été mise en place pour la population touchée par la catastrophe dans la région de Batticaloa, une zone rurale et côtière où les habitants ont été affectés par le conflit avec les Tigres Tamouls pendant de longues années (zone où ACF intervenait avant le tsunami). Ces interventions ont été développées dans les camps de déplacés situés autour et dans la ville de Batticaloa.

Un mois après le début des actions d'urgence, une évaluation des besoins en santé mentale a été menée auprès de la population dans les camps. Cette évaluation a mis en évidence l'importance des problématiques psychologiques en lien avec le tsunami, difficultés qui pour la plupart de ces personnes s'ajoutent aux troubles psychologiques liés à l'expérience de la guerre (l'histoire d'un homme suivi par une psychologue d'ACF, pour qui le tsunami a ravivé un traumatisme de guerre et l'a mené au suicide, illustre la complexité de ces situations — voir son histoire en fin de chapitre...).

Les difficultés consécutives au tsunami s'articulaient majoritairement autour du traumatisme et de la problématique du deuil. En effet, chez la plupart des personnes touchées par la catastrophe, outre la violence des circonstances de la mort, le travail de deuil était difficile, voire impossible à effectuer: les corps des disparus étant rarement retrouvés, les rituels funéraires ne pouvaient être réalisés, et cette situation avait tendance à maintenir les personnes dans un déni du décès de leurs proches. A noter que dans les zones affectées, les équipes d'ACF ont relevé qu'environ 30% des personnes avaient perdu leurs parents et/ou leurs enfants et 17% avaient perdu plusieurs enfants... Le problème de l'alcoolisme a été aussi identifié comme un axe de travail du fait de la forte recrudescence de la consommation d'alcool chez les hommes après la catastrophe², et de toutes ses conséquences en termes de passages à l'acte, de violence... Enfin, la situation des personnes âgées vivant dans les camps a retenu l'attention de l'équipe.

■ Prévention des conduites à risques

Effectivement, les personnes âgées représentent un groupe particulièrement vulnérable et classiquement peu pris en charge par les ONG intervenant dans des contextes de catastrophes. Pourtant, les besoins de cette population fragile sont massifs, avec notamment des difficultés psychiques diverses en lien avec l'expérience du tsunami. Outre la problématique de deuil, nous avons noté une forte fréquence de troubles dépressifs, anxieux, des problèmes de santé accrus, de très fréquents sentiments de culpabilité liés au fait d'être en vie alors que des proches plus jeunes étaient décédés dans la catastrophe, un sentiment d'inutilité, d'angoisse liée à la perte de leur maison... Il faut préciser qu'au Sri Lanka, les personnes âgées jouent un rôle important au sein de la communauté puisque ce sont elles qui assurent les fonctions de transmission, de régulation des conflits dans les villages. Suite au tsunami, beaucoup de ces personnes se sont retrouvées très isolées socialement, vivant difficilement la rupture avec leur environnement communautaire et avec l'organisation sociale qui existait auparavant dans leur village.

Enfin, il est important de noter qu'un certain nombre de personnes âgées s'occupaient de leurs petits-enfants pendant que leurs parents étaient à l'extérieur du camp afin de chercher les ressources nécessaires à la survie de la famille³.

Un travail communautaire autour de l'expérience traumatisante du tsunami incluant les personnes âgées a été mis en place, afin de libérer la parole, d'aider les victimes à se représenter et mettre des mots sur ce qu'elles ont vécu, voire d'exprimer des besoins de prise en charge psychologique.

Un projet de création de pièces de théâtre a été développé, afin de mettre en scène des contes traditionnels et des petits spectacles dans les camps et les villages environnants touchés par la

¹ La première partie s'inspire largement de la thèse de Cécile Bizouerne «Insuffisance en lait maternel et souffrance psychologique en Afghanistan- approche psychologique clinique en situation humanitaire», Université Bordeaux 2, 2008, pages 230 à 235.

² Il est connu que les expériences de guerre et de vie dans un camp sont corrélées à des comportements addictifs (alcool, drogue...) dans la plupart des pays.

³ Normalement, ce sont les mères qui s'occupent des enfants pendant la journée, mais la situation très chaotique après le tsunami et la nécessité de faire face à l'urgence ont bouleversé l'organisation familiale traditionnelle.

catastrophe. Les thèmes abordés concernaient directement le tsunami (la peur, l'eau, la mort, la perte...), et présentaient un certain nombre de messages qu'il était important de pouvoir travailler et communiquer aux habitants des zones sinistrées. Ces spectacles ont été montés en y associant des jeunes vivant eux aussi dans les camps et issus des villages touchés par le tsunami. Cette initiative visait à la fois à réinsérer les personnes âgées isolées et/ou traumatisées au sein de la communauté et à travailler au niveau du groupe social sur la catastrophe et ses conséquences dans un but de prévention des conduites à risques (alcoolisme en particulier).

■ Soutien à la parentalité dans le cadre d'un baby boom post tsunami.

Huit mois après le tsunami et le démarrage de ces actions, lors d'une évaluation de la situation des populations dans les camps de déplacés et du bilan des actions menées, l'équipe a été frappée par le nombre de femmes enceintes, sur le point d'accoucher, semblant traduire ce que l'on pourrait appeler un «baby-boom post-tsunami».

Les données chiffrées ultérieures ont confirmé cette première impression: dans cette région, on dénombre environ 20% de naissances supplémentaires pour le second semestre 2005 comparé à celles de 2004. Dans un camp de Batticaloa par exemple, on observe un pic de naissances en septembre 2005, soit 9 mois après le tsunami, une chute en décembre au moment de la date anniversaire de la catastrophe et une nouvelle hausse à compter de janvier 2006. «Il arrive que la disparition soudaine d'un parent ou d'un être cher coïncide, on pourrait presque dire: provoque, une conception involontaire. La recrudescence du besoin sexuel, l'accroissement libidinal après un deuil d'objet, la fête maniaque, est un fait clinique classique¹», relevé par Karl Abraham dès 1922². La question de la place de l'enfant à venir dans le contexte du choc lié au tsunami a rapidement mobilisé l'équipe. Il a été décidé d'intervenir dans le camp de Thiraimadhu (dans la ville de Batticaloa) où environ 1000 familles étaient rassemblées.

- 1) Un travail en groupes ciblant les femmes enceintes d'une part et les mères d'un nourrisson de moins de six mois d'autre part. Des sessions de deux heures ont été organisées toutes les deux semaines autour de thèmes liés à la grossesse et à la maternité au cours desquelles étaient évoqués les aménagements nécessaires en raison de la destruction des maisons, de la mort de certains membres des familles et de la vie dans un camp.
- 2) Un travail individuel, avec trois types d'entretiens:
 - évaluation psychologique de tous les couples dans la semaine suivant la naissance;
 - évaluation psychologique des femmes enceintes ayant perdu un enfant;
 - suivi psychologique si nécessaire³.

Les problématiques les plus fréquentes concernaient la façon dont les enfants décédés venaient occuper la place de l'enfant à venir. Les parents souhaitaient reconstituer leur famille d'avant le tsunami comme à l'identique et remplacer les enfants morts par de nouvelles naissances. Ils désiraient que le nouveau-né soit du même sexe que l'enfant disparu et porte son prénom comme pour gommer le tsunami, les morts et peut-être aussi dans certains cas, leur culpabilité. En effet, la violence du tsunami a arraché les enfants des bras de leurs parents ou les a mis dans l'impossibilité de les sauver, les laissant à eux-mêmes et à leur insurmontable culpabilité.

Dans un premier temps, les femmes ont été invitées à participer à deux groupes d'échange: le premier regroupait les femmes enceintes, le second les femmes allaitantes. L'idée était d'aborder et de travailler avec elles la façon dont elles vivaient leur grossesse et/ou l'arrivée d'un nouveau-né dans ce contexte, les difficultés qu'elles rencontraient, la manière dont elles répondaient à leurs besoins et à ceux de leurs fœtus ou bébés, la façon dont le couple vivait ces grossesses et naissances... Des prises en charge psychologiques individuelles étaient proposées aux femmes exprimant les plus grandes difficultés.

¹ Bydlowski, M. (2005). La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris, PUF.

² Ce fait clinique a été plus récemment développé dans sa dimension métapsychologique par Maria Torok. Selon celle-ci, «l'irruption libidinale triomphante au moment de la perte de l'objet» serait même un phénomène répandu, voire universel. (Bydlowski, 2005).

³ La psychologue expatriée (Joséphine Antoine - Milhomme, expatriée ACF d'avril 2005 à mai 2006) a évalué l'état psychologique de 38 femmes entre août 2005 et février 2006. Parmi elles, 22 ont eu besoin d'un suivi psychologique (soit 60% des femmes évaluées et 16% de la population globale femmes enceintes ou femmes d'un nourrisson de moins de 6 mois).



Lors de la naissance d'un bébé dans le camp, l'équipe allait systématiquement à la rencontre de la famille afin d'évaluer précisément la situation et la qualité des soins que les parents étaient ou non en mesure d'apporter au nouveau-né... Si des difficultés étaient identifiées, un accompagnement psychologique individuel était proposé. Suite à ces consultations à domicile, un très grand nombre de familles a bénéficié d'un suivi psychologique.



Au fur et à mesure que ces accompagnements individuels ont été menés, l'équipe a observé que les mères se retrouvaient souvent seules et en grande détresse à leur domicile. En effet, traditionnellement, après une naissance la mère ou la grand-mère de l'accouchée est présente au domicile afin d'assurer la tenue de la maison, d'aider la jeune mère dans les soins à apporter au bébé et de réaliser les rituels nécessaires pour la mère et pour l'enfant. Ces rituels sont particulièrement importants, et s'ils ne sont pas effectués les familles pensent que le bébé ne grandira pas normalement et que la mère restera faible. Ils

occupent également une place essentielle dans l'inscription de l'enfant dans la lignée familiale et dans le développement des liens d'attachement mère-enfant¹.

La plupart des mères ou grand-mères des femmes parturientes étant décédées ou ayant disparu dans le tsunami, les jeunes mères éprouvaient l'absence de leurs proches et devaient gérer seules l'arrivée du bébé. Les pères des enfants devaient parfois rester à la maison afin de les soutenir (comme ils ne pouvaient alors plus aller travailler, le foyer se retrouvait rapidement face à de grandes difficultés financières...). ACF a embauché une aide maternelle parmi les femmes de la communauté, afin qu'elle puisse assumer ce rôle et assister les femmes à domicile après l'accouchement. La présence d'une personne jouant la fonction de tiers et pouvant médiatiser les premières relations entre la mère et le nouveau-né, s'avérait particulièrement précieuse au vu de la complexité des problématiques mère-bébé en lien avec le tsunami.

Renforcement des pratiques de soins infantiles en milieu rural

Parallèlement à ces actions, ACF a repris ses activités dans les villages où les populations ont été exposées au conflit armé avec les Tigres Tamouls pendant deux décennies. Un projet en santé mentale et pratiques de soins infantiles a été développé en collaboration avec les programmes existants d'accès à l'eau et assainissement, et de sécurité alimentaire. Il s'agissait d'un travail communautaire, associant des actions d'apport d'alimentation complémentaire pour les jeunes enfants et la distribution de semences aux familles pour créer des «jardins potagers pour bébés²» et assurer la disponibilité d'aliments diversifiés pour les enfants — l'idée étant de lutter contre la malnutrition sur le plus long terme. Des séances en groupe avec mères/pères/bébés autour des pratiques de soins infantiles étaient assurées par les intervenants du programme SMPS. En lien avec les actions de renforcement de l'hygiène mis en place par le programme d'accès à l'eau et assainissement, l'équipe a travaillé avec les mères allaitantes des villages sur le stockage du lait maternel dans un but de prévention de la malnutrition. En effet, dans ces villages, les mères allaitent souvent leur enfant jusqu'à l'âge de deux ans, mais les pratiques de soins adaptées qui sont prodiguées aux jeunes enfants peuvent être altérées en particulier si la mère est seule pour s'occuper de l'enfant et/ou doit aller travailler en dehors de son domicile. Dans ce cas, la grand-mère ou l'arrière-grand-mère prend généralement soin du bébé pendant que la maman va travailler. Le fait de pouvoir stocker du lait maternel à la maison permet de maintenir l'apport en lait maternel pour l'enfant, et de prévenir le risque de malnutrition.

¹ Culturellement, c'est après la naissance que la mère investit son bébé (et non pendant la grossesse).

² Développer des jardins potagers à utiliser pour faire des recettes adaptées à l'alimentation complémentaire des très jeunes enfants.

Enfin, un travail autour des difficultés psychologiques liées au long et violent conflit armé.

Les deux histoires présentées ci-après illustrent le travail réalisé par l'équipe du programme de suivi des femmes enceintes et allaitantes dans les camps pour les victimes du tsunami. Dans ces deux situations, il s'agit d'un suivi psychologique individuel et familial couplé à des activités de groupe. L'intensité de la souffrance de ces personnes, de leurs besoins, la complexité des situations et la dimension interculturelle nous semblent apparaître ici de façon éclairante...

Histoire de Senuri: un enfant à la place de... Gihan

«Senuri, 24 ans, a perdu son enfant unique de 9 mois pendant le tsunami. Elle est maintenant enceinte de 7 mois, grossesse qui a démarré après la mort de son aîné. Avant le tsunami, les parents utilisaient un contraceptif mais la mort de leur petit garçon les a fait changer d'avis. La mère raconte à la psychologue d'une voix faible, monocorde et sans émotions qu'elle était en train de nourrir son bébé, quand soudainement, elle a entendu une vieille femme crier que l'eau arrivait et que tout le monde devait courir. Son mari a pris le bébé dans ses bras et ils ont couru ensemble. Le bébé a été coincé dans une clôture et le père n'a pas réussi à le tirer de là. Il ne pouvait que s'échapper en laissant le bébé là. Depuis, la mère continue de temps en temps à parler à son enfant et parle à son bébé dans son ventre comme si c'était le petit garçon mort. Contrairement à elle, son mari refuse de prononcer le mot tsunami ou de parler de la mort de son enfant mais il reste présent et écoute le récit de sa femme. Au cours des visites suivantes, le couple se plaint souvent de douleurs physiques, spécialement le mari. Il attire l'attention et mobilise une large part de la consultation sur ses plaintes au détriment de celles de sa femme. Beaucoup de rêves rythment les consultations représentant la mère et son bébé mort dans différentes situations, de certaines visites effrayantes et d'autres plus paisibles.

Seruni vient au groupe pour femmes enceintes. Au cours d'une démonstration sur le bain avec une poupée, une femme qui connaissait le bébé de Seruni lui a dit qu'il aurait été impossible pour son bébé de rester aussi calme que la poupée car il aimait jouer et bouger dans le bain. Elles rient en se rappelant cette caractéristique de son enfant. Au moment du massage, elle s'est rappelé qu'elle était anxieuse pour l'apprentissage de la marche et qu'elle insistait beaucoup sur le massage des jambes. Ces moments partagés avec d'autres femmes du groupe ayant vécu elles aussi le tsunami lui ont donné un espace qu'elle n'avait pas à la maison pour son deuil. Les consultations à domicile lui donnaient du temps pour élaborer.

A la fin d'une de ces visites, elle a décrit ses sentiments quand elle était dans l'eau: elle pensait qu'elle était en train de mourir lentement, doucement et pensait à son bébé, coincé dans la clôture. Elle aurait voulu lui expliquer ce qui lui arrivait et lui dire qu'elle aurait voulu le sauver mais qu'elle n'avait pas pu.

Elle a accouché d'un beau garçon. Son mari a appelé la psychologue pour lui annoncer la bonne nouvelle et a dit qu'elle était la première personne à laquelle il avait pensé car toute sa famille était morte dans le tsunami. Après quelques temps, la psychologue leur a rendu visite; la mère avait arrêté d'allaiter après que le médecin lui eut dit qu'elle n'avait pas assez de lait. En reconstituant l'histoire (le couple était chez des parents pour l'accouchement, ne permettant pas des entretiens confidentiels), il est apparu que Seruni était passée par une phase de rejet du bébé: elle était incapable de le prendre dans les bras et pensait à son enfant mort. Finalement, l'enfant attendu n'était pas comme le premier garçon et toutes les pensées et les images qu'elle avait au cours de la grossesse se rapportaient à cet enfant décédé plutôt qu'à l'enfant à venir. La psychologue a alors suggéré que l'arrêt de l'allaitement avait dû être difficile quand son enfant était décédé. Seruni a exprimé combien il avait été difficile de voir son lait s'écouler de son sein mais sans bébé à qui le donner. Elle avait mal aux seins, pas de médicaments pour stopper la lactation et personne à qui en parler. Elle ne pouvait en parler à son mari. Sa mère et sa grand-mère, «les deux personnes avec lesquelles j'aurais pu en parler» étaient mortes au cours du tsunami. La possibilité d'associer son manque de lait après la naissance de son nouveau-né et la souffrance de sa production de lait sans bébé eût pour conséquence la reprise de l'allaitement de son nouveau-né quelques jours plus tard.»



On comprend, à travers l'histoire de Seruni et Gihan, la difficulté d'accueillir un nouveau-né suite au décès d'un enfant. L'enfant imaginaire a tendance à emprunter le visage et les caractéristiques de l'enfant décédé, comme pour nier sa mort. Il ne laisse pas de place pour une rêverie différente. La naissance confronte toujours enfant imaginaire et enfant réel. Mais dans ce cas précis, le nouveau-né crée une désillusion d'autant plus grande qu'il n'est pas comme l'enfant mort. Le processus de deuil qui était en quelque sorte suspendu, gelé par cette grossesse et l'attente de l'enfant à venir, remplaçant l'enfant mort, est relancé. En prendre soin se révèle extrêmement douloureux, voire impossible. Et ravivent la loyauté et son versant coupable: comment donner à ce nouveau-né ce que l'on n'a pas su/pu donner à l'enfant précédent?

Dans de telles catastrophes naturelles, de nombreux parents mentionnent l'impuissance à protéger et sauver leurs enfants et leur culpabilité: ils ont survécu mais n'ont pas réussi à sauver leur(s) enfant(s). La douleur et la souffrance les séparent et les isolent, renvoient chacun à lui-même et ne trouvent pas leur place pour se dire dans le couple. Dire risquerait aussi de laisser apparaître la colère contre l'autre parce qu'il n'a pas su sauver la famille ou la culpabilité si insupportable.

Le couple n'a pas seulement perdu ses enfants, de nombreux membres de la famille ont également disparu, souvent les plus âgés, ceux qui assurent en temps normal l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement, ceux qui garantissent la transmission transgénérationnelle et aident à l'accomplissement des rituels. Les temps liés à la grossesse et à la naissance ravivent et se font l'écho de cette absence: la mère, la belle-mère ou la sœur qui aurait dû être là, soutenir les parents dans cette étape ne sont pas présentes. Elles manquent aux parents, elles manquent au nouveau-né. Dans le camp de Thiraimadhu, une nourrice a été embauchée pour jouer partiellement ce rôle de femme accompagnante. Pendant un mois après la grossesse, elle se rendait au domicile des accouchées et de leur bébé pour donner un coup de main aux tâches ménagères et aux soins des autres enfants comme l'aurait fait une femme de la famille. Elle rassurait et garantissait une présence quotidienne à la mère et à son nouveau-né. Elle a permis aussi que les pères continuent de travailler et gagnent de l'argent pendant cette période puisqu'un autre adulte restait auprès de leur épouse et de leur bébé.

Les catastrophes naturelles peuvent aboutir à des «fêtes maniaques» selon le terme de Bydlowski (p. 169)¹, avec conceptions volontaires ou involontaires. Au Sri Lanka, après le tsunami, le désir de remplacer la famille, de donner naissance a été massif. Ces grossesses venaient nier la catastrophe et les pertes, repousser la mort et redonner sens à des couples «orphelins» de leur(s) enfant(s). Ce couple qui n'a plus d'enfant en vie perd son sens et il lui faut reconstruire une famille pour que l'existence de chacun et du couple soit à nouveau porteuse de sens.

Le nouveau-né a pour mandat de remplacer à l'identique son aîné, ce qu'il n'arrivera pas à faire. La naissance et le regard sur cet enfant finalement différent confrontent le parent au processus de deuil non achevé. Il pourra alors soit coller sur le bébé l'identité de l'enfant disparu et nier sa subjectivité, soit passer par un épisode de rejet face à cet enfant qui ne remplace pas, qui est autre. L'allaitement vient s'inscrire dans ces mouvements psychiques: plusieurs mères ne pouvaient allaiter car ce rapprochement corporel, intime était trop douloureux. Elles étaient de toute façon incapables de porter leur nouveau-né, incapables de le prendre dans les bras et de le mettre au sein. Les pleurs accompagnaient chaque regard sur leur bébé. Pour d'autres, ce lait s'écoulant de leurs seins faisait écho au lait qui s'écoulait après la mort de leur précédent bébé, un lait que plus personne ne tétait. Ces difficultés individuelles suscitent rarement l'attention des professionnels ou des humanitaires sur un plan clinique comme expression d'un deuil en cours. Seule la réponse immédiate est envisagée parfois même anticipée avec des distributions massives de lait artificiel dans les urgences et des prescriptions médicales en raison de l'insuffisance en lait maternel. Cette solution matérielle masque ce qui fait symptôme et court-circuite l'occasion d'accompagner les parents dans leur deuil et dans l'accueil de ce nouveau-né au niveau psychique.

¹ Bydlowski, M. (2005). La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris, PUF.

L'histoire suivante illustre également la difficulté du deuil et la place complexe des enfants nés suite à la catastrophe...

L'histoire de Madushani et l'importance des rituels autour de la naissance¹

«Madushani avait 28 ans, elle était enceinte et sur le point d'accoucher quand le tsunami est survenu. Elle a perdu ses trois enfants (deux garçons âgés de 8 et 4 ans, une fille de 7 ans) et 13 membres de sa famille dans la catastrophe. Son mari (un pêcheur, assez fortuné avant le tsunami) a survécu. Madushani a été gravement blessée et les médecins ont dû provoquer l'accouchement quelques jours plus tard. Elle était alors à moitié inconsciente et ignorait que ses enfants étaient décédés. Elle a appris la terrible nouvelle après la naissance de son petit garçon...

Au cours des premières visites à domicile, Madushani ne regardait jamais son bébé et nous ne l'avons jamais vue le prendre dans ses bras. Elle nous a longuement parlé de ses trois enfants et de la violence du traumatisme. Lors du suivi à domicile, Madushani est de nouveau enceinte de sept mois. Son mari a décidé de reconstruire sa famille à l'identique, dans une tentative de gommer la catastrophe et la perte des enfants. Ils attendent à présent anxieusement la naissance d'une petite fille, afin de lui donner le même nom que leur fillette décédée. La mère apparaît profondément déprimée et le père dépense tous ses revenus en achats pour sa femme et le bébé: il a ainsi acheté une télévision (alors qu'il n'y a pas d'accès à l'électricité) et une poussette (les routes sont impraticables)...

Madushani se sent extrêmement coupable de n'avoir pu sauver ses enfants, car elle était enceinte et dans l'incapacité de les porter, dit-elle. La distance qu'elle maintient avec son enfant né après la catastrophe peut être due au fait que ce bébé lui rappelle la mort de ses trois premiers enfants, ainsi que son impossibilité de l'investir tant que le processus de deuil n'a pas pu être initié. Madushani, elle, explique cette difficulté par son incapacité de l'allaiter. C'est un médecin qui lui a recommandé de ne pas le faire car elle avait bu de l'eau du tsunami, nous rapporte-elle (nous ignorons si cela aurait eu un effet sur



le lait maternel, par contre l'impact psychique de l'image de cette eau transportant les corps des morts, ne peut être négligé). Madushani a profondément souffert de ne pouvoir allaiter son bébé. Effectivement, elle est très respectueuse des rituels à effectuer par la mère et pour l'enfant après une naissance, et elle explique que c'est parce qu'elle n'a pas pu les accomplir que l'enfant n'est pas «normal». Elle le décrit comme un bébé qui pleure beaucoup, peu affectueux et différent des autres. Par son explication, Madushani nous dit qu'elle n'était pas en mesure d'investir ce bébé, elle est/était fortement déprimée avec tous les effets potentiels sur l'enfant... Sur un mode défensif, elle peut dire que sa dépression n'est pas la cause de son manque d'investissement, mais l'absence de rituels (et l'impossibilité de l'allaiter car elle a bu «de l'eau avec des morts dedans²»).

L'évocation avec cette mère des rituels à effectuer, la description détaillée des pratiques traditionnelles telles qu'elles sont transmises dans sa famille, vise à aider Madushani à réinvestir peu à peu son enfant, à l'inscrire dans le réel, dans la transmission familiale.

Madushani accouche le jour de l'anniversaire de son premier fils, mort dans le tsunami. Elle donne naissance à un garçon; le couple est un peu déçu mais identifie des «signes» à travers la date de

¹ Cas clinique décrit dans le rapport de capitalisation sur la mission ACF SMPS au Sri Lanka. Cas suivi et rédigé par Joséphine Antoine-Milhomme.

² Cette réflexion est intéressante d'un point de vue psychologique et anthropologique: ingérer un élément contenant la mort est incompatible avec le fait de donner un élément nutritif amenant la vie.



sa naissance et une ressemblance physique avec leur premier fils décédé. Ils lui donnent le même prénom. La mère est très fatiguée suite à l'accouchement par césarienne, elle rentre chez elle cinq jours plus tard. Madushani veut constamment porter l'enfant mais en est incapable du fait des suites de la césarienne.

Lorsque nous demandons aux parents quelle est la place de leur fils plus âgé, ils répondent qu'«il est différent!». Selon leur mode de reconstruction de la famille à l'identique, le bébé étant associé à leur premier fils décédé, leur fils aîné se trouve comme «éliminé». Nos inquiétudes pour cet enfant sont légèrement apaisées par l'observation du lien privilégié entre le père et son petit garçon, alors que Madushani est incapable d'investir cet enfant et de lui donner «de la vie»: effectivement, elle lui a donné naissance alors qu'elle-même était à moitié morte, la mort était présente partout autour d'elle à l'hôpital après l'accouchement, et elle n'a pas pu lui donner son lait, symbole de vie, car celui-ci était considéré comme «empoisonné» par les morts et vecteur de mort.

Le petit garçon âgé d'un an est très agressif avec sa mère, il garde ses distances avec elle et le bébé. Madushani reçoit le soutien de l'aide maternelle, ce qui lui permet d'aller mieux. Elle allaite le bébé et en éprouve beaucoup de joie, dans ce qui apparaît comme un processus de réparation. Elle a aussi pu accomplir tous les rituels grâce à l'aide maternelle, en insistant sur ces pratiques traditionnelles un peu plus que pour ses autres enfants, sans doute dans une volonté de protéger l'enfant (et elle-même de la dépression).

Nous restons très inquiets pour le garçon d'un an, au vu de la position qu'il occupe et ce qu'il représente dans la famille. D'autant plus que l'aide maternelle ne peut pas s'en occuper du fait que Madushani et le nouveau-né nécessitent toute son attention. La seule personne susceptible d'investir l'enfant et de lui apporter l'attention, l'affection et la relation dont il a besoin, est son père. Nous insistons longuement sur ce point pour que la famille y prête attention avant de mettre un terme au suivi.»

La malédiction de Kumar. Histoire d'un suicide annoncé au Sri Lanka²

«Voici l'histoire de Mina et de Kumar.

Mina est une belle jeune femme tamoule de 32 ans au moment où la vague mortelle vient frapper à sa porte. En ce dimanche matin, elle est en train de préparer un gâteau pour ses enfants, qu'ils ont l'habitude de déguster au cours de la matinée. Deux enfants sont en train de jouer dehors: un joli petit garçon de deux ans est assis dans le sable, et sa sœur de six ans joue tranquillement à ses côtés. Leur sœur aînée, âgée de neuf ans, est à l'école pour des cours supplémentaires payants car elle est brillante et beaucoup d'espoirs de réussite reposent sur ses épaules.

Kumar le mari, pêcheur aisé propriétaire d'un petit chalutier, est en train de tirer de l'eau du puits devant la maison. Il se repose ce dimanche en famille. La maison est située à trois cent mètres de la plage, posée sur un banc de sable entre la lagune et la mer, derrière un temple hindou que les croyances locales dotent de puissants pouvoirs. Le temple abrite Gaïthri Amen, une divinité à cinq têtes émanant de Kâli la destructrice, Lakshmi l'épouse du dieu Brama (dieu de la terre) pourvoyeuse de richesses, Sarasvatî l'éduquée, et Shakti la puissante. On dit de Gaïthri Amen qu'elle vient d'Inde et protège les pêcheurs sur cette bande de terre Sri Lankaise où vit Kumar. La force de ses pouvoirs la rend dangereuse. Les gardiens de ce temple sont nommés Sidhar, et sont capables de haute méditation, jusqu'à atteindre par leur concentration le mont Everest. Ces Sidhar sont réputés savoir lire l'avenir. Ces temples ont une architecture particulière: à l'intérieur, ils sont construits des matériaux les plus naturels possibles, tels les troncs de cocotier, les feuilles de palmes, la chaux ou les bouses de vaches sacrées qui contrastent avec une architecture extérieure en matériaux modernes (béton) et riche en couleurs.

Les habitants de la région disent que le raz-de-marée tire son origine dans les hauts pouvoirs de ce temple. En effet, lorsqu'il fut construit il y a une dizaine d'années, le Sidhar eut ce rêve: Gaïthri Ammen y apparaissait parée de ses armes et de ses têtes, pour annoncer que, près de ce temple,

¹ Nous pouvons comprendre cette réponse par le fait que dans leur représentation, leur fils est moitié vivant, moitié mort.

² Nous remercions la revue L'Autre pour l'autorisation de reproduire ici cet article publié en 2007 par Joséphine Anthoine-Milhomme: Antoine-Milhomme, J. (2007). «La malédiction de Kumar. Histoire d'un suicide annoncé au Sri Lanka» L'Autre, Vol. 8, n°2 p. 97-108.

il y aurait sous peu de temps, de nombreuses morts. Certains survivants racontent que ce rêve prémonitoire n'a pas été pris au sérieux, ce qui confère à ce temple son pouvoir de revanche. Un certain culte de Kālī (déesse destructrice sous les ordres de Shiva, qui met fin à un cycle et en permet ainsi un nouveau) a pris place dans le temple après le raz-de-marée, car elle est considérée comme la force qui détruit les esprits mauvais et protège les dévots. En effet, son nom dérive du mot Kala, «le temps» en sanskrit, celui qui détruit toute chose. Celui qui la vénère est libéré de la peur de la destruction. On verra que Kumar a pris position par rapport aux dieux et il dira, dès le début de nos entretiens, avoir haï son impuissance face à leur volonté; et il va les rejeter massivement et se placer «activement» du côté de la mort. Mina, quant à elle, dit qu'elle déteste ce temple, parce que la déesse Gaïthri Amen lui a dérobé l'amour de sa fille aînée qui lui disait: «Tu n'es que ma seconde mère, car Gaïthri Amen est ma première mère». Elle maudit ce lieu car, lorsque la première vague est arrivée, l'eau a été cachée par le mur du temple et personne de la maisonnée ne l'a vue venir. Lorsque la première vague fouette la maison, elle surprend l'ensemble de la famille. Kumar voit soudain un mur d'eau tomber et hurle à sa femme de prendre leur petit garçon de deux ans pour le protéger. Lui-même a bondi vers sa fille et l'a pris dans ses bras. Mais Mina ne peut pas bouger. Elle reste paralysée de stupeur et ne réagit pas, malgré les hurlements de son époux. Tout se passe très vite, «le temps d'un souffle»; le petit garçon se trouve projeté contre le mur intérieur de la maison sous le regard de Mina, elle-même emportée par la violence du raz-de-marée. Ils voient leur fils s'écraser contre le mur. La seconde vague arrache la fillette des bras de Kumar qui, à son tour, est projetée contre le mur. Kumar est légèrement blessé aux pieds et un étrange regard fixe fige le visage de Mina, qui ne la quittera pas avant longtemps. L'aînée qui est à l'école voisine, sera aussi emportée par le tsunami, mais Kumar et Mina ne le sauront que plus tard, lorsqu'il leur faudra aller reconnaître l'enfant «au visage et au corps détruits». Les enfants doivent avoir des funérailles rapides, on les enterre dans le sable¹. Et la longue et douloureuse colère de Kumar commence. Et la longue et douloureuse souffrance de Mina commence.

Trois mois sont passés lorsque je rencontre Mina et Kumar chez eux, où j'irai en visites régulières pendant plusieurs mois, avec mon interprète tamoul anglais². Ils viennent tout juste de retrouver les murs branlants de leur maison ; ce sont les premiers du village à être revenus. Mina ne supportait plus les regards accusateurs des autres femmes du camp de transit qui, selon elle, l'accusaient de n'avoir pu sauver ses enfants. Kumar, quant à lui, ne supportait pas la mort de ses enfants et voulait être seul. Ils reviennent donc chez eux, dans une maison à moitié détruite, et ils passent leur temps à regarder la mer par une petite fenêtre de la cuisine, dans une sorte de torpeur mêlée d'espoir qu'un autre raz-de-marée ne les emporte, tout comme leurs enfants.

Cependant, le couple ne se parle presque plus. Kumar reproche implicitement à Mina d'être restée sans mouvement au moment de la vague (et lui se reproche, mais non verbalement, d'avoir lâché sa fillette). Elle baisse le regard devant lui, et pleure discrètement. Quelques jours plus tard, Mina est dans un état sévère: son corps s'est réveillé. Elle ne dort quasiment plus; son sommeil est entrecoupé de visions, celles des corps de ses enfants; elle se sent nauséuse, a des vertiges, n'a plus d'appétit; elle est prise d'attaques de paniques soudaines accompagnées de tachycardie et de souffle coupé. Elle semble en dehors de son corps et son regard fixe le lointain. C'est à ce moment-là que j'entends le mari évoquer pour la première fois un suicide programmé.

Kumar est préoccupé par l'état de sa femme. J'emmène Mina à l'hôpital pour qu'elle y reçoive une médication (antidépresseurs et somnifères) qui la soulagera un peu. Mina commence à aller un peu mieux lorsque Kumar plonge à son tour dans une profonde dépression, comme si la colère qu'il avait projetée sur sa femme s'était soudainement retournée contre lui en une forme de culpabilité. La

¹ Pour un hindou, si un adulte meurt, son corps doit être brûlé, parce que toute l'énergie possible a déjà été puisée; par contre, s'il s'agit d'un enfant, son corps doit être enterré car il est encore «frais» et l'énergie qui l'habite n'est pas encore «épuisée», il doit donc être en contact avec la terre pour y répandre son énergie.

² C'est en tant que psychologue clinicienne pour Action Contre la Faim que Mina et Kumar me sont référés. Le cadre spatial a été établi dans leur maison, dans la pièce principale. Les visites étaient régulières et prévues d'avance. Quelques visites ont été effectuées en dehors du domicile, notamment pour suivre Mina (hôpital psychiatrique, service de réanimation de l'hôpital, maison de transit pour femmes, puis domicile des parents de Mina). Le travail avec l'interprète n'a pas été simple, en raison de la lourdeur du cas.



dépression se manifeste par le réveil de douleurs corporelles intenses auxquelles « personne ne peut rien faire ». Lorsque je demande à Kumar s'il a déjà été torturé dans sa vie, son visage s'affaisse et le couple entreprend de me raconter un épisode tragique de leur vie.

Il y a dix ans, l'armée cinghalaise a arrêté Kumar durant trois jours, l'accusant de collaboration avec le LTTE (les « tigres » tamouls). Il fut transporté d'un endroit à un autre, un bandeau sur les yeux, torturé par trois militaires cinghalais, son dos fut battu avec un sac rempli de cailloux, et il eut les ongles de pieds arrachés. Pendant tout ce temps, Mina a essayé de le sortir de là, a été voir des représentants du LTTE et les a implorés d'écrire une lettre innocentant son époux. Elle est avec son bébé, alors âgé de 6 mois, lorsqu'elle réussit à remettre la lettre aux représentants militaires locaux. Puis Kumar est libéré, avec l'interdiction émanant des soldats d'aller à l'hôpital se faire soigner, sous peine de représailles à mort pour lui et sa famille. Il se voit par là refuser tout droit d'être reconnu comme victime. Françoise Sironi nous rappelle bien que la torture ne fait pas parler, mais qu'au contraire, elle a pour dessein de faire taire¹. Il se soigne donc avec des plantes médicinales locales et ne consultera pas avant ce jour où, dix ans après, une douleur intolérable au dos et aux jambes le mène à l'hôpital. Les médecins lui disent qu'il lui faut aller à Colombo pour y recevoir les soins adaptés. Mais il ne veut pas. En effet, dit-il, les médecins de Colombo sont cinghalais et la menace de représailles dix ans plus tard est toujours aussi vive. Il ne peut aller voir un médecin cinghalais alors que ses bourreaux l'étaient aussi, finit-il par dire. Kumar s'étonne tout d'un coup, d'avoir parlé de cet épisode de sa vie, auquel il « n'avait pas pensé depuis dix ans », pour lequel il n'avait pas trouvé de mots. Il n'avait pas fait le lien entre ses douleurs et cet épisode de torture, refoulé pendant ces dix années.

Sa femme est auprès de lui. A ce seul moment, je crois avoir pu saisir quelque chose d'une tendresse traverser le couple.

C'est peu de temps après que Kumar me parle de son suicide qu'il a planifié pour le 5 juillet, date correspondant au jour d'anniversaire de sa fille aînée. Elle aurait eu dix ans, comme le nombre de ces années passées à essayer d'oublier l'horreur, l'insoutenable et l'ignorance. Il a tout prévu, dit-il, et rien ne pourra l'en empêcher. Il veut que Mina se tue avec lui. Mais Mina ne souhaite pas mettre fin à ses jours. Suivra une longue lutte entre Kumar et Mina, sur laquelle il projettera sa grande colère. Mina est silencieuse, mais Kumar la maltraite, l'accuse de la mort des enfants², la pousse à bout, la traite de folle, d'incapable, de mauvaise mère, répétant par-là, à l'égard de sa femme, la torture psychologique et physique qu'il a subie.

Pendant les semaines qui suivent, l'état de Mina se dégrade à nouveau, elle parle dans le vide, son regard demeure dans le lointain; elle n'arrive plus à respirer. Elle m'implore de l'aider pour que son mari ne se suicide pas. Kumar devient de plus en plus agressif. Il en veut à tout le monde, ainsi qu'aux dieux, lui qui était si croyant, accomplissant les rituels les plus extrêmes tels la suspension dans les airs, attaché par des crochets enfoncés dans la peau du dos ou la marche sur les braises... il allait au temple prier Shiva tous les jours. Jusqu'à ce que ces dieux lui prennent ses enfants.

Mina a peur des vociférations de son mari à l'encontre de Shiva. Sa fragilité n'est pas perdue pour tout le monde: une organisation religieuse profite de ce moment pour lui donner une Bible et lui dire que c'est par elle, qu'elle trouvera la paix. Des heures durant, Mina récite des lignes de la Bible prise dans une extase d'illumination mystique. On lui dit à l'église où elle se rend désormais, qu'elle retrouvera ses enfants au paradis. Kumar en est irrité: il dit que Mina est hindoue et qu'on ne peut obliger quelqu'un à changer de religion. Il semble aussi fâché car la Bible lui interdit de se suicider. Certes, il n'est pas permis de se suicider dans la religion hindoue, néanmoins dans la pratique quotidienne, les prêtres n'ont rien contre « si la personne a de bonnes raisons ». Cela n'aura pas de conséquences sur sa vie future, cela ne touchera pas son karma. Et puis, qui sait? Il aura peut-être une vie meilleure, me dira un des prêtres hindou interrogé à ce sujet.

¹ Sironi F. Comment devient-on un bourreau? Conférence prononcée au Collège de France le 31 janvier 2001. Texte en ligne sur www.ethnopsychiatrie.net

² Alors que c'est lui qui a lâché sa fillette à la seconde vague.

Les semaines qui suivent sont pesantes, Kumar prépare son suicide, Mina reste chez elle et parle avec ses enfants; elle attend et redoute la mort de son époux, cherche les moyens de «lui sauver (à nouveau) la vie» une fois qu'il aura pris le poison. C'est comme il y a dix ans, lorsqu'il a été pris par les militaires, lorsque Mina le libère, l'espoir est identique. Kumar achète une horloge murale, coince la photo de sa fille aînée entre les aiguilles, et va l'accrocher dans l'école où le temps s'est arrêté pour elle. Est-ce à travers cette «suspension» de l'horloge la même suspension d'un temps qui refléterait un déni de la réalité de la mort de sa fille ou bien au contraire, cela pourrait être un travail de deuil amorcé par une tentative de réparation de ce temps qui aurait dû continuer? Ou encore une «matérialisation du temps suspendu du trauma¹», car c'est à cette heure que le temps s'est arrêté pour Kumar où le trauma s'est matérialisé et fixé dans ce symbole horloge. Le temps continue mais pour Kumar, il s'est arrêté au moment de la réactualisation de son trauma, alors qu'il était «suspendu» dans un entre-deux états traumatiques.

Justement, ce temps s'écoule doucement et violemment pour ce couple où les jours se comptent précieusement. L'attente est insupportable pour Mina. «Elle devient de plus en plus folle», me dit Kumar étonné. Mais j'apprends par Mina une fois seule, que Kumar est de plus en plus violent envers elle, qu'il la harcèle avec son désir de la voir se tuer avec lui. Mais elle tient bon, elle n'argumente pas et dit de sa voix grave: «Non, je ne veux pas mourir».

Serait-ce vraiment elle, la folle? Mina me demande d'organiser un transport médical pour pouvoir évacuer Kumar vers l'hôpital, aussitôt avalé son poison. Les ambulances ne veulent pas se déplacer dans leur zone de nuit.

Le scénario est prêt.

La date fatidique arrive. Il m'est difficile de venir jusqu'à la maison et je ressens un certain soulagement lorsque je vois que Kumar est toujours en vie ce cinq juillet. Il me dit qu'il a différé son suicide de quelques jours pour des questions administratives. Le visage de Mina est décomposé, son regard plus fixe que jamais et son apparence négligée. Cette séance est longue et intense. Je sais que je ne reverrai pas Kumar.

Nous parlons longuement de sa mort et de la représentation qu'il s'en fait. Ses paroles sont entrecoupées de moments de colère, qui se sont faits de plus en plus nombreux ces dernières semaines. Il sait que son âme errera longtemps avant de trouver une quelconque paix. Il ira errer dans un entre deux monde, attendant sa rencontre avec Yama, le gardien de la mort, qui le jugera: alors seulement, il pourra se réincarner dans un autre corps terrestre². Il sait qu'il ne reverra jamais ses enfants, qui eux sont avec Shiva le dieu créateur et destructeur. Sa colère se porte contre tout le monde, contre les gurus³ et les Siddhar qui «racontent n'importe quoi pour expliquer le tsunami», contre Shiva qui a ordonné ces vagues, contre les ONG qui ne l'aident pas, contre le gouvernement qui ne l'aide pas non plus, et enfin, contre «sa femme qui n'aimait pas ses enfants et est incapable de mourir pour eux». Il se place ainsi dans une ambivalence perverse, qu'il retourne contre lui car il n'obtient pas les effets escomptés (le suicide de sa femme).

Sur le coup, je reste perplexe, devant le paradoxe lorsqu'il me parle de sa santé et me montre ses radios du dos, évoquant un problème aux reins qui nécessite une opération. Je vois dans cette plainte, un appel à la reconnaissance de son «être victime» (ainsi qu'une confirmation de son ambivalence). Mais sa colère est trop intense et détruit ce socle fragile. Je lui demande, sans grand espoir d'être entendue, de donner à sa femme un peu de douceur avant de la quitter. Il ne me répond pas et fusille

¹ Commentaire fait par Muriel Génot à la lecture et correction de ce texte.

² Les hindous ont fondé leur foi autour d'un rituel funéraire particulier et sur une conception singulière de la mort. La métempsychose est au cœur de la religion hindouiste, le corps n'étant qu'une enveloppe matérielle temporaire. Lorsque survient le moment de quitter la vie, l'âme ou l'Âtman, sort du corps et peut enfin atteindre la libération ou Mokshâ. Cependant, si son Karma a accumulé le fruit de trop d'actes négatifs (les mauvaises actions), l'Âtman s'incarne dans un nouveau corps sur une planète comme la terre (ou inférieure que compose l'enfer), afin d'y subir le poids de ses mauvaises actions. Si son Karma est positif, il ira vivre comme un dieu ou Deva sur l'une des planètes célestes (supérieures à la terre, ou paradis) où se trouvent les enfants de Kumar et Mina). Une fois épuisé son karma, l'âme retournera sur terre dans un autre corps au sein d'une caste supérieure ou inférieure. Ce cycle des renaissances est appelé Samsara.

³ Prêtres hindous.



sa femme du regard. Je prends congé en lui souhaitant une meilleure vie future. La fin de la semaine arrive et je sais que Kumar ne manquera pas son rendez-vous avec la mort.

Lorsque j'arrive près de la maison de Kumar et Mina, je traîne un peu, prise par la peur et l'envie de ne pas savoir et par la crainte de découvrir le(ur) corps. Je visite d'autres patients pour retarder cette rencontre et quand finalement je me sens prête, je me rends devant la maison et j'apprends par une voisine que Kumar et Mina sont à l'hôpital tous les deux, car ils ont attenté à leurs jours. Je suis quelque peu surprise de savoir Mina en soins intensifs. Arrivée à l'hôpital, j'apprends le décès de Kumar quelques instants auparavant. Dans la chambre de Mina, sa maman est auprès d'elle et me raconte en aparté que sa fille était seule chez elle lorsqu'elle a pris les médicaments prescrits à l'hôpital pour son époux (Diazépam). J'apprendrai plus tard que Kumar s'est organisé pour laisser sa femme chez ses parents prétextant une course à faire, pour retourner seul dans leur maison et ingérer le poison fatal; puis, il lui a téléphoné, ses dernières paroles ont été pour la maudire: «Tu es une femme au sang froid, tu n'aimais pas tes enfants, moi je les aimais tellement que je meure pour eux, je ne te laisse rien et tu ne récupéreras rien des enfants». Je vois brièvement Mina et annonce à sa maman le décès de Kumar, et lui demande de le dire doucement à sa fille, lorsqu'elle trouvera le «bon» moment.

Mina en est ébranlée, mais soulagée. Les jours qui suivent sont difficiles. C'est cette malédiction qui poursuit Mina plus encore que la perte de son mari. La nuit qui suit le décès, le fantôme de Kumar vient agiter le peu de sommeil de Mina, il l'appelle d'un geste de la main, et secoue son lit.

On apprendra plus tard que Kumar avait bien préparé sa mort, ses funérailles, les legs à sa famille, (et même sa photo post mortem encadrée qui attendait chez le photographe) omettant délibérément d'y inclure sa femme. Elle n'a rien le droit de récupérer, et le profond chagrin qui l'assaille est de ne pas pouvoir retrouver les albums photos de ses enfants. Tout va à sa belle-famille qui l'accuse ouvertement de n'avoir pas pu empêcher la mort de son mari. Mais Mina n'est pas fâchée contre son époux, elle l'excuse en disant qu'il était trop malheureux et qu'il n'était plus le même homme que celui qu'elle avait épousé qui lui, était un homme doux. Elle veut entrer dans les ordres, mais elle hésite lorsque je l'emmène dans une association de femmes en situation vulnérable où, pour la première fois depuis que je la connais, un vrai sourire illumine son visage.

La problématique pathologique de Kumar est complexe. C'est sur un fond de traumatisme de la torture que s'est tissée sa mélancolie. Que le deuil de Kumar ait été mélancoliforme semble probable. Tout d'abord, le réveil de ses souffrances corporelles prend valeur de rappel du traumatisme. «Le corps fait signe à défaut de faire sens», comme nous le dit René Kaes¹. Un premier travail a donc été amorcé du côté du corporel, par les liaisons faites entre sa souffrance physique présente et le traumatisme passé. Une seconde étape réparatrice du traumatisme initial n'a pu avoir lieu et le patient a basculé corps et âme vers le côté mélancolique. Notons cependant la place du suicide au Sri Lanka qui tient une prévalence non négligeable dans les causes de mortalité adulte. Le taux de suicide au Sri Lanka serait l'un des plus élevés au monde² rendant ce passage à l'acte plus «commun» dans la société sri lankaise. Eric Meyer³ parle même de «société suicidaire», les chiffres ayant atteint 47 pour 100000 dans les années 1990. Cela n'explique pas le passage à l'acte de Kumar, mais il aide à comprendre son geste comme solution acceptable au sein de sa communauté et face à la colère de n'avoir pu sauver aucun de ses enfants. Le suicide a été alors sa seule «ouverture» possible.

Je comprends mieux aujourd'hui les incessantes fuites de Kumar au début de mes visites: il allait et venait, s'asseyait, mais se levait souvent aussitôt pour une activité extérieure. Ce n'est qu'après avoir parlé de sa torture qu'il réussira à rester tout le long des séances. En effet, «l'obstacle le plus important de la rencontre thérapeutique est constitué par la grande méfiance quant à une situation

¹ Maqueda F. «L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile: position soignante, position citoyenne» (2005). *L'Autre, Cliniques, cultures et sociétés*, Ed.: La pensée sauvage, vol 6, n°1; p112 - 114.

² Cité par un article non publié d'Ananda Galapatti: *Asian Legal Resource Centre*, 2003.

³ Meyer E. (2001) «Sri Lanka, entre particularismes et mondialisation. *Asie Plurielle*». La documentation française. Paris, 124-125.

de relation duelle, d'intimité. Cette méfiance singulière est consécutive au vécu dans la relation bourreau/victime. Chaque face à face peut être ressenti comme une confrontation, un interrogatoire¹. L'alliance thérapeutique a joué notamment dans le fait de reconnaître le statut de victime de Kumar, chose qui n'avait pas pu être faite dix ans plus tôt et par la place que prend la fonction clinique d'enveloppe psychique tant par le holding (portage psychique) que par le handling (à travers la présence physique et régulière aux consultations).

Il n'est pas étonnant d'observer comment Kumar est devenu lui-même le bourreau de sa femme: l'attaquant sur sa fonction maternelle directe et lui refusant *post mortem* l'accès aux photos de ses enfants, ou encore déniait son identité même d'être humain, puisque à un moment il la comparera à un animal: «Elle est comme un animal, incapable d'aimer ses enfants». Puis il fera en sorte qu'elle soit exclue de sa famille à lui, exclue de toute activité sociale puisqu'il laisse une lettre à sa famille interdisant de donner quoi que ce soit à sa femme ou de lui adresser la parole, car elle n'a pas le courage de se tuer.

Françoise Sironi, dans son texte expliquant comment on devient un bourreau², nous invite à réfléchir sur l'agressivité à laquelle les personnes qui ont été torturées peuvent être sujettes: «Pour ma part, j'avance l'idée qu'il s'agit non pas d'une identification à l'agresseur, mais d'une tentative d'identification de l'agresseur. L'agressivité incontrôlée par exemple, est en fait une tentative réitérée de mise en acte du comportement d'un autre, à seule fin de le comprendre. Il s'agit alors d'une tentative de mise en acte de l'expulsion du tortionnaire intériorisé. N'oublions pas que sous la torture, une forme très particulière et hautement efficace de transmission est mobilisée: la transmission en acte. Les actes contiennent, logés en eux, les intentions du système tortionnaire, que le bourreau, agent de transmission, est chargé d'implémenter dans la victime. Mais l'agressivité incontrôlée revêt également une autre signification: elle est une mise en acte, en différé et quand les circonstances le permettent, d'un type de comportement que les victimes de torture n'ont pas pu mettre en acte sous la torture, au risque d'être tués. Ce comportement apparaît toujours dans un contexte de reviviscence traumatique, suite à un stimulus, fût-il dans un rapport de similarité fortement dilué, et qui vient rappeler la scène traumatique initiale».

La scène traumatique en question peut être aisément décelée dans la vision des corps de ses enfants projetés contre le mur de la maison et les sacs de cailloux utilisés pour frapper le corps de Kumar. Après l'épisode de torture, il risquait d'être tué s'il se soignait. Mais il risquait aussi de mourir s'il ne se soignait pas. C'est bien cette mise en situation paradoxale et ambivalente qui créera le traumatisme initial et dans laquelle il se replace tout en parlant de son opération alors qu'il va se suicider. Il est au moment du deuxième traumatisme (la vision de ses enfants projetés contre le mur de la maison) dans une impasse, avec ses douleurs physiques dues à la torture qui se réveillent massivement, mais avec l'interdiction dictée par ses anciens bourreaux de les soigner qui est ancrée en lui, sous menace de mort. Sa détresse devant sa souffrance physique prend son sens et ne remet pas en cause son désir de mettre fin à ses jours. La malédiction lancée par les militaires il y a dix ans, «si tu te soignes, on te tuera» revient comme le fantôme de l'angoisse incontrôlable de la mort et il finit par devenir lui-même bourreau en intimant à sa femme l'ordre de se tuer. Il est aussi bourreau de lui-même dans une «logique» ambivalente et perverse.

Dans un mouvement identique mais inverse à celui qu'il avait eu avec ses bourreaux, ses humeurs agressives à mon contre n'ont été que des essais lui permettant d'être haï; il s'agit d'une mise en acte des intentions qu'ont eues ses agresseurs dix ans auparavant afin de prendre une position active. Mais il aurait voulu que je devienne le bourreau dans la relation transférentielle et lui ordonne de mourir, tout en prenant lui-même des traits des bourreaux dans un mécanisme autodestructif dans lequel il s'est positionné. C'est justement parce qu'il n'a pas réussi à me donner cette face de bourreau que la relation a été thérapeutique, mais c'est aussi certainement d'où vient mon «malaise» dans l'analyse de mon contre-transfert que l'on verra plus loin.

¹ Maqueda F. (2005) «L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile: position soignante, position citoyenne». *L'Autre, Cliniques, cultures et sociétés*, Ed.: La pensée sauvage, vol 6, n°1; p112-114.

² Sironi F. *Comment devient-on un bourreau?* Conférence prononcée au Collège de France le 31 janvier 2001. Texte en ligne sur www.ethnopsychiatrie.net



L'agressivité de Kumar ne s'explique certainement pas simplement par cet épisode de torture, mais aussi par le fait qu'il est en colère de n'avoir pu sauver ses enfants, certainement aussi d'avoir «lâché» sa fille à la seconde vague, et d'avoir une fois de plus été dans une position passive. Il dit ne pas supporter «la folie de sa femme» qui n'a pas pu faire un seul mouvement au moment de l'arrivée du raz de marée alors qu'elle avait pourtant réussi à le sortir de sa chambre de torture dix ans auparavant. C'est maintenant pour Kumar la possibilité d'être dans une position active et non plus passive, tel qu'il a pu l'être lors de l'intervention de sa femme auprès du LTTE, ou aussi devant ses bourreaux, mais encore du fait de son impuissance à sauver ses enfants pendant le raz-de-marée et d'avoir lâché son enfant, peut-être même à travers ma propre impuissance à l'aider. Car il devient enfin lui-même auteur (de sa destruction, certes) et ne dépend plus de la volonté des dieux, de sa femme, de bourreaux ou de quelqu'un d'extérieur comme moi. Kumar dit haïr le temple de Gaïthri Ammen qui borde sa maison, car les dieux de ce temple ont décidé à sa place de tuer sa famille. Son suicide serait même une vengeance face à ces dieux, car ils seront furieux qu'un homme prenne ce pouvoir qui leur est attribué: «Vous m'avez pris mes enfants, je me venge en me tuant, je vous prends votre pouvoir». C'est encore une manière pour Kumar de passer du côté actif.

L'angoisse de mort de Kumar, résultante de son expérience traumatique première, n'a pas pu être travaillée dans l'après-coup direct et a été engloutie avec le second traumatisme. Winnicott¹ parle d'«angoisse disséquante» (agony) à propos du traumatisme: «Lorsque le patient a fait cette expérience (réelle), son moi n'était pas encore assez mature pour en faire une expérience. Cela reste «inconscient» en précisant que ce n'est pas l'inconscient refoulé de la névrose mais que «le moi est incapable d'intégrer quelque chose, de l'enclorre» (p.210). «[...] l'épreuve initiale de l'angoisse disséquante primitive ne peut se mettre au passé si le moi n'a pu d'abord l'accueillir dans l'expérience temporelle de son propre présent» (p.210) et pour se protéger de la torture on peut s'absenter de son temps (pour revenir à Kumar), «[...] le patient doit continuer de chercher le détail du passé qui n'a pas encore été éprouvé. Il le cherche dans le futur» (p.210) «Le patient doit s'en «souvenir», mais il n'est pas possible de se souvenir de quelque chose qui n'a pas encore eu lieu, et cette chose du passé n'a pas encore eu lieu parce que le patient n'était pas là pour que ça ait lieu en lui. Dans ce cas, la seule façon de se souvenir est que le patient fasse pour la première fois, dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert, l'épreuve de cette chose passée». (p.211 - 212).

Il est temps de me poser la question qui s'échappe à chaque fois: et mon contre-transfert? Il est clair que Kumar ne m'était pas forcément sympathique, et il a tout déployé pour cela, dans ses mouvements ambivalents et pervers. En réponse à ceux-là, mon contre-transfert s'est aussi fait ambivalent, avec ce qu'il faisait subir à sa femme qui me révoltait et l'envie de le sauver et de l'aider. J'ai donc en même temps été soulagée mais aussi déçue de sa mort. Tout au long des séances, je me suis réfugiée dans une obstination que je n'allais pas déployer toutes mes ressources pour sauver cet homme du suicide, sans doute par peur de ne pas y parvenir. J'ai donc posé mes limites d'intervention tant par la différence culturelle que par la solitude dans laquelle je suis intervenue. Si nous revenons à l'allégorie donnée par la déesse Kâlî: vénérée, elle devient libératrice de la peur de la destruction qu'elle engendre elle-même. Kâlî est visible dans le déroulement temporel, destructeur de toute chose. En la vénérant, il ne s'agit pas de faire en sorte qu'elle ne détruise pas, mais au contraire il faut l'accepter pour lever le poids de l'angoisse de mort. Aurais-je par ma non-intervention laissé à Kumar le choix d'être actif dans la rupture du cycle?

Je continue à aller voir Mina, et nous avons analysé ensemble ces derniers mois passés. Dans quelques jours, c'est une date importante puisque cela fera 41 jours que les funérailles ont eu lieu², et elle va retourner sur le lieu des funérailles de son défunt époux pour lui dire qu'elle ne se suicidera pas, ni maintenant ni plus tard, et qu'elle mourra de vieillesse. Elle lui apportera son plat préféré et demandera à Yama, le gardien de la mort de le juger afin qu'il puisse rapidement renaître sous une autre forme. Puis enfin, elle trouvera la paix, me dit-elle.

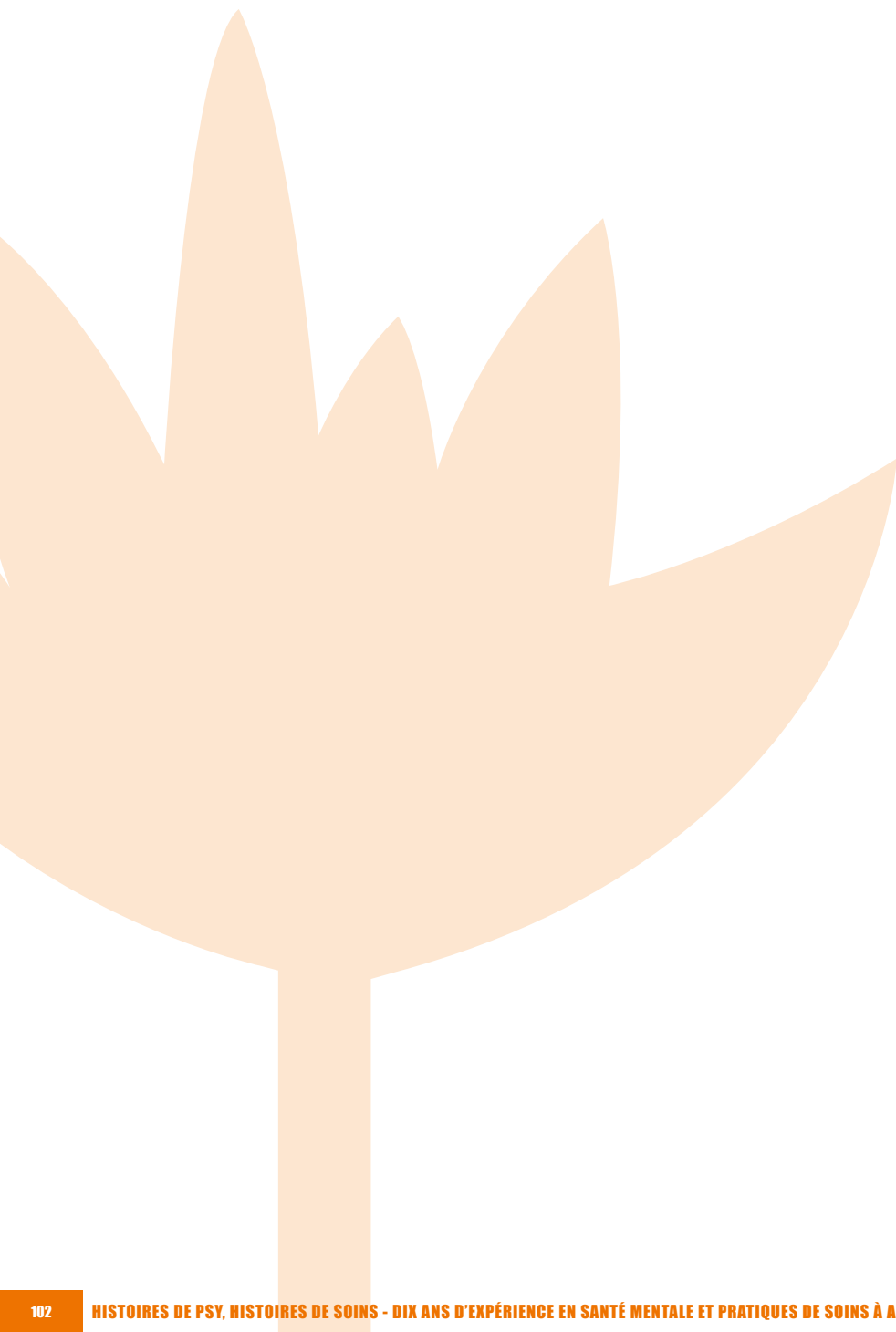
¹ Winnicott D. «La crainte de l'effondrement». In: *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Ed. Gallimard. 2000: 208-210.

² Après la mort, un mois après (peut être trente et un ou quarante et un jours) Yama «libère» l'âme du défunt pendant une journée et c'est l'occasion pour la famille de faire des offrandes au mort avec la préparation de mets préférés. Suite à ce jour, l'âme du mort partira pour se réincarner ou bien errer jusqu'à nouveau jugement.

Enfin, je voudrais terminer par un extrait d'un texte de Winnicott sur le suicide et une de ses patientes: «Mes patients m'inspirent la plupart de mes idées, et je reconnais ma dette. C'est à l'un d'eux que je dois l'expression de "mort phénoménale". Ce qui a eu lieu dans le passé était une mort en tant que phénomène, et non un fait comme ce que nous observons. Nombre d'hommes et de femmes passent leur vie à se demander si le suicide est une solution - le suicide, c'est-à-dire envoyer le corps à une mort qui s'est déjà emparée de la psyché. Cependant le suicide n'est pas une réponse, juste un geste désespéré. Je comprends maintenant pour la première fois ce que ma patiente schizophrène (elle s'est effectivement suicidée) voulait dire quand elle m'a déclaré: "Tout ce que je vous demande est de m'aider à me suicider pour la vraie raison et non pour la fausse." Je n'y ai pas réussi et elle s'est tuée en désespérant de trouver la solution. Son but, je le vois maintenant, était d'obtenir de moi que je formule qu'elle était morte dans sa petite enfance. À partir de cela, je pense que nous aurions pu, elle et moi, lui permettre d'ajourner la mort de son corps jusqu'à ce que l'âge affirme son droit.» (Winnicott, 2000).
Je pense que Kumar s'est, lui, suicidé pour la «vraie raison» car il l'a trouvée et exprimée au cours des rencontres que nous avons eues.»

BIBLIOGRAPHIE

- **Asian Legal Resource Centre** (2003). *Preventing suicide in Sri Lanka*. In: *Commission of Human Rights*, Editors: conseil social et économique des Nations Unies; New York.
- **Bydlowski, M.** (2005). *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, PUF.
- **Kaes, R.** (1987) *La troisième différence. L'espace imaginaire des groupes. Culture, psychanalyse, éthologie*. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. Toulouse: Erès; (9-10).
- **Lachal, C.; Ouss-Ryngaert, L.; Moro, MR.** (2003) *Le deuil traumatique*. In: *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris: Dunod.
- **Maqueda, F.** (2005) *L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile: position soignante, position citoyenne*. *L'Autre, Cliniques, cultures et sociétés*, Ed.: La pensée sauvage, vol 6, n°1.
- **Meyer, E.** (2001) *Sri Lanka, entre particularismes et mondialisation*. *Asie Plurielle*. La documentation française. Paris.
- **Sironi, F.** (2001) *Comment devient-on un bourreau?* Conférence prononcée au Collège de France le 31 janvier 2001, texte on line in www.ethnopsychiatrie.net
- **Sironi, F.** (1999) *Les états du traumatisme. Systèmes d'influence et traumatisme*. Colloque Nevers, 26 et 27 novembre 1999. www.ethnopsychiatrie.net
- **Winnicott, D.** (2000) *La crainte de l'effondrement*. In: *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Ed. Gallimard.



8 - LES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS AU TCHAD (2007-PRÉSENT)



© ACF - Tchad



CONTEXTE ET PROGRAMMES

Le Tchad, pays enclavé parmi les plus vastes d'Afrique, est une mosaïque ethnique complexe, où est représentée la grande diversité des modes de vie sahélo-saharien (éleveurs/agriculteurs, sédentaires/transhumants/nomades). L'ensemble du pays est impacté par une pression démographique forte qui pèse sur une ressource fragile et en recul à cause de la désertification.

Le Tchad est l'un des dix derniers pays sur le classement des indicateurs de développement humain (193^e sur 197 selon l'Indice de Développement Humain - 2011). Même si certaines zones — bassin du lac Tchad, zones pétrolières du Sud — constituent des poumons économiques, la déstructuration et la pauvreté chroniques relevées par l'IDH affectent l'ensemble du pays. Les ressources du pays, fondées sur l'agriculture et l'élevage jusqu'à un passé récent, reposent depuis 2003 essentiellement sur le revenu pétrolier. Cependant, ces revenus sont encore mal répartis et profitent peu à la population et aux services techniques de l'Etat. La population tchadienne connaît une situation globalement précaire au regard des niveaux d'accès aux services de base (éducation, santé), des degrés d'insécurité alimentaire et des taux de mortalité et de morbidité.

Ce sont ici les indicateurs d'une situation de crise structurelle qu'un certain nombre de facteurs ponctuels font régulièrement basculer en crise conjoncturelle (conflit, déplacement de population, épidémie, déficit pluviométrique, mauvaise récolte). L'insécurité alimentaire n'est pas l'apanage des ruraux pauvres, les villes abritent également des populations vulnérables dont la consommation alimentaire dépend de l'achat.

Le pays s'inscrit dans un contexte régional politique et sécuritaire fragile, auquel s'ajoute une contestation politique interne particulièrement marquée ces dernières années. Ces deux facteurs ont entraîné d'importants déplacements de populations à l'est du pays (réfugiés et déplacés internes).

ACF-France a commencé à travailler au Tchad en 1982. Entre 2002 et 2004, ACF-France interrompt ses activités et une passation est assurée avec des ONG locales. De 2004 à 2006, ACF USA est intervenu sur la problématique des réfugiés soudanais dans le Nord-est du Tchad.

En 2006, ACF-France reprend les activités de suivi alimentaire sur six camps de réfugiés soudanais d'ACF-USA. Suite à des évaluations menées dans le sud-est du pays, ACF réoriente son intervention et lance en 2007 un projet d'assistance aux populations victimes de violences intercommunautaires dans le Sud-est du Tchad et devient ainsi un acteur majeur de l'assistance humanitaire aux populations déplacées et hôtes du site de Dogdoré.

Une évaluation en sécurité alimentaire dans la zone de Dogdoré a relevé une grande souffrance psychique et des difficultés d'adaptation à la vie dans les camps. La succession de drames vécus par les individus ayant perdu un ou plusieurs membres de leur famille et leurs biens dans des conditions traumatisantes a profondément marqué la population, qui s'est retrouvée sans ressources pour faire face à des conditions de vie brutalement bouleversées.

La situation des populations tchadiennes du Sud-Est a amené ACF à envisager la mise en place d'un programme en santé mentale en 2007. Une équipe constituée d'une psychologue expatriée, d'un assistant et de travailleurs psychosociaux s'est alors attelée à l'ouverture d'un centre pour les femmes dans le camp de Dogdoré, proposant différentes activités adaptées aux besoins identifiés. Dans un premier temps, des groupes de support à l'allaitement ciblant les femmes allaitantes a été mis en place ainsi que des séances de sensibilisation à l'allaitement maternel.

Des ateliers d'activités de production à usage familial (avec possibilité de vente sur le marché local) ont été proposés, du matériel (paille pour le tressage de nattes, et matériel pour la réalisation de savons...) a été mis à disposition des femmes fréquentant le centre psychosocial pour leur permettre de subvenir à certains de leurs besoins de base. Cet espace représentait un lieu d'échange et de discussion permettant d'aborder des thèmes cruciaux: la vie dans les camps, la fuite, les conflits, etc. et les activités mises en place permettent également d'identifier les femmes nécessitant un support dans les pratiques d'allaitement ou un soutien psychologique.

Afin qu'elles puissent participer librement à des activités dans le centre, un «jardin d'enfants» a été créé. Ces moments de proximité avec les enfants centrés sur la stimulation psychomotrice et le jeu

mère-enfants, étaient l'occasion de relancer une dynamique souvent altérée par l'enchaînement de traumatismes touchant la famille.

Enfin, des consultations psychologiques individuelles étaient possibles sur demande.

Ce programme a eu beaucoup de succès. Une moyenne de 300 bénéficiaires par semaine fréquentait le centre; la fidélité aux séances et le grand nombre de participantes témoignaient de l'intérêt de ce programme pour cette population vulnérabilisée.

Malheureusement les conditions de sécurité se dégradant significativement, la base de Dogdoré a fermé et le programme n'a pas rouvert par la suite.

Parallèlement à ces actions, ACF intervient dans le Kanem, région de l'ouest au nord de N'Djamena concernée par une crise nutritionnelle structurelle chronique. Zone particulièrement vulnérable située dans la ceinture du Sahel, le Kanem est touché par des périodes de sécheresse de plus en plus longues. Les conséquences des conditions climatiques difficiles sur l'agriculture et le bétail ont contraint la population à s'adapter: beaucoup d'hommes émigrent à la capitale ou dans les pays limitrophes pour trouver du travail, laissant les femmes seules et débordées pour s'occuper des enfants et des cultures.

En fin 2007, un programme nutritionnel fut ouvert à Mao (chef-lieu de la région du Kanem). Une évaluation en pratiques de soins et santé mentale fut réalisée à la fin de l'année 2008. L'évaluation souleva plusieurs problématiques cruciales.

Premièrement, on constate une grande précocité des mariages et donc des premières grossesses (14 ans, voire plus jeune). Les naissances sont souvent très rapprochées. Les précautions concernant les femmes enceintes ne sont pas suivies: elles sont souvent sous-alimentées pour éviter d'avoir des bébés de trop gros poids risquant de rendre leur accouchement encore plus difficile. Dans certains endroits, elles ont très peu accès aux soins prénatals et postnatals; elles diminuent rarement leur charge de travail pendant la grossesse qui est vécue dans l'angoisse.

Les accouchements, longs et douloureux, se font à domicile, parfois sans aide, parfois par des matrones dont les pratiques ne sont pas toujours adaptées (risque de fistule recto vaginale).


Généralement, le colostrum n'est pas donné au nouveau-né et l'allaitement ne se déroule pas sans complications. On trouve, surtout dans les villages, peu d'enfants allaités exclusivement pendant les six mois et de l'eau, souvent de mauvaise qualité, est utilisée en complément de l'allaitement.

Un programme en pratiques de soins fut donc intégré au programme nutrition déjà existant à Mao début 2009. L'année suivante, suite à une crise dans une autre zone de l'ouest du pays dans le Bar el Gazal, le même programme a ouvert une seconde base à Moussoro.

Ce programme a comporté différents aspects :

- formation du personnel des centres de santé sur les pratiques de soins infantiles dans le cadre du traitement de la malnutrition pour garantir une prise en charge holistique des enfants ;
- activités de stimulations des enfants, de renforcement du lien parent-enfant et organisation d'espaces d'écoute et de parole pour les mères et accompagnants dans les centres nutritionnels ;
- formation et accompagnement des matrones pour assurer un meilleur déroulement des accouchements à domicile en incluant l'aspect émotionnel dans la maternité ;



- 
- intervention communautaire avec les hommes influents des villages;
 - organisation de groupes de parole visant le renforcement de pratiques de soins adéquates auprès des femmes enceintes et allaitantes avec leur jeunes enfants dans les villages.

Aujourd'hui (août 2012), les deux programmes fonctionnent toujours et ont évolué : les équipes sont renforcées en terme de capacités techniques et sont plus nombreuses. Les centres sociaux de Mao et Moussoro sont activement impliqués dans l'organisation des activités pour les femmes et leurs enfants. De plus, dans les deux centres urbains, un accompagnement des familles plus vulnérables est proposé dans le but de les soutenir dans le changement de pratiques infantiles non adaptées. Un travail psychosocial est mis en place dans les centres nutritionnels thérapeutiques de Mao, Mondo et Moussoro et dans plus de vingt centres nutritionnels ambulatoires.

DE L'INTERVENTION HUMANITAIRE VERS L'HUMAIN – PERSPECTIVES TRANSCULTURELLES¹

A l'heure actuelle, l'intervention humanitaire à l'étranger évolue et se développe dans des rencontres mutuelles face à l'adversité et aux aléas de la vie.

Travaillant pour une Organisation Non Gouvernementale (ONG) internationale, je suis partie plusieurs mois en mission dans une région du Tchad où beaucoup d'enfants souffrent de malnutrition grave. Assistée d'un traducteur j'ai pu rencontrer des hommes, des femmes, des personnes clés des villages pour mieux comprendre la situation motivant et justifiant la mission. Au-delà des difficultés d'accès à la nourriture, à l'eau et aux soins médicaux, je voulais comprendre pourquoi tant d'enfants étaient malnutris.

La compréhension des pratiques de maternage de cette région et la prise en compte des croyances et des attitudes ont permis l'établissement d'un état des lieux et la mise en œuvre de la première phase d'un programme de traitement et de prévention de la malnutrition.

Après un an et demi je suis revenue dans la région pour évaluer l'impact du projet sur la situation initiale. Aussi je vais tenter de décrire les étapes de cette action en m'appuyant sur l'histoire d'Abbakar.

Abbakar ou la limite des soins traditionnels.

«J'ai rencontré Abbakar avec sa mère au Centre Nutritionnel Thérapeutique (CNT) de Mao. Abbakar y a été admis deux semaines auparavant parce qu'il ressentait tous les signes de la malnutrition aiguë sévère : maigreur, plis aux bras et aux jambes, traits de vieillard, comme si sa peau était trop grande pour lui. Ventre ballonné, il gémissait, refusait de jouer et de quitter sa mère. Je remarque sur son ventre des traces de brûlure, que j'observe par ailleurs chez la plupart des autres enfants de son âge. J'entame une discussion avec les mamans du centre et leur demande de me raconter ce qui les a amenées ici, comment leur enfant a pu perdre autant de poids.

Fatimé raconte alors que son fils est âgé de trois ans ; il est le quatrième d'une fratrie de cinq enfants. Son mari travaille dans le Sud du pays et revient une fois par an, au moment de la saison des pluies, pour planter le mil. Le reste du temps, Fatimé reste seule au village avec les autres femmes et les personnes âgées (la majorité des jeunes hommes partent à la recherche de travail). Le père envoie de l'argent ou des vivres, plus ou moins régulièrement. Leur situation est difficile, mais, la plupart du temps, la famille dispose de suffisamment de nourriture. Abbakar a été allaité jusqu'à ses dix-huit mois.

Pourquoi cet âge ? C'est la «tradition» répond sa mère, «il faut allaiter les filles jusqu'à dix-sept mois et les garçons jusqu'à dix-huit mois pour qu'ils soient plus intelligents». Les mères autour acquiescent. Elles aussi ont sevré leur enfant à cet âge. La date est importante et marquée par une cérémonie réunissant toutes les femmes de la communauté. Le jour du sevrage, Fatimé a invité les femmes de son entourage. Un Imam est venu avec une grande ardoise en bois sur laquelle il a transcrit des versets du Coran, a versé de l'eau et a récité des prières. La mère a ensuite enduit son

¹ Nous remercions le Journal des Psychologues pour l'autorisation de reproduire ici cet article publié en février 2012 par Alexandra Bataille.

sein de natron¹, a pris Abbakar dans ses bras et lui a montré son sein en lui disant: «Tu vois! C'est mauvais, tu ne peux plus le téter.» Les autres mères ont alors craché de l'eau sur le visage d'Abbakar, avant que Fatimé ne le confie à sa propre mère habitant dans le village voisin.

Pendant ces quelques jours chez sa grand-mère, Abbakar pleurait et refusait de se nourrir. De retour à la maison, il souffrait de diarrhées et de vomissements. Inquiète, Fatimé a demandé l'avis de son mari qui lui a conseillé de le confier à son propre père pour l'amener chez le wazambi, un guérisseur traditionnel qui œuvre sur la place du marché. Il peut être cordonnier, commerçant, ou forgeron.

■ Du culturel au thérapeutique

Après avoir regardé dans la bouche d'Abbakar, le wazambi a dit qu'il souffrait de «luette» et de «fausses dents». Avec les outils dont il dispose, il lui a coupé la luette et arraché les canines. Mais les diarrhées et les vomissements ont continué. Sa mère a essayé de lui donner des tisanes, mais l'enfant n'arrivait plus à avaler. Il a commencé à perdre beaucoup de poids. Comme son ventre était ballonné, son grand-père l'a de nouveau amené auprès du wazambi qui a pratiqué des brûlures au ventre, en forme de pâte d'oiseau autour du nombril. Fatimé s'est également rendue chez un autre thérapeute qui a fait des prières et a délivré des versets du Coran inscrits là aussi sur une ardoise en bois. Malgré ces soins répétés et les sollicitations de l'entourage, l'état de santé d'Abbakar ne cesse de se détériorer. Avec l'accord de son mari, Fatimé s'est finalement rendue au centre de santé situé à trois quarts d'heure de piste (à dos d'âne). Après l'avoir pesé et mesuré, l'infirmier a proposé à la mère de l'envoyer au CNT afin de recevoir les soins dont il a besoin. Alors que Fatimé raconte l'histoire de la malnutrition de son fils, les mères présentes m'expliquent que le parcours de leur enfant est relativement similaire. La majorité des enfants admis au CNT ont été sevrés peu de temps auparavant et ils ont tous reçu des soins traditionnels.»

Se manifeste ici la pluralité des soins en Afrique et leurs logiques (Fassin D., 1992). Cette pluralité culturelle, que Pierre Bourdieu avait soulignée dans les composantes sociologiques, permettrait d'accueillir et de cohabiter avec de nouvelles manières de faire (1980; Moro M.-R., 2007). Ainsi s'offre une opportunité de penser le «comment faire» plutôt que le «pourquoi». Penser avec l'autre déboucherait sur des dispositifs intermédiaires permettant de travailler ensemble, dans une perspective commune (Kaës R., 1998).

■ D'un monde à l'autre, de l'angoisse à la méthode (Devereux G., 1980)

Comment respecter les croyances et les traditions de ces personnes tout en prévenant la malnutrition? Au début, nos propositions semblaient diamétralement opposées à ces pratiques. En effet, nos sociétés contemporaines manifestent qu'il faut faire attention au corps d'un bébé, qu'un enfant est fragile, qu'il faut éviter de lui faire mal, que le toucher doit être doux, sans violence, etc. L'inverse de ce que j'avais pu observer dans cette région du Tchad. De nombreuses personnes me confirment d'ailleurs que les soins des wazambis sont prépondérants dans cette zone (même si c'est davantage le cas dans les villages et moins en ville, les gens ayant intégré les messages transmis par des associations et développé de nouvelles manières de faire). Que dire à ces mères lorsqu'elles me sollicitent et me demandent des conseils pour éviter la malnutrition à leurs enfants?

J'interroge Fatimé sur ses sentiments face à la souffrance d'Abbakar. Mon traducteur ne comprend pas le sens du mot «sentiment», pour lui ce sont les ressentis physiques. Fatimé ne pouvait donc pas me répondre. Je devais donc donner une définition simple à une émotion, à des sentiments tels la tristesse, la colère, la peur, le stress, etc. Je me suis donc basée sur mon propre ressenti face à Abbakar et sa mère. J'ai essayé de me mettre à leur place et d'imaginer ce que je pourrais ressentir. Mais parler de ses sentiments, mettre des mots sur un vécu, cette manière «occidentale» d'accéder au soin psychique, était-ce une méthode adaptée à une culture dans laquelle la parole semble avoir d'autres fonctions?

Pourtant, ces mères avaient envie de parler et de partager leurs expériences avec moi. Mais elles ne pouvaient pas parler de sentiments, de ressentis, du moins pas d'une manière qui m'était accessible. Comment comprendre une mère qui me dit qu'elle a le visage noir, enflé, qu'elle est «cladjaoudou»? Comment traduire ce terme qui n'a pas d'équivalent en français? Les signes cités m'évoquent

¹ Minéral utilisé pour certains soins traditionnels.



la dépression, mais aussi la psychose. Et puis aussi les rires, inévitables et nécessaires, qui fusent à un moment ou à un autre, comme pour soulager les douleurs et exprimer la souffrance. Ne pouvant pas tout comprendre, je perçois, au-delà des mots, la souffrance face à la malnutrition et à la maladie de l'enfant.

■ Cultures, maladie et dynamique de soin

Que signifie «être malade»? Que signifie pour une mère la malnutrition chez l'enfant? Parmi les mots utilisés pour parler de la malnutrition, le mot «wolié» est particulièrement frappant, il signifie «L'enfant n'est pas bien pris en charge», c'est-à-dire «la mère ne sait pas s'occuper de lui». Le soutien communautaire est très fort dans cette région. Il est cependant défaillant dès lors qu'il s'agit de malnutrition. La mère n'est alors plus «suffisamment bonne» (Winnicott D. W., 1967). Fatimé a ainsi pu dire qu'elle a été montrée du doigt par les autres femmes. On lui dit que c'était sa faute, car elle ne savait pas s'occuper de son enfant. Mais elle ne semble pas s'être laissée envahir par la culpabilité et dit avoir fait du mieux qu'elle pouvait.

L'anthropologue Karine Magen décrit trois sortes de maladie dans la région du Kanem (2009):

- les maladies «envoyées»: maladies subites telles que les maladies mentales ou les maladies inconnues. Elles sont causées par la sorcellerie visant, la plupart du temps, un des parents. Ces derniers étant souvent «blindés», c'est-à-dire protégés par des grigris, de l'eau magique, etc., le sort peut atteindre l'enfant, car il est plus vulnérable;
- la «fatalité»: les maladies résultant du déterminisme de la condition humaine soumise au dessein de Dieu. Ce sont les maladies induisant une détérioration progressive de la santé, les handicaps et malformations de naissance, les accidents;
- les maladies «ordinaires» ayant des causes physiques ou environnementales.

La malnutrition n'est pas réellement considérée comme une maladie, mais pour ceux qui choisiraient de lui donner ce statut, il semble relativement évident de la placer dans cette catégorie. Pour cette classe de pathologies, la prévention est concevable et les traitements souhaités. Cela peut être une des raisons pour lesquelles les programmes de traitement et de prévention de la malnutrition mis en place ont eu très rapidement des effets positifs.

■ La mise en place du dispositif de l'action

À la suite de la première évaluation, nous avons développé un programme de prévention basé sur trois axes d'intervention: travailler avec les accoucheuses traditionnelles sur le suivi des femmes enceintes et allaitantes, travailler avec les centres de santé sur l'accueil et l'accompagnement des femmes enceintes et celles qui allaitent; créer des groupes de paroles avec des personnes des imams, guérisseurs, chefs de village, femmes d'influence, etc.

Les activités développées ont inclus des sessions de formation, des ateliers de massage infantile, des groupes de parole avec ou sans supports visuels pendant plusieurs mois. Ils portaient sur la grossesse, l'allaitement, le développement et les soins prodigués aux enfants en cas de maladie, d'accidents, etc.

■ Au fil du temps

Après plusieurs mois, je suis retournée sur place pour évaluer l'impact du programme auprès des populations. J'ai été extrêmement surprise par les nombreuses évolutions dans des pratiques qu'il me semblait très difficile, voire illusoire, de changer. Je craignais également que la population rejetât nos propositions dont certaines semblaient diamétralement opposées à leurs pratiques. Et pourtant, j'observais l'implication des personnes et les modifications de la situation.

L'un des éléments déterminants a été de travailler à partir des croyances et habitudes de la communauté et de s'appuyer sur les acteurs clés de chaque village. Lors de l'entretien avec Fatimé, nous avons noté que les décisions concernant Abbakar revenaient à son mari, surtout celles relatives à l'extérieur de la maison (acheter des médicaments, aller voir le wazambi) et à sa belle-mère, pour les décisions concernant ce qui se passe à la maison (manière d'allaiter Abbakar, mode de sevrage). Nous avons donc décidé de travailler avec les belles-mères pour qu'elles puissent à leur tour trans-

mettre les messages importants. Nous nous sommes également appuyés sur les chefs religieux, les guérisseurs, afin d'adapter les messages pour mieux les transmettre, et sur le Coran qui, par exemple, conseille d'allaiter jusque l'âge de deux ans lunaires (Coran, II: 233).

La situation du Kanem a beaucoup changé au cours des dernières décennies, notamment à cause des sécheresses et de l'avancée du désert ayant contraint les hommes à se déplacer dans d'autres villes, voire dans d'autres pays, pour chercher du travail. Les hommes, comme les femmes, restés dans la zone ont souvent perdu leurs repères. N'ayant que peu accès à l'information, ils sont en demande de conseils, de références, d'écoute. Les mères ont presque toutes perdu un ou plusieurs enfants et semblent le vivre avec une certaine fatalité. Mais cela n'empêche pas la souffrance et la volonté de faire leur possible pour éviter cela. Dès lors que quelqu'un de l'extérieur vient leur proposer de possibles solutions relayées par des personnes écoutées et respectées dans le village, elles abandonnent rapidement certaines pratiques pour en acquérir de nouvelles.

■ Les bénéfiques à court terme

Nous avons pu observer certaines modifications de pratiques rapidement visibles, telles que l'allaitement exclusif, le sevrage progressif ou la modération des recours aux guérisseurs. Les mères ayant acquis de nouvelles habitudes viennent souvent en aide aux autres mères, avec des paroles permettant de lever certains tabous liés à la grossesse et favorisant ainsi les changements.

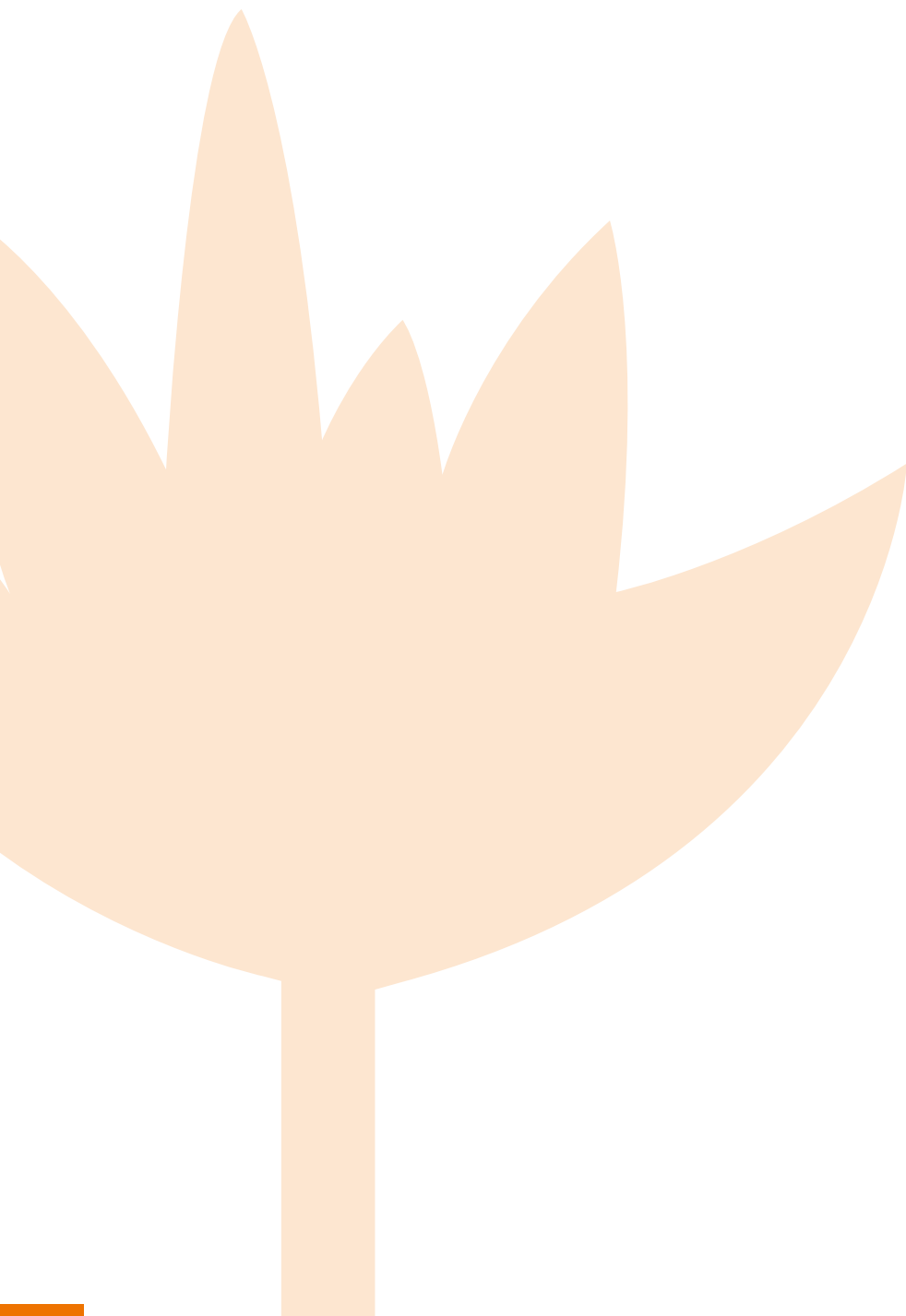
Cependant, bien qu'encourageante, il est trop tôt pour conclure à la pérennité de l'évolution des croyances, des attitudes et des pratiques. Les premières observations mettent principalement en évidence qu'elles sont susceptibles de se modifier au gré de nombreux facteurs sociaux, culturels, environnementaux, politiques, économiques, religieux.

■ Conclusion

Dans la rencontre avec l'autre, il suffit parfois d'un petit rien pour faire avancer les choses: écouter, observer, se laisser affecter, ne pas juger. Il est donc nécessaire de prendre le temps pour découvrir les logiques de l'autre et tenter de faire une action non pas pour lui, mais avec lui. C'est une forme de reconnaissance mutuelle objectivant les problèmes pour lesquels nous cherchons des issues culturellement acceptables. C'est une manière d'offrir à l'autre une liberté de choix et une autonomie de pensée et d'action. C'est dans cette perspective que peuvent s'inscrire désormais les initiatives humanitaires qui ne doivent plus penser l'autre comme victime défigurée par le mal, mais comme un être humain capable de redevenir acteur de ses démarches de soin, de prévention et de créativité (Baubet T. et coll 2003)

BIBLIOGRAPHIE

- **Baubet, T.; Le Roch, K.; Bitard, D. et coll.** (2003). *Soigner malgré tout: Bébés, enfants et adolescents dans la violence*, T. II, Grenoble, La pensée sauvage.
- **Bourdieu, P.** (1980). *Le Sens pratique*, Paris, Éditions de Minuit.
- **Devereux, G.** (1980). *De l'Angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.
- **Fassin, D.** (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF
- **Kaës, R.; Douville, O.; Eguier, A. et coll.** (1998). *Différence culturelle et souffrance de l'identité*, Paris, Dunod, 2005
- **Magen, C.** (2009). *Evaluation socio-anthropologique pour l'amélioration des programmes nutritionnels du Ministère de la Santé Publique et d'Action Contre la Faim du district de Mao*. Valid international. ACF, Paris
- **Moro, M.-R.** (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs*, Paris, Odile Jacob
- **Winnicott, D.W.** (1967). *La Mère suffisamment bonne*, Paris, Payot et Rivages, 2006



9- CONCLUSION



© ACF, Elisabetta Dozio - Ethiopie



Depuis 2002, des programmes en Santé Mentale et Pratiques de Soins ont été conduits par Action contre la Faim dans 18 pays.

Comme illustré dans ce livre, les programmes mis en place, les actions menées et les contextes d'intervention sont très différents et variés. Les témoignages présentés ont voulu montrer l'ampleur de ce travail et en souligner sa complexité et richesse.

En dix ans, la compréhension des contextes, les modalités de mise en œuvre des programmes, la capacité à mesurer l'impact, le développement de protocoles d'intervention et d'outils de suivi, l'intégration avec les autres secteurs d'ACF (Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence, Eau et Assainissement, Nutrition et Santé) ont évolué pour pouvoir mieux s'adapter aux différents contextes culturels et aux situations spécifiques de chaque milieu.

Avec ces programmes, nous avons travaillé pour assurer à l'enfant la stimulation et le soutien affectif nécessaires pour un développement et une croissance adéquate en contribuant aussi à réduire les effets néfastes de la malnutrition sur la santé de l'enfant.

Pour renforcer le lien parents-enfant et renforcer les attitudes et les pratiques de soins les plus adaptés, nous avons soutenu les mères, les pères mais aussi les familles et les communautés qui jouent un rôle primordial dans le soutien apporté à la mère et à l'enfant sur les plans matériel et affectif.

Dans des pays où les guerres, les déplacements de populations, les catastrophes naturelles provoquent des traumatismes, des dépressions, des stress individuels et une déstabilisation de la cellule familiale et communautaire, les programmes mis en place, en plus de renforcer et prévenir la détérioration de bonnes pratiques de soins et d'allaitement, ont aussi pu assurer un soutien psychologique en individuel et/ou en groupe, visant à renforcer les capacités de résilience de la population affectée par les événements

Ce type d'intervention se caractérise par la participation communautaire et la prise en compte des aspects culturels spécifiques.

Les actions ont souvent été intégrées à des programmes d'autres secteurs d'ACF pour renforcer les effets des programmes et pour garantir une prise en charge holistique des individus et des communautés.

Les témoignages présentés dans son livre font transparaître la difficulté rencontrée par les psychologues et les équipes face à des situations complexes et aux récits de souffrance. Souvent les équipes nationales font partie du même contexte déstructuré et ont vécu des pertes et des chocs similaires à celles des bénéficiaires qu'ils se retrouvent à accompagner, soigner. Dans ce cas, un travail de supervision est nécessaire pour maintenir un équilibre psychique et les finalités de la supervision en Santé Mentale et Pratiques de Soins sont multiples:

- d'un côté, cela permet aux équipes d'avoir un espace d'expression et de réélaboration de la souffrance vue et écoutée, mais aussi la possibilité de retrouver en équipe la motivation et l'énergie de «lutter» contre la frustration de ne pas avoir des résultats immédiats et d'avoir l'impression, souvent renforcée par les commentaires de bénéficiaires, de ne rien donner de concret (nourriture, matériels, eau, etc.);
- de l'autre, ces moments de supervision sont l'occasion d'une réflexivité sur les problématiques psychologiques rencontrées dans la prise en charge et la prise en compte des différences culturelles propres aux différents contextes. C'est aussi un moment de réflexion par rapport à ses propres émotions et pensées.

Les expériences que nous avons racontées et partagées dans ce livre veulent souligner l'importance de la prise en compte des éléments liés à la santé mentale et aux pratiques de soins dans les contextes humanitaires, notamment dans les secteurs d'expertise d'ACF.

Avec ces pages, nous souhaitons mettre en valeur les éléments sous-jacents qui ont un impact sur le bien-être des enfants et de leurs familles, sur les croyances et les pratiques liées aux soins de l'enfant et sur la capacité des familles et de la communauté de faire face aux situations de crise. Le partage de nos expériences de travail, des rencontres faites au cours de ces dix ans est pour nous aujourd'hui un moment important de réflexion sur notre pratique et d'ouverture sur des nouvelles modalités d'intervention pour le futur.

Action contre la Faim

4 rue de Niepce
75662 Paris cedex 14 France
Tel: +33 1 43 35 88 88
info@actioncontrelafaim.org
www.actioncontrelafaim.org

