

■ Mission en Afghanistan - Tadjikistan - Juillet-Août 2001

■ APPROCHE PSYCHOSOCIALE ET PSYCHOLOGIQUE DES RÉFUGIÉS AFGHANS TRAUMATISÉS PAR LES SCÈNES DE GUERRE

L'objectif de santé publique* est d'agir sur les répercussions des symptômes psychotraumatiques, sur le fonctionnement psychosocial des afghans et de leurs communautés en camp de réfugiés, en villages, en établissement de santé et scolaire.

L'année 2001, est consacrée à la santé mentale dans le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé¹, la politique de soins en santé mentale est de plus en plus importante dans les divers Programmes. Notre équipe membre de la Ligue Française pour la Santé Mentale, et de la World Ligue of Mental Health est inscrite dans les programmes de l'O.M.S., les O.N.G. I A.P.S.F. international et A.P.S.F. France sont en partenariat avec ces organisations internationales.

La majorité des afghans confrontés depuis plusieurs années à une situation de guerre quasi-permanente, retrouve spontanément un état satisfaisant ².

Les actions A.P.S.F. se centrent sur les répercussions psychosociales de ces traumatismes de guerre pour les personnes particulièrement fragilisées. C'est donc une approche limitée de personnes évitant la stigmatisation du plus grand nombre. Nos moyens vont se concentrer à une aide à des afghans (femmes, adolescents, enfants) présentant des problématiques imbriquées (fragilité psychologique, isolement social vis-à-vis de leur famille ou communauté, co-morbidité développant des comportements violents, etc.)

L'aspect relationnel sera observé dans la souffrance exprimée sur la vie sociale des afghans en site (camp de réfugiés) et dans leur cadre de vie habituel en Afghanistan. Ce choix nous paraît une « porte d'entrée » adaptée selon nos correspondants afghans et comme conseillé par nos collègues belges³.

Nous travaillons dans le sens d'une réadaptation sociale tant individuelle que communautaire en lien avec le contexte socioculturel afghan. Dans la situation afghane de guerre et de post-conflit, le fonctionnement psychosocial individuel comprend les différentes capacités, à savoir, celle de continuer à exercer une activité sociale dans la communauté, de poursuivre les études pour les enfants, les adolescents, plus particulièrement pour les jeunes filles chassées des lieux scolaires de Kaboul et des classes clandestines découvertes par les Talibans.

Nous veillerons aux maintiens de ces capacités à investir la vie familiale, sociale, communautaire⁴.

Le maintien de la capacité des communautés afghanes à retrouver les interactions communautaires présentes avant la guerre, le développement de la capacité à répondre aux contraintes et problématiques spécifiques de cette période⁵, sont nos axes cliniques en cas de dysfonctionnement, d'altération de ces capacités chez certains afghans.

Nous savons grâce à des études cliniques centrées sur les réfugiés thaïlandais, sur les populations du Sierra Leone, rwandaise⁶, de l'ex-yougoslavie, cambodgienne que d'importants dysfonctionnements sont observés chez des individus et des communautés qui ne parviennent plus à réinvestir des liens de confiance dans les contacts sociaux, les liens interpersonnels ayant été atteints au cours des violences de guerre.

La morbidité observée dépendra moins de l'aspect psychotraumatique pris isolément que d'un ensemble de facteurs comme la fragilisation de certains sujets enfants, adolescents, femmes polytraumatisées, personnes âgées, personnes handicapées et la co-morbidité psychique (dépressions, symptômes, psychotiques, violences...)⁷

Nos programmes sont axés sur des prises en charges collectives adaptées aux réalités culturelles afghanes, pensant les mécanismes d'auto-réparation et de résilience en termes communautaires.

Le dispositif clinique transculturel est inspiré de l'éthno-psychiatrie développée par G. Devereux⁸ et Tobie Nathan⁹. Dans les approches collectives, l'intervention est menée par un thérapeute principal auquel se joignent des co-thérapeutes provenant de groupes culturels différents et parlant plusieurs langues (afghane, tadjike, anglaise, française, etc.).

Le dispositif collectif remplit plusieurs fonctions thérapeutiques. Le groupe est contenant, mais avec des représentations multiples de l'altérité¹⁰. On évite ainsi les représentations uniques figeant le sujet. Le groupe a une fonction de portage culturel par l'utilisation de la langue maternelle et l'évocation de dysfonctionnements traditionnels, le groupe soutenant le sujet psychologiquement.

En entretien individuel ou de petits groupes (3 à 5 personnes) un co-thérapeute médiateur culturel (de la même appartenance ethnique que le groupe ou le sujet) spécialement formé, traduit les interactions et éclaire les thérapeutes sur la culture d'origine des sujets accompagnés.

La langue maternelle est le support de l'affectivité et des difficultés à s'exprimer dans la langue des intervenants occidentaux entraîneraient des malentendus¹¹. La méthodologie tient compte à la fois des plans culturels et individuels dans la compréhension des situations psychosociales et cliniques appréhendées.

L'outil anthropologique et clinique (systémique, psychanalytique) pose et explore le cadre de la relation, co-construit avec le sujet des sens culturels sur lesquels viendront s'arrimer des sens individuels¹². Ces éléments culturels sont des leviers thérapeutiques facilitant l'émergence de processus associatifs.

L'anthropologie construit le cadre et comprend le niveau culturel des discours et l'approche clinique en interprète les contenus d'un point de vue du système (familial¹³, communautaire) et individuel.

L'approche clinique et psychosociale est une approche transitionnelle intéressée par le codage culturel du fonctionnement psychique. Nous visons par notre approche spécifique à l'élaboration de l'expérience de la crise, du trauma causée par la perte des enveloppes culturelles du fait de l'isolement, de la rupture des liens interpersonnels entre afghans conséquences de l'envahissement des événements traumatiques violents.

Nous serons vigilants aux risques d'interprétariat¹⁴ et d'interprétation personnelle des médiateurs culturels tadjiks, afghans qui peuvent voir le jour selon la volonté, la compréhension singulière du médiateur pour éviter des généralisations. Nous insisterons pour que les propos échangés soient traduits dans leur intégrité, sans filtrage.

JEAN-PIERRE VOUCHE

psychologue clinicien - Président d'APSF France O.N.G. Intervenant enseignant au D.I.U. « Gestion des conflits » à l'Université R. Descartes de Paris

* Programme sur demande du Gouvernement démocratique du commandant MASSOUD

1. World Health Organisation. Nations for mental health programme. Global mental Health - l'information de base. Mental Health policy and Programme Country profile. Geneva: Who - Assessment classification and epidemiology Unit, 1999

2. Dubois, V., Guha-Sapir D., De Clercq. M. psychiatre humanitaire et traumatisme de guerre. Revue francophone du stress et du trauma 2000; Tome 1- no 1 : 49-54.

3. Chauvenet A., Despret V., Lemaire J.M., Clinique de la reconstruction - Paris : l'Harmattan, 1996

4. Eranen L., Liebkin K., Coping with disaster: The helping behaviour of communities and individuals in Wilson JP, Raphael B., editors International handbook of traumatic stress syndromes, New York: Plenus Press, 1993

5. Dubois V., Guha-Sapir D., De Clercq M. the importance of community mental health programmes in countries which have experienced man-made disasters. Excerpta medica international (sous presse)

6. Unicef Unicef Survey documents Horrors experienced by rwandan children During 1994 Genocide. New York UNICEF CF/DOIPR / 1996-08, 1996

7. Barrois C., Les névroses traumatiques Paris - Dunod 1998.

8. Devereux G., De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris : Flammarion 1980

9. Nathan Tobie. « La folie des autres : traité d'ethnopsychiatrie clinique » Paris Dunod 1986

10. Nathan T. « A qui appartiennent les métis ? » Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, 17, 13-22

11. Pury, Toumi, S. (de), Nathan, T.; Houkpatin, L., Salmi, H., Zugbédé, J., Houssou, C., Dorival, G., Guioumichian, S., Zajde, N. « Traduire en folie. Discussion linguistique » 1994 Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, 25/26, 13/46

12. Moro, M-R., psychothérapie transculturelle des enfants de migrants Paris : Dunod, 1998

13. Segura, J.M., Espacio terapéutico en la casa Aplicación en etnopsiquiátrica clinic, Taller Clínico en et XXVII congreso internamericano de Psicología, 1999. (SIP), Caracas, Venezuela

14. Segura, J.A., Perron, T.; six univers dans une journée clinique de programme d'ethnopsychiatrie du CHUM (Montréal) sept. 2000 Dossier psychologie interculturelle Magazine des psychologues du Québec vol 17, no 5