

RWANDA



Dessislava ANGUELOVA
Ludovic MAUDET

Eugénie COLIN-BENOIT
Simon REGARD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS ET METHODE	3
RESULTATS	5
1. CONTEXTE	5
1.1 Géographie	5
1.2 Démographie	7
1.3 Histoire	9
1.3.1 La période pré-coloniale	9
1.3.2 L'époque coloniale	10
1.3.3 La période post-coloniale	11
1.3.4 Le génocide	12
1.3.5 La période post-génocide	13
1.3.6 La reconstruction et la stabilisation du pays	14
2. PROBLÉMATIQUE	16
2.1 bouleversements communautaires	17
2.1.1 La guerre	17
2.1.2 Le génocide	19
2.1.3 La destruction et l'inversion des repères	21
2.1.4 La perversion des moyens	23
2.2 Traumatismes	27
2.2.1 Le traumatisme individuel	27
2.2.2 Le traumatisme familial	30
2.2.3 Le traumatisme communautaire	32
2.3 Problème de santé mentale individuel	35
2.3.1 La rupture de la santé mentale	35
2.3.2 L'apparition de critères PTSD	36
2.3.3 L'aggravation en maladie mentale	37
2.4 Problème de santé publique	39
2.4.1 Un problème de santé publique ?	39
2.4.2 La situation en l'espèce	39
2.4.3 Conclusion : il s'agit bien d'un problème de santé publique !	43

3.	PRINCIPES DE LA RÉPONSE AU RWANDA	45
3.1	Prévention et sensibilisation	47
3.2	Prise en charge	48
3.3	Formation et recherche	48
3.4	Coordination	49
3.5	Soutien logistique et institutionnel	49
4.	ACTEURS DE CETTE RÉPONSE	51
4.1	Acteurs institutionnels	51
4.1.1	La Politique nationale de santé mentale (PNSM)	51
4.1.2	L'Hôpital neuro-psychiatrique de Ndera (HNP Ndera)	53
4.1.3	Le Service de consultations psychosociales (SCPS)	55
4.1.4	Les structures décentralisées	55
4.1.5	Les services sociaux	56
4.1.6	Le Fond national pour l'assistance aux rescapés du génocide (FARG)	57
4.1.7	Les filières de formation professionnelle	57
4.1.8	Les mutuelles	58
4.1.9	D'autres actions gouvernementales	59
4.2	Acteurs civils	61
4.2.1	Les associations	61
4.2.2	Les tradipraticiens	62
4.2.3	Les Eglises	64
4.2.4	Les étudiants en médecine	65
4.2.5	L'Institut de recherche et de dialogue pour la paix (IRDP)	66
4.3	Acteurs internationaux	67
4.3.1	Organisations internationales (OI) : UNICEF	67
4.3.2	Organisations non gouvernementales (ONG) : MDM, HI et World Vision	67
4.3.3	Organisations gouvernementales (OG) : DDC, HUG et CTB	68
4.3.4	Bilan	70
	CONCLUSION	72
	ANNEXES	78
1.	Critères diagnostiques du PTSD (DSM-IV)	78
2.	Schéma résumant la problématique	81
3.	Organigramme (HNP Ndera)	82
4.	Emploi du temps	83

SOURCES	86
1. Bibliographie	86
2. Entretiens et conférences	90
REMERCIEMENTS	92

INTRODUCTION

Partir pour le Rwanda semblait une véritable aventure. Et il est vrai qu'on trouve dans cette contrée tous les ingrédients d'un voyage décapant. « Rwanda nziza »¹ nous offre des couleurs dont on ignorait l'éclat et l'assortiment, des agencements de cultures fertiles quadrillant le paysage de vert et d'ocre, des alignements magiques de vallons et de collines. Il y en a mille, paraît-il ! C'est en parcourant certaines d'entre elles, de Kigali à Butare et de Kibuye à Nyamata, que nous avons tenté de découvrir ce pays.

Comment oublier que c'est sur fond de tant de beauté, d'harmonie et d'équilibre que s'est déchaînée la plus folle cruauté ? On cherche à saisir, à comprendre peut-être, mais chaque angle de vue, chaque perspective, annonce inmanquablement un nouveau secret. Tristement célèbre depuis le génocide de 1994, le Rwanda demeure un pays méconnu. Si tout un chacun en a entendu parler, en a vu des images dans la presse ou à la télévision, la réalité profonde de cette terre, de ses habitants et de leur histoire continue à nous échapper.

En 1994, nous avons une dizaine d'années et quand bien même l'actualité géopolitique de la Région des Grands Lacs était omniprésente dans les médias, les notions de « génocide », de « massacres » ou « d'exil » représentaient des concepts abstraits. C'est bien plus tard, et par d'autres biais, que le Rwanda a refait surface dans nos esprits.

En avril 2005, à l'occasion d'une conférence du Dr. Naasson Munyandamutsa sur les conflits armés et la santé mentale organisée par la Faculté de médecine et les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)², l'un d'entre nous a « renoué avec ce pays ». Or, quand est venu le temps de choisir une thématique pour notre stage d'*Immersion en communauté*, la santé mentale au Rwanda s'est imposée d'emblée comme un sujet porteur et ce, à plus d'un titre.

Tout d'abord, la situation passée et présente du Rwanda est exceptionnelle. Elle est unique ces dernières années, et mérite de ce fait une attention particulière. Le génocide et les conséquences de cette barbarie d'une ampleur indescriptible, ont provoqué l'implosion de la communauté. La réflexion doit donc être portée au niveau d'une nation morcelée certes, mais étendue; ce qui est un défi qu'il nous a plu de relever.

Ensuite, le cadre de la recherche se situe à la croisée de plusieurs disciplines - la psychologie et la médecine bien sûr, mais aussi la géographie, l'histoire, les relations internationales, les sciences politiques, ou encore l'ethnographie - et en cela correspond aux exigences de pluridisciplinarité de

¹ Littéralement « le beau Rwanda ». Rwanda nziza est aussi le titre de l'hymne national rwandais. (Source : TORDJEMAN, G. et al., *Rwanda nziza*, éd. Sépia et Urukundo, Saint-Maur des Fossés – Kigali, 2005)

² C.f. Sources : entretiens et conférences, page 90

*l'Immersion en communauté*³. L'Immersion: un programme autorisant d'ailleurs une créativité que peu d'étudiants à ce jour ont mis au service d'une thématique de santé mentale et encore moins dans un contexte de guerre. L'absence d'un travail de recherche antérieur sur cette problématique au Rwanda rend également sa réalisation opportune. Dans un pays où la politique de santé gravite essentiellement autour des problématiques du VIH-SIDA et du paludisme, consacrer volontairement du temps à la santé mentale fut apprécié.

Enfin, ce projet n'aurait pu exister s'il ne s'était inscrit dans le cadre de la collaboration entre les hôpitaux universitaires de Genève et le Rwanda⁴. C'est grâce au Pr. François Ferrero et à ses collaborateurs, participant depuis toutes ces années à la reconstruction du système de prise en charge psychiatrique rwandais, que nous avons initié notre démarche. Le soutien à Genève, puis à Kigali et dans les autres provinces, du réseau de coopération a rendu possible notre étude et c'est une satisfaction réelle que de pouvoir en retour lui rendre service en rédigeant un document que nous souhaitons utile pour l'avenir.

Avant de vous laisser tourner la page, permettez-nous encore de vous mettre en garde.

Les analyses et commentaires que nous apportons dans le présent document sont le fruit d'un travail de groupe dans un temps limité (seulement six semaines sur place). Nous n'imaginons donc pas parvenir à être exhaustifs. De même, de multiples facteurs ne nous permettent pas de considérer notre travail comme absolument objectif. Notre formation médicale occidentale, encore en cours, influence bien sûr notre perception. Mais d'autres conditions, comme notre couleur de peau, notre statut de stagiaire étranger ou notre provenance de Suisse, ont sans doute influencé la récolte des données.

Enfin, les lecteurs habitués des rapports de stage de *l'Immersion en communauté* s'étonneront peut-être du volume du présent document alors que d'autres s'étonneront de sa légèreté rédactionnelle. En vérité, nous avons tenté de parvenir à un équilibre entre simplicité – pour la lecture des personnes non familières de la thématique – et profondeur de l'analyse – par égard pour les Rwandaises et les Rwandais.

Il ne nous reste plus qu'à vous souhaiter une bonne lecture, en espérant que vous aurez autant de plaisir à découvrir ce rapport que nous en avons eu à l'écrire.

³ Les objectifs de l'Immersion en communauté sont disponibles sur le site de la Faculté à l'adresse suivante : <http://medweb1.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/index.html#objectifs>

⁴ *Convention de coopération hospitalo-universitaire* entre l'Université de Genève, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et l'Université nationale du Rwanda (UNR), Genève – Butare, octobre 2001

OBJECTIFS ET MÉTHODES

Notre projet a pour but d'étudier la prise en charge des troubles de la santé mentale au Rwanda et ce, dans le temps (juste après le génocide et aujourd'hui), dans l'espace (de l'hôpital de référence de Ndera à la consultation décentralisée de Kibuye) et transversalement parmi les différents acteurs de cette communauté.

Ainsi, notre attention s'est portée tant sur la reconstruction du système après la tragédie de 1994 que sur son développement actuel, voire sur ses perspectives. L'importance accordée à la santé mentale dans le réseau socio-sanitaire rwandais a aussi focalisé notre intérêt, au même titre que la question de l'intégration du modèle psychiatrique occidental au sein d'une population de culture différente. Quant à l'impact biopsychosocial du génocide (traumatisme physique et psychique d'une société entière), nous souhaitons si ce n'est le mesurer, du moins le percevoir.

Pour réaliser nos objectifs, nous avons procédé en **trois étapes**.

Premièrement, avant le départ, nous avons exploré la thématique avec le souci de démêler l'imbroglio des connaissances approximatives acquises au fil des ans pour le remplacer par des notions se voulant plus synthétiques de l'histoire du Rwanda en général et du génocide de 1994 en particulier. L'abondante littérature existant sur le sujet fut l'une de nos sources. Par ailleurs, nous avons eu la chance de rencontrer différentes personnes, oeuvrant dans des domaines variés mais toutes étroitement liées au Rwanda, lors d'entretiens uniques ou répétés (psychiatre, psychologue, avocat). Enfin, au hasard du calendrier culturel genevois nous avons suivi tantôt une conférence, tantôt une projection relatives à la Région des grands lacs⁵.

Deuxièmement, nous avons récolté la "matière première" de notre analyse sur le terrain, au Rwanda, entre le 12 juin et le 21 juillet 2007. C'est au travers des consultations auxquelles nous avons pu assister (et parfois participer) que nous nous sommes véritablement « immergés ». Par des entretiens privilégiés avec des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux, des religieux ou des étudiants en médecine, nous avons découvert le regard qu'ils portent sur leur pays. La visite plus formelle de nombreuses associations gouvernementales et autonomes nous a amené des informations plus pointues. Enfin, la compulsions de thèses et de statistiques a complété ce panorama.

Troisièmement, depuis notre retour, nous sommes entrés dans une phase d'analyse. De la masse d'informations récoltée sous l'équateur il faut extraire l'essentiel et parvenir à le restituer.

L'organisation du document que vous tenez entre vos mains est inspirée de notre mode de travail.

⁵ C.f. Sources : entretiens et conférences, page 90

Une première partie s'attachera donc à décrire le contexte géographique et historique dans lequel l'évolution du Rwanda ces quinze dernières années s'inscrit, de fait. Cette description, bien que peut-être fastidieuse, nous semble nécessaire pour la compréhension de la situation actuelle.

Une deuxième partie tentera de tisser le lien conceptuel entre les bouleversements communautaires dus au génocide et le problème de santé publique qu'est la santé mentale en passant par l'individu et ce, à l'appui de statistiques récoltées sur le terrain.

La réponse apportée par la société rwandaise (au sens large : Etat, ONG, etc.) pour faire face à ces problèmes fera l'objet de la troisième partie. Une partie où nous décrirons d'une part les principes de cette réponse, et d'autre part ses acteurs.

Pour conclure, nous soulignerons quelques défis auxquels ce système de prise en charge des troubles de la santé mentale est confronté, en terminant par les perspectives qui s'ouvrent à lui.



Paysage du Nord près de Muhondo, 16.07.07

RESULTATS

1. LE CONTEXTE

Alors qu'on peut se demander quelle est l'utilité d'une telle partie dans ce rapport, il nous a justement semblé important d'accorder une part de notre travail au contexte particulier dans lequel se trouve le Rwanda. Tant par l'importance en lui-même de ce contexte géographique, démographique et historique que par ses implications directes dans notre sujet, quelques lignes permettront sans doute au lecteur néophyte de mieux connaître ce pays avant d'aborder la problématique.

1.1 Géographie⁶⁻⁷⁻⁸

Le Rwanda, communément appelé « Pays des mille collines » est un petit pays d'Afrique de l'Est situé dans la Région des Grands Lacs. Sa superficie totale est de 26 400 km² (en comparaison 41 285 km² pour la Suisse).

L'altitude varie entre 950 et 4519 m. Les paysages sont très verdoyants, fréquemment couverts de bananeraies et quadrillés par de petites parcelles cultivées des vallées jusqu'au sommet des collines. On dénombre aussi beaucoup de pâturages pour le bétail. Les rivières sont abondantes, alimentées par les forêts d'altitude. Le fleuve Nyabarongo est le plus grand du pays et fait la fierté du peuple rwandais : ce serait la plus longue source du Nil.

Entre deux saisons des pluies (de février à mai et de septembre à décembre), le climat est tempéré et ensoleillé. La température moyenne varie entre 18 à 20 degrés sauf dans les montagnes où il peut faire plus froid.

La population rurale prédomine et les ressources naturelles du pays sont d'ailleurs principalement agricoles. L'habitat est dispersé sur les collines.

La capitale Kigali, au centre du pays, est située à 1400 m d'altitude. Les routes qui la relient aux villes de province sont toutes goudronnées et en bon état mais dès que l'on sort de ces grands axes, les pistes sont en terre. Entre les villes, des bus circulent très fréquemment et transportent les voyageurs sur ces longs trajets. En revanche sur les routes de terre, on circule à pied, en vélo et plus rarement en pick-up.

⁶ *Géographie du Rwanda*, in *Wikipédia* (1e 01.08.07)

http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=G%C3%A9ographie_du_Rwanda&oldid=16778435

⁷ CHARLIER, Jacques, *Atlas du 21^{ème} siècle*, éd. Nathan, Paris, 2007

⁸ Musée national du Rwanda, Butare

Dans Kigali, on trouve plusieurs taxis ou minibus qui relient les banlieues au centre-ville. Kigali est une ville dynamique, organisée et propre, construite sur plusieurs collines, qui tente chaque jour de s'imposer un peu plus comme une grande capitale.

Depuis janvier 2006, le Rwanda est divisé en 5 provinces : le Nord, le Sud, l'Est, l'Ouest et la ville de Kigali. Les provinces sont ensuite subdivisées en districts puis en secteurs. De même, depuis cette date, de nombreuses villes ont été rebaptisées. Butare par exemple est devenue Huye. Ces changements ont fait suite à un programme de réorganisation et de décentralisation de l'administration.

Dans les campagnes, l'accès aux soins est difficile. Premièrement, par difficulté d'accès, le centre de santé ou l'hôpital de district le plus proche pouvant se situer à plusieurs heures de marche et ce, par des routes complètement détrempées si c'est la saison des pluies. Deuxièmement, à cause du coût du trajet, le prix du billet de bus pour se rendre à Kigali représentant parfois bien trop d'argent pour une famille de cultivateurs.



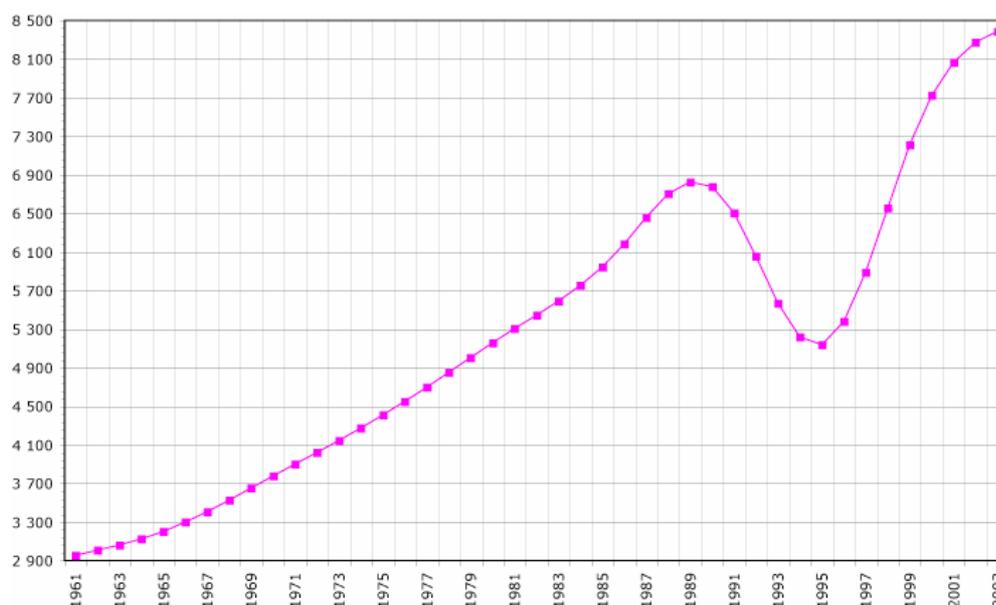
1.2 Démographie⁹

Population	8 648 248 habitants
Densité de la population	328,4 hab./km ²
Taux de croissance de la population	2,43 %
Age médian (population totale)	18,6 ans
- Hommes	18,4 ans
- Femmes	18,8 ans
Structure par âge	
- 0-14 ans	41,9 %
- 15-64 ans	55,6 %
- 65 ans et plus	2,5 %
Rapport de masculinité (population totale)	0,99 homme/femme
- À la naissance	1,03 homme/femme
- Moins de 15 ans	1,01 homme/femme
- 15-64 ans	0,99 homme/femme
- 65 ans et plus	0,67 homme/femme
Part de la population urbaine	20 %

Composition ethnique	
- Hutu	84 %
- Tutsi	15 %
- Twa	1 %
Religions	
- Église catholique romaine	56,5 %
- Protestantisme	26,0 %
- Adventisme	11,1 %
- Islam	4,6 %
- Croyances indigènes	0,1 %
- Aucune	1,7 %
Composition linguistique	
- Kinyarwanda (officiel)	
- Français (officiel)	
- Anglais (officiel)	
- Kiswahili	

Sources: *The World Factbook*, CIA; ONU; FAO

Sans pour autant répéter les informations de ces tableaux, nous voudrions insister sur quelques points. Par exemple, la densité de la population, très élevée pour un pays rural comme le Rwanda. De même, le pourcentage des moins de 14 ans, qui s'explique bien sûr par le fort taux de naissances mais aussi par le fait que cette génération n'a pas été touchée par le génocide de 1994 car elle n'était encore pas née.



Evolution démographique au Rwanda de 1961 à 2003

Source: *Data FAOSTAT*, 2004

⁹ *Démographie du Rwanda*, in Wikipédia, (le 01.08.07)

http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9mographie_du_Rwanda&oldid=13592659

Quant à la courbe ci-dessus, comment ne pas être effrayé par la pente vertigineuse représentant le nombre de morts et de personnes ayant quitté le pays ? A la seule vue de ce graphique on est interpellé et l'on se demande quelle est l'horreur qu'a pu connaître le Rwanda. Au-delà des morts, la courbe remonte fermement, comme un pied de nez à l'histoire (natalité, retour au pays), victoire de la vie qui reprend ses droits.



Ecole primaire de Muhondo, 16.07.07

1.3 Histoire

Dans tout pays à tradition orale, écrire sur l'histoire s'avère être une tâche difficile. Dans le cas particulier du Rwanda, les auteurs ne s'accordent pas toujours sur une version unique des faits et les sources utilisées par certains historiens sont parfois peu fiables, relevant plus d'hypothèses que de thèses valides et approuvées.

Aujourd'hui encore, parler de l'histoire du pays est délicat, certaines théories ayant servi de prétexte pour exacerber les sentiments de haine et de violence des populations. Dans les écoles par exemple, il semble qu'aucun cours d'histoire du Rwanda ne soit plus dispensé¹⁰ dans l'attente d'un consensus autour des questions sensibles.

N'étant ni spécialistes du Rwanda, ni historiens, ni rwandais nous-mêmes, nous ferons de notre mieux pour respecter la sensibilité de chacun tout en restant le plus honnête possible.

1.3.1 La période pré-coloniale

Les théories soutenues par les régimes colonisateurs affirment que le peuplement du Rwanda s'est fait en trois vagues. Tout d'abord, les Twa qui seraient arrivés au VI^{ème} siècle avant J-C. Ces premiers habitants, de race pygmoïde, vivaient surtout de la chasse et de la cueillette. Ensuite au VII^{ème} siècle après J-C, les Hutu, principalement agriculteurs, auraient à leur tour pénétré dans l'actuel Rwanda, venant du Nord Ouest. Enfin, entre le IX^{ème} et XIII^{ème} siècle après J-C, des groupes d'éleveurs nomades, les Tutsi, se seraient installés, arrivant de l'Est. Pour justifier cette théorie, ses auteurs tiennent pour preuve les différences morphologiques entre les rwandais. Les Tutsi, originaires d'Egypte, d'Abyssinie, seraient plutôt grands, élancés, avec des traits fins alors que les Hutu, peuple Bantou, seraient petits, trapus et aux traits plus grossiers¹¹. De surcroît, leurs capacités intellectuelles les sépareraient également, les Tutsi étant décrits comme intelligents, rusés et aptes au commandement, alors que les Hutu sont considérés comme moins intelligents.

Avant l'arrivée des colonisateurs, la société rwandaise était organisée autour d'un même monarque, le Mwami. Le territoire rwandais tel qu'on le connaît aujourd'hui résulte d'une expansion du pouvoir de la monarchie Nyiginya entre le XIV^{ème} et le XIX^{ème} siècle¹². Il existait d'autres monarchies qui se combattaient les unes les autres mais celle-là était à l'époque la plus puissante. A ce moment-là, les relations entre Tutsi et Hutu étaient surtout d'ordre économique et commercial du fait de leurs activités différentes, les uns cultivant la terre et les autres élevant des animaux. Mais au XIX^{ème} siècle, l'emprise du roi a augmenté et des unités de l'armée ont été mises en place dans tout le pays afin de servir de postes de contrôle du pouvoir central du Mwami. En effet, certaines régions commençaient à

¹⁰ IRDP, *Reconstruire une paix durable au Rwanda : La parole au peuple*, WSP International, Kigali, Novembre 2003

¹¹ SHYYAKA, Anastase, *Le conflit rwandais, origines, développement et stratégies de sortie*, étude commandée par la Commission Nationale pour l'Unité et la Réconciliation (CNUR)

¹² OVERDULVE, C-M, *Rwanda, un peuple avec une histoire*, éd. L'Harmattan, Paris, 1997

contester son autorité. Il fut créé une aristocratie militaire qui contrôlait non seulement les terres mais aussi le bétail alors que jusque là, les familles étaient propriétaires de leurs parcelles et de leurs bêtes. Beaucoup de Tutsi ont été incorporés dans les unités militaires de ce pouvoir central mais peu de Hutu et de Twa y ont eu accès. C'est là qu'auraient commencé les relations de domination des uns et de soumission des autres, les Tutsi devenant de riches maîtres et les Hutu se retrouvant pauvres et soumis.

Malgré cela, les Hutu et les Tutsi peuvent difficilement être considérés comme deux ethnies différentes : les deux communautés parlent une même langue, obéissent à un même monarque, ont une culture, une histoire et des traditions communes et habitent sur le même territoire depuis des centaines d'années. L'identité d'un Rwandais est alors surtout clanique, or les clans sont composés à la fois de Hutu et de Tutsi.

Les premiers écrits de l'histoire du Rwanda datent de l'époque des premiers colons. Leurs principales sources venaient directement des observations des explorateurs allemands du XIX^{ème} siècle et non pas de données pertinemment collectées¹³. Les pourcentages de chaque population par exemple (85-90% de Hutu, 9-14% de Tutsi et 1% de Twa) ne sont pas issus de recensements mais basés uniquement sur les approximations de ces explorateurs.

Aujourd'hui ces hypothèses sont remises en cause par certains historiens. Mais il n'existe encore aucun écrit qui obtienne l'approbation de tous et il est probable que seules de nouvelles recherches approfondies pourront apporter un autre regard sur la question. Cependant même si l'on réfute ces théories, on ne peut nier certaines différences. Selon l'ethnologue Pierre Erny : « *Affirmer qu'il n'y a pas de différences culturelles, économiques, politiques ou physiques c'est montrer que par un préjugé idéologique, on nie tout simplement le Rwanda tel qu'il est.* »¹⁴

1.3.2 L'époque coloniale

En 1885, la conférence de Berlin sur le partage de l'Afrique attribue le Rwanda aux Allemands. Ceux-ci arrivent en 1900 mais, trop peu nombreux, ne changent quasiment rien à l'administration indigène en place, tentant de gouverner de manière indirecte.

En 1918, le Rwanda passe sous occupation belge après la défaite des Allemands lors de la Première Guerre Mondiale. En 1924, un mandat de tutelle est accordé à la Belgique par la Société des Nations. Les Belges sont alors beaucoup plus directs et intrusifs que les Allemands et assez vite, ils font des Tutsi leurs alliés pour gouverner ou du moins pour exécuter leurs décisions. C'est le début d'une politique de remodelage. L'administration coloniale mise en place favorise les Tutsi, leur réservant un accès à l'enseignement, aux avantages, et aux postes haut placés. En 1931 et à l'instigation des Belges, les livrets d'identité commencent à porter la mention des ethnies (Twa, Hutu ou Tutsi).

¹³ SHYYAKA, Anastase, *Le conflit rwandais, origines, développement et stratégies de sortie*, Op. cit.

¹⁴ ERNY, Pierre, *Rwanda 1994*, éd. L'Harmattan, Paris, 1994

Les missionnaires catholiques présents sur place ont aussi eu une grande influence, de par leur nombre et leur installation dans la communauté depuis vingt cinq ans. Ils n'hésitent pas par exemple à détrôner le Roi Musinga, opposé à l'Eglise pour pouvoir placer au pouvoir son fils. Les soins médicaux et l'enseignement primaire leur sont majoritairement confiés et les établissements les plus réputés sont systématiquement réservés aux Tutsi.

Quand dans les années 50, les chefs Tutsi commencent à exprimer des velléités d'indépendance, les Belges réussissent à se maintenir au pouvoir encore quelques années en renversant la situation¹⁵. Ils utilisent et exacerbent encore plus les différends entre Hutu et Tutsi.

Les colonisateurs belges et l'Eglise catholique commencent à décrier les injustices sociales envers les Hutu, pourtant favorisées jusqu'alors. Ils soutiennent et animent leur révolte. En 1957, le *Manifeste des Bahutu* est publié par un groupe d'intellectuels Hutu dont Grégoire Kayibanda, avec l'aide de Mgr Perraudin (d'origine valaisanne) alors archevêque de Kigali. Ce texte dénonce l'exploitation dont sont victimes les Hutu.

Les années précédant l'indépendance sont agitées et le Parmehutu (Parti du mouvement de l'émancipation des Bahutu) dirigé par Kayibanda prend de l'ampleur. Des massacres de Tutsi commencent et beaucoup fuient dans les pays voisins ou dans des camps de réfugiés. En 1961 des élections sont organisées et gagnées par le Parmehutu. Le 1^{er} juillet 1962 le Rwanda accède finalement à son indépendance.

1.3.3 La période post-coloniale

Le pouvoir du Parmehutu se consolide et une politique de plus en plus discriminatoire à l'encontre des Tutsi est mise en place. Ceux-ci sont évincés de l'armée, de la police, de l'administration, de l'éducation... et les massacres continuent en certains endroits.

En 1973, Juvénal Habyarimana, originaire du Nord du pays (Kayibanda vient du Sud), prend le pouvoir par un coup d'Etat militaire. En 1978, une nouvelle Constitution est adoptée, qui inscrit chaque Rwandais dès sa naissance au parti unique d'Habyarimana, le MRND (Mouvement Républicain National pour le Développement).

Dans les années 1980, les réfugiés Tutsi ne sont pas autorisés à regagner leur pays et sont systématiquement refoulés à la frontière rwandaise. Certains commencent alors à s'organiser en mouvements d'opposition. Le FPR (Front Patriotique Rwandais) est créé en 1987 et lance dans les années 90 des attaques au Rwanda. S'ensuivent de fortes représailles à la fois contre les Tutsi et contre les opposants Hutu du Sud. La situation s'envenime, le FPR s'implante dans certaines régions du Nord, alors que dans d'autres régions les Tutsi ou autres opposants sont massacrés.

¹⁵ FRANCHE, Dominique, *Généalogie du génocide rwandais*, éd. Tribord, Bruxelles, 2004

En 1992 des jeunes du MRND sont formés pour devenir des miliciens armés extrémistes: les interahamwe. Certains sont entraînés par des militaires français. Ces mêmes Français, selon de nombreuses sources, auraient largement contribué à fournir le gouvernement d'Habyarimana en armes¹⁶. Dans ce même laps de temps, débutent les émissions de la Radio Télévision Libre des Mille Collines qui diffuse une propagande anti-Tutsi incendiaire et génocidaire.

En août 1993, après de longs pourparlers et sous la pression de la communauté internationale, sont signés les Accords d'Arusha (Tanzanie), entre le FPR et le gouvernement. Les deux parties devaient s'entendre sur l'établissement d'un gouvernement transitoire pluraliste, sur une nouvelle Constitution et sur l'arrêt des massacres.

La Mission des Nations Unies pour l'Assistance au Rwanda (MINUAR) est mise en place en octobre 93 et confiée au lieutenant-général Roméo Dallaire (originaire du Canada) et compte environ 1200 hommes. Mais l'espoir contenu dans ces Accords est de courte durée et aucun gouvernement de transition élargi au FPR ne voit vraiment le jour.

1.3.4 Le génocide

Le 6 avril 1994, l'avion transportant le président rwandais Juvénal Habyarimana et son homologue burundais est abattu au dessus de Kigali. Son assassinat donne le coup d'envoi à trois mois de massacres ininterrompus. Selon la Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide rédigée à New York en 1948, on entend par génocide l'un des actes ci-après, commis dans l'intention de détruire tout ou partie d'un groupe national, ethnique, racial ou religieux :

- a) Meurtre de membres du groupe
- b) Atteinte grave à l'intégrité physique ou mentale de membres du groupe
- c) Soumission intentionnelle du groupe à des conditions d'existence devant entraîner sa destruction physique totale ou partielle
- d) Mesures visant à entraver les naissances au sein du groupe
- e) Transfert forcé d'enfants du groupe à un autre groupe

Seule une préparation minutieuse et de longue date peut permettre la réalisation d'un projet de l'ampleur de ce qui s'est passé au Rwanda. Les médias, et notamment la Radio Télévision Libre des Mille Collines, contribuent largement à véhiculer les idéologies de haine interethnique¹⁷. L'organisation des structures administratives dans ce petit pays facilite l'exécution des meurtres, des listes de personnes à tuer ayant ainsi été rédigées à l'avance. Le fait que soit mentionnée sur les pièces d'identité l'appartenance ethnique joue aussi un rôle important dans l'identification des futures victimes.

¹⁶ *Rwanda*, in Wikipédia (le 06.08.07) <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Rwanda&oldid=19375237>

¹⁷ FRANCHE, Dominique, *Généalogie du génocide rwandais*, Op. cit.

Les massacres sont systématiques, dans une logique macabre d'extermination pure et simple. Près d'un million de Tutsi et de Hutu modérés sont tués en une centaine de jours seulement. Les Interahamwe sont les exécutants majeurs de ces crimes, mais des civils également participent aux meurtres de leurs voisins, de leurs amis, voire de leurs parents. Les biens des victimes sont saisis et les bourreaux se les approprient. Rien ni personne n'est épargné. Même les lieux habituels de refuge comme les hôpitaux ou les églises sont ciblés car la tâche y est facilitée par le rassemblement de nombreuses personnes. Peu de mots peuvent décrire l'atrocité des massacres et l'horreur de la situation de ces quelques mois. Viols, coups de machette, corps encore vivants jetés dans les latrines, meurtres au sein même d'une colline où tous les habitants se connaissent, victimes torturées et autres crimes d'une rare violence s'enchaînent.

Les ressortissants étrangers sont très vite évacués et à la mi-avril l'ONU vote le retrait des casques bleus de la MINUAR, laissant seulement deux cent soixante hommes sur place et leur interdisant d'intervenir. Le lieutenant-général Dallaire ne cesse pourtant d'affirmer qu'avec quatre mille hommes, la MINUAR pourrait empêcher l'avancée des massacres¹⁸. En revanche l'Opération Turquoise, menée par les Français, prend forme en juin 94. Avec l'objectif officiel de créer un corridor humanitaire, elle est pourtant accusée aujourd'hui d'avoir permis aux bourreaux de s'échapper vers les pays voisins à l'Ouest.

Le FPR, mené par le général Paul Kagame, continuait pendant ce temps son avancée vers Kigali, occupant progressivement le territoire rwandais et reprenant le contrôle du pays petit à petit. Les conditions dans lesquelles le FPR a repris le pouvoir ont parfois été dénoncées, ce qui a donné lieu à la polémique du double génocide. Cependant la communauté internationale ne reconnaît pas cette hypothèse même s'il est avéré que des exactions ont été commises par le FPR. Ce ne serait que négationnisme de résumer la situation à des meurtres en miroir¹⁹. Le 4 juillet 1994, la guerre se termine, le FPR ayant désormais le contrôle de la totalité de la capitale. S'ensuivent des mouvements massifs de réfugiés, Hutu cette fois, craignant la vengeance de leurs victimes.

1.3.5 La période post-génocide

En juillet 1994, un nouveau gouvernement est constitué par le FPR qui s'inspire des accords de paix signés à Arusha. C'est le gouvernement de l'Unité nationale, prévu pour une période de transition seulement, avec comme principe premier le partage du pouvoir entre les différentes forces politiques. Pasteur Bizimungu est alors à la tête du pays.

Il apparaît comme urgent dans un premier temps de venir en aide le plus vite possible aux populations fragiles et meurtries. C'est la période où de très nombreuses ONG accourent au Rwanda. Alors que tous les conflits sont loin de s'être terminés, le travail est immense. Dans les camps d'exilés Hutu aux

¹⁸ DALLAIRE, Roméo, *J'ai serré la main au diable : La faillite de l'humanitaire au Rwanda*, éd. Libre Expression, Octobre 2003

¹⁹ BRAECKMANN, Colette, *La France au Rwanda : Exercice d'autodéfense*, in *Le Soir*, 21 Janvier 2006

frontières du pays par exemple, le désordre règne et d'anciens miliciens tentent de se rassembler, mettant ainsi sous pression les troupes du nouveau gouvernement. Aujourd'hui encore la guerre du Kivu sévit dans l'est de la République Démocratique du Congo (RDC). La province du Sud-Kivu, à la frontière avec le Rwanda, est à la merci de rebelles rwandais Hutu et de milices de l'armée congolaise. Viols, meurtres et actes de torture sont perpétrés chaque jour.²⁰

Le gouvernement de l'Unité nationale est très actif : il débute la réhabilitation des différentes infrastructures du pays. Après le chaos inimaginable que le Rwanda a connu, il était nécessaire de rebâtir un système politique fiable et durable. De nouveaux ministères sont créés et des commissions voient le jour. Bien sûr toutes les actions sont d'abord centrées sur la reconstruction et la prise en charge des rescapés.

En 2003, Paul Kagame est élu président de la République et lui aussi dirige fermement le pays. Le Rwanda est aujourd'hui un pays d'Afrique en plein essor, il se modernise et se reconstruit dans une optique du « plus jamais ça ». C'est par exemple le pays où la participation des femmes au pouvoir politique est une des plus fortes au monde²¹.

1.3.6 La reconstruction et la stabilisation du pays

Afin de reconstruire de manière durable le pays, plusieurs facteurs sont absolument nécessaires. En ce sens, il reste beaucoup de travail bien sûr mais on sent une volonté d'avancer, et de faire connaître le Rwanda au monde pour autre chose que les atrocités de 1994.

Après un premier temps de stupéfaction générale où il est seulement possible d'organiser les secours d'urgence, vient le moment de mettre en œuvre des projets à long terme. Sans pour autant faire une liste exhaustive de toutes les démarches menées, nous parlerons des plus pertinentes pour notre sujet.

- Une mesure significative est de rompre avec la culture de l'impunité trop longtemps pratiquée au Rwanda. Un réel besoin de justice se faisait sentir. Fin 1994, le Tribunal Pénal International pour le Rwanda (TPIR) est constitué par l'ONU afin de juger les personnes responsables d'actes de génocide. Les tribunaux nationaux sont également en train de juger certains coupables. En plus de cela, une expérience inédite est menée au Rwanda : les juridictions Gacaca. Basées sur les habitudes ancestrales des habitants d'une même colline de se réunir pour discuter des questions délicates, ces juridictions sont recrées pour permettre un accès à la vérité, à la justice et à la réparation²². En effet, il y a besoin non seulement de désengorger les prisons mais aussi de trouver une nouvelle forme de justice qui pourrait mieux répondre aux attentes de la population. Même si ces juridictions

²⁰ FORESTIER, Patrick, *Congo, un combat pour la vie*, Film avec Christine Schuler Deschryver, Festival International sur les Droits Humains, Genève, 13 mars 2007, C.f. Sources : entretiens et conférences, page 90

²¹ Voir à ce sujet le site officiel du Rwanda : www.gov.rw

²² *Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca*, Ministère de la santé - PNSM, Kigali, Mai 2004

comportent des défauts, on progresse dans le sens des processus tant souhaités de réconciliation et d'unité nationale.

- Les journées de commémoration et de deuil national organisées chaque année en avril, ont pour but de rappeler l'horreur des événements de 1994 et de célébrer la mémoire des victimes. Afin que personne n'oublie, que tous se rappellent et puissent agir en conséquence. Les avis sont partagés quant à l'ampleur donnée à ces journées. Certains les considèrent comme nécessaires pour avancer, pensant que ce n'est qu'en intégrant pleinement toute l'histoire du Rwanda et en parlant que l'on pourra reconstruire au long cours et éviter de répéter les erreurs du passé. D'autres en revanche ont l'idée qu'il faut se souvenir mais aussi tourner la page. Enfin, les derniers pensent qu'il faut oublier et résolument aller vers le futur sans se préoccuper du passé. Ces journées sont des périodes délicates pour les rescapés et leurs familles mais aussi pour chaque Rwandais que des souvenirs de massacres, des sentiments de peur et de douleur hantent encore.

- Bien que difficile au début, une des priorités du gouvernement est de réconcilier les Rwandais les uns avec les autres. Une commission est même dédiée spécialement à cette tâche : la Commission Nationale pour l'Unité et la Réconciliation (CNUR). Mais comment parvenir à une telle entente, connaissant le passé douloureux de chacun ? Peut-être faut-il attendre les générations futures, ou au contraire retourner chercher dans les rites et traditions ancestrales des éléments unificateurs. Peut-être aussi doit-on chercher à établir la vérité sur ce qui s'est vraiment passé et tout faire pour que justice soit rendue. Peut-être doit-on se souvenir. Peut-être doit-on faire preuve d'honnêteté et de sincérité en reconnaissant ses torts... Autant de pistes sur lesquelles réfléchit la CNUR.

Evidemment ce ne sont que des exemples et, dans tous les domaines, il a fallu reconstruire, repenser les choses, avoir de nouvelles idées, puiser des ressources dans le passé et consulter la population car rien de solide ne peut se bâtir sans elle. L'aide étrangère a aussi joué un grand rôle dans ces étapes, d'abord en proposant des projets puis, maintenant que l'économie du pays est viable, en finançant ceux que le gouvernement a intégrés dans ses programmes nationaux. Dans les domaines de l'économie, de la vie politique, de la santé, du retour au pays des réfugiés, de la paix et de la sécurité et dans bien d'autres encore, des programmes sont en cours.

Le travail accompli dans tous ces domaines mérite d'être reconnu à sa juste valeur. Et le dire est aussi un encouragement à persévérer car il reste beaucoup à faire pour panser les blessures d'un pays tout entier et pour faire renaître la confiance.

2. PROBLÉMATIQUE

L'écriture de la problématique de ce rapport revêt une importance capitale pour la compréhension des enjeux liés à la situation au Rwanda, après 1994.. En reprenant la structure du contexte historique, on peut aisément distinguer trois périodes :

- la période post-coloniale (1962-1994) et la guerre civile (1990-1994)
- le génocide (avril à mai 1994)
- la période postgénocide (1994- ...)

La période post-coloniale et la période post-génocide forment deux moments agités, de construction et destruction. Les troubles sont nombreux et propices aux anomalies sociales qui contribueront à la vulnérabilité du Rwanda en en faisant un terrain préparateur et renforçateur idéal de troubles mentaux.

La deuxième période, le génocide, rompt cette dynamique : c'est un événement soudain, extrêmement violent, à la portée symbolique. Une catastrophe très particulière allant marquer les esprits, s'imprimer dans la conscience des survivants et de leurs descendants.

Cette situation extrêmement complexe nous incite à avertir le lecteur : il ne sera pas possible de tenir compte de tous les paramètres pour rédiger cette problématique. En aucun cas nous n'aurons donc la prétention de pouvoir expliquer les caractéristiques et conséquences de la guerre et du génocide au Rwanda dans le détail : ce serait là un travail dépassant nos compétences. L'objectif est donc de donner un aperçu du problème et de démontrer sa place dans la santé publique.

Pour ce faire, une approche systémique²³ paraît la plus adéquate. En effet, l'étude des liens entre les différentes conséquences ne cesse de faire apparaître des mécanismes renforçateurs. Ceux-là permettent de brosser le tableau d'une société traumatisée.

Nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur la nécessité de lire ce chapitre en se référant constamment au schéma dépliant figurant en annexe (page 81). Ce fil rouge permettra de mieux suivre le cheminement conduisant à la présence d'un problème important de santé publique au Rwanda.

²³ Définition du systémisme : http://fr.wikipedia.org/wiki/Analyse_syst%C3%A9mique

2.1 Bouleversements communautaires

La première phase de ce travail d'identification de la problématique consiste évidemment à comprendre les bouleversements liés à cet état de fait. Pour cela, il convient de s'attarder sur la nature de la catastrophe, sur la fuite des repères et sur la perversion des moyens utilisés.

2.1.1 La guerre²⁴

La guerre est une catastrophe particulière, qui plus est la guerre civile. La guerre est le mécanisme ultime de destruction des productions de la communauté²⁵. De plus, elle détruit aussi les *moyens* de production de cette dernière. Elle tranche dans le tissu social, mettant ainsi à mal la cohésion sociale, déjà affaiblie par la période post-coloniale.

La guerre est marquée par trois caractéristiques importantes : la destruction des infrastructures sociétales, l'introduction de personnes vulnérables et les effets collatéraux.

▪ Destruction des infrastructures

La guerre détruit des individus mais aussi des infrastructures. La guerre civile est d'autant plus marquante que c'est la société qui a produit l'infrastructure qui la détruit. Elle empêche – ou du moins freine – ainsi ses capacités de réorganisation, de régénération et introduit du chaos supplémentaire dans une société. La destruction de ces infrastructures peut être intentionnelle ou collatérale.

On dénombre plusieurs types d'infrastructures. Les conséquences seront très différentes selon ces types, ce qui conduit à leur énumération.

Les infrastructures **matérielles** viennent tout d'abord à l'esprit. Il s'agit ici des bâtiments, logements, commerces et artisanats. Le secteur secondaire de la société est principalement touché. Le secteur primaire, plus décentralisé, peut continuer à fonctionner mais souffre malgré tout du problème de l'acheminement des matières agraires. De nombreux logements sont abandonnés et d'autres détruits. Les conséquences sont aisément prédictibles : famines, personnes sans abris, etc.

Deuxièmement, la destruction des infrastructures **sanitaires** passe par l'anéantissement des locaux (hôpitaux) mais aussi du personnel de soins. A l'Hôpital Neuro-Psychiatrique de Ndera, patients comme infirmiers ont été massacrés durant les événements de 1994. Ces massacres empêchent alors la prise en charge des blessés de guerre et des patients habituels.

Le troisième type d'infrastructures détruites est le domaine **juridique**. La désertion des cours de justice, leur destruction et les meurtres de juges, jurés et autres membres du personnel juridique augmente encore le chaos. La Justice, garante de l'ordre social, n'est plus rendue alors que de plus en plus d'actes criminels sévissent au sein de la société rwandaise. Cet élément est considéré comme tellement important qu'il fera partie des programmes prioritaires de reconstruction par le nouveau gouvernement, dès juillet 1994.

²⁴ PERRIN, P., *Protecting the victims in armed conflicts*, in *War and Public Health*, Comité International de la Croix-Rouge, Genève, 1996, p.383

²⁵ Entretien avec S. Gasibirege, Kigali, lundi 16 juillet 2007

Quatrièmement, la dévastation des structures **éducatives**. La fermeture des écoles et le massacre de maîtres d'écoles, d'élèves et d'étudiants a des conséquences importantes sur le long terme. De plus, sur le court terme, des massacres entre élèves, sous l'incitation de leur(s) professeur(s), ont été recensés. Les enfants et jeunes sont ici directement touchés, potentiellement traumatisés dans un lieu dévoué traditionnellement à l'enseignement et à l'éducation.

Souvent oubliée, l'infrastructure **civile** a été également très endommagée au Rwanda. On entend infrastructures civiles lorsque l'on parle des registres de population, de l'établissement des actes de décès et d'enterrement, de mariage et de tout autre acte de juridiction civile. Préservée dans un premier temps car très utilisée dans le cadre du génocide, la chaîne administrative civile se voit ensuite désagrégée. Les informations de base (identité, état-civil, familles) manquent. Les conséquences directes en sont une perte des repères et des troubles du travail de deuil.

Enfin, le tableau ne serait pas complet sans parler des infrastructures **religieuses**. Là encore, troubles du deuil et perte des repères résultent de la destruction des infrastructures religieuses : de nombreux prêtres et pasteurs ont été évacués ou sont morts pendant le génocide tandis que certains d'entre eux ont directement participé aux événements. Ces institutions de paix, de refuge, ont été détruites et avec eux les rituels nécessaires au processus de deuil.

▪ **Introduction de populations vulnérables**

Deuxième bouleversement majeur du à la guerre, l'introduction de populations vulnérables au sein de la société rwandaise. Il s'agit principalement des orphelins, des réfugiés revenus (ainsi que des personnes déplacées, terme utilisé pour parler de personnes s'étant réfugiées dans d'autres parties de leur propre pays) et des nombreux mutilés de la guerre.

• **Orphelins**

Selon un rapport de l'UNICEF, on estime à 200'000²⁶ le nombre d'orphelins de la guerre. De plus, 640'000 enfants ont été sévèrement affectés par les événements de 1994. Enfin, 2,5 millions d'enfants ont été témoins d'événements directement traumatisants. Ces chiffres impressionnants se retrouvent ensuite dans les rapports consacrés aux pathologies mentales des enfants victimes de la guerre (voir ci-après). Une partie importante de ces enfants a été prise en charge par des orphelinats. De plus, un élan de solidarité nationale a conduit à leur adoption en masse dans des familles d'accueil.

• **Réfugiés**

Qu'ils aient fuit le génocide ou l'avancée du Front Patriotique Rwandais, de nombreux Rwandais sont partis en exil puis, pour certains, sont revenus. Ces centaines de milliers de personnes déplacées ont retrouvé leur logement en ruines ou habité par d'autres. Rien qu'en RDC et en Tanzanie, on comptait 1'700'000²⁷ réfugiés rwandais.

²⁶ *Journées de réflexion sur la santé mentale*, participation de l'UNICEF, Ministère de la santé – Médecins du Monde, Kigali, 7-10 novembre 2000

²⁷ AUBRY, Jean-Michel, et al., *Rwanda : reconstruire, accompagner, former*, in *Santé mentale*, n°107, avril 2006, p.10

- **Mutilés**

La guerre produit son lot de mutilés. La prise en charge de ces individus reste un enjeu majeur mais paraît facilitée par la visibilité de leur handicap.

- **Effets collatéraux**

Enfin, la guerre a de nombreux effets collatéraux. Autrement dit, des conséquences non souhaitées, accompagnant les combats : famines et maladies mais aussi hausse des migrations, déplacements en masse et éclatement de la société rwandaise en une diaspora internationale qui menace le principe même de communauté.

2.1.2 Le génocide

En matière de victimologie, le génocide a une place toute particulière. Ses caractéristiques sont importantes, tout comme ses conséquences sur la communauté²⁸.

- **Importance de l'ethnie**

Le génocide est caractérisé par la destruction intentionnelle d'un groupe humain. Le droit international humanitaire retient trois facteurs cumulatifs :

- le groupe visé est un groupe national, ethnique, social ou religieux
- l'appartenance à ce groupe est la cause des meurtres
- il y a évidence de planification des meurtres

Il s'agit donc le plus souvent d'un crime d'Etat, où l'Etat lui-même consacre ses moyens (police, bureaucratie, propagande) à la planification et l'exécution du génocide.

Dans ce cadre, la victime est détruite car faisant partie du groupe ciblé. La victime cesse d'être unique : le groupe lui-même, à travers les individus qui le compose, est la véritable cible. On s'attaque donc à l'identité de la victime : la victime n'a rien *fait*, elle *est* simplement. On perçoit à travers ce raisonnement toute la difficulté de compréhension de l'acte pour la victime qui, au demeurant, n'a même pas choisi d'*être*. L'identité est ainsi largement bouleversée.

- **Le génocide : une attaque de la filiation**

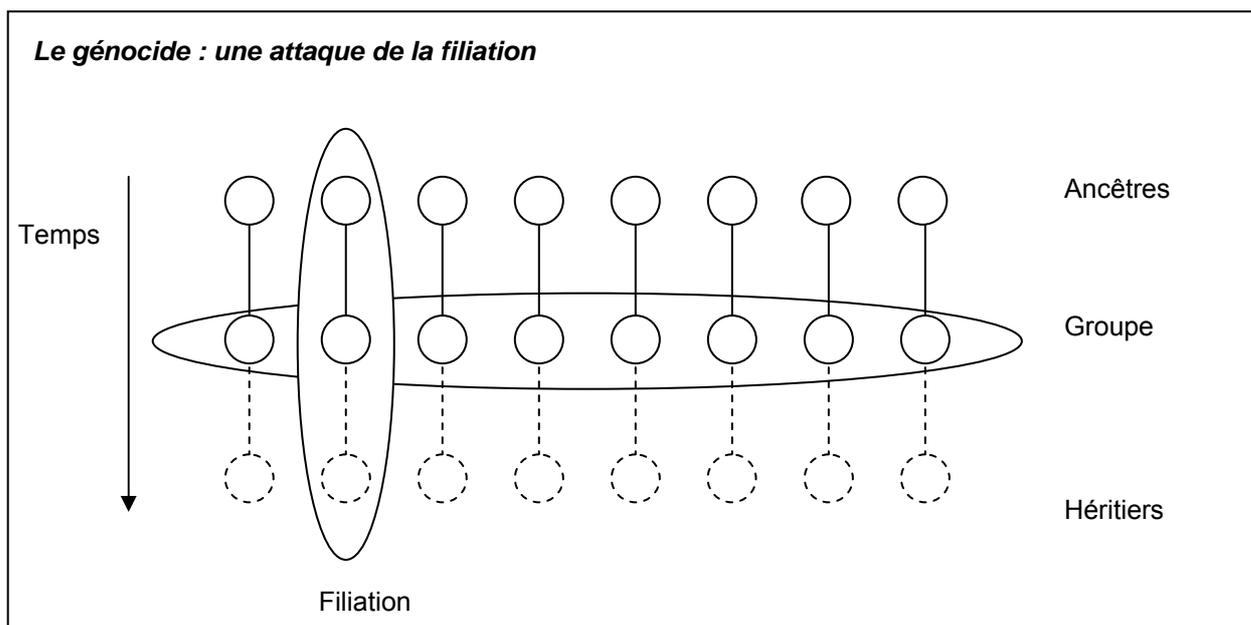
Plus loin dans la portée symbolique, il est important de remarquer que le génocide s'inscrit dans un acte durable de disparition du groupe. Il s'agit normalement d'une action de longue durée, réfléchie et réglée (voire industrialisée dans certains cas).

Les enfants sont particulièrement ciblés : ils représentent en effet la capacité du groupe à se reconstituer. Leur massacre est donc clairement planifié.

Cet acte durable n'est compréhensible que lorsqu'on considère le génocide comme une attaque de la filiation. Il ne s'agit pas d'un crime transversal simple au sein d'une communauté. En réalité, l'aspect

²⁸ AUDET, Jean, KATZ, Jean-François, *Précis de victimologie générale*, éd. Dunod, Paris, 1999

transversal n'a de sens que pour mieux bloquer la transmission héréditaire (verticale) de l'appartenance au groupe. Un schéma simple est ici fort éloquent.



▪ **Tuerie par idéologie et planification**

Comprendre le pourquoi d'un génocide se révèle une question épineuse mais essentielle. En effet, la compréhension d'un événement, d'une catastrophe ainsi que son explication sont des stades essentiels dans le processus de résilience d'un individu et d'une communauté. Si le sens de l'événement est imperceptible alors le processus s'en trouve menacé.

L'idéologie, système de pensée et de rejet des autres pensées, a plusieurs caractéristiques :

- elle a la prétention de tout expliquer
- elle est réfractaire à toute expérience
- elle est construite à partir d'une hypothèse de départ, immuable

A travers ses caractéristiques, l'idéologie veut convaincre qu'il existe un sens au génocide. Dans ce cas, le mobile est le triomphe de l'idéologie. Les grands idéologues²⁹ ne font jamais défaut à la construction d'un génocide. En témoigne le nombre de corps retrouvés dans le fleuve Nyarabongo, fait trouvant écho dans les déclarations d'un des principaux idéologues du génocide rwandais incitant à jeter les Tutsi dans ce fleuve afin qu'il les charrie hors du Rwanda.

Cependant, ce sens aveuglant n'est réaliste que pour le bourreau. Cette situation diabolique transforme l'homme normal : la conscience individuelle disparaît derrière la raison idéologique. Cette dernière est alors une arme terrifiante : elle canalise la capacité de destruction des bourreaux, les fidélisant derrière une cause fantôme, les soumettant tout entier à l'autorité, tout en gardant la victime dans un état de non-sens, d'irréalité, état qui contribue à son anéantissement.

Importance de l'ethnie, attaque de la filiation, mobile idéologique : on le voit donc, le génocide est une entreprise de très haute portée symbolique : il est alors aisé de comprendre que ses caractéristiques viendront s'ajouter à celles de la guerre, amplifiant alors les bouleversements.

²⁹ à l'image de Grégoire Kayibanda, auteur du Manifeste des Bahutu, paru le 4 mai 1958

2.1.3 La destruction et l'inversion des repères

En plus des bouleversements évidents induits par des phénomènes aussi brutaux que la guerre et le génocide, il convient de s'interroger sur une série de particularités du génocide rwandais. Ces particularités sont toutes susceptibles de contribuer à l'absence de sens des événements de 1994. Cette contribution a lieu principalement grâce à une destruction – voire une inversion – des repères conventionnels sociaux.

▪ **Protection/destruction par l'Etat**

L'Etat est un facteur clé d'organisation sociale. Son rôle de protection est délégué à deux corps constituants traditionnels : l'armée et la police.

Dans le cas présent, l'Etat rwandais de 1994 possède plusieurs caractéristiques le rapprochant d'une forme de totalitarisme au sens que lui donne Hannah Arendt³⁰. On distingue notamment une police poussée à l'élitisme. L'armée et la police sont alors instrumentalisées et placées sous le joug de l'idéologie. Dès lors, ces deux entités deviennent les deux corps exécutants fondamentaux des décideurs du génocide. Leur implication est tantôt directe, tantôt indirecte : de nombreux jeunes participants des Interahamwe, milice paramilitaire rappelant les SA nazies, ont été entraînés par l'armée.

Parallèlement, l'utilisation de la bureaucratie est une condition sine qua non pour la mise en œuvre efficace de tout projet génocidaire et le Rwanda n'échappe pas à cette règle. En effet, l'outil bureaucratique a été d'une importance majeure dans la planification du génocide, à travers notamment le recensement des Tutsi et l'inscription de l'ethnie dans leur carte d'identité.

Bureaucratie, armée, police : trois outils de protection et d'organisation sociales ici détournés pour servir le génocide. La main qui protège devient celle qui blesse, qui tue. Conséquence : il n'existe plus aucun moyen de protection pour la population-cible. Aucun autre espoir qu'une intervention internationale ou qu'une victoire d'un contre-pouvoir « rebelle » ne peut exister, l'Etat protecteur étant devenu l'Etat agresseur.

▪ **Ressemblances/différences ethniques**

Un deuxième exemple d'inversion des repères est celui de l'ethnicité. Pendant des dizaines d'années, sur instigation des colons belges puis du gouvernement hutu en place, une distinction nette a été placée entre Tutsi et Hutu. Cette différence, entretenue par une justification historique aux bases très contestées (le mythe hamitique notamment), a pris de l'importance jusqu'en 1994. La plupart des génocides sont marqués en effet par des signes précurseurs.

On distingue le plus souvent, chronologiquement :

- 1° le langage de la marginalisation et de l'exclusion
- 2° la privation des droits civiques
- 3° les mesures de ségrégation
- 4° l'expulsion, la confiscation des biens

³⁰ ARENDT, Hannah, *Les origines du totalitarisme (tome II) : le système totalitaire*, éd. Seuil, Paris, 1972

- 5° l'exclusion, la persécution
- 6° la déportation, l'emprisonnement
- 7° l'extermination en masse

Ces mesures en crescendo marquent clairement une aggravation du fossé entre Hutu et Tutsi, aggravation décidée par le gouvernement. On insiste donc sur l'étiquette ethnique collée à chaque individu et, parallèlement, on multiplie les recherches et résultats prouvant l'hégémonie d'une ethnie sur l'autre et la juste revanche de cette dernière. Ceci a pour effet l'impression à vie de l'appartenance à l'ethnie. Le paroxysme de cette marginalisation est évidemment le génocide de 1994.

Par la suite, après 1994, le gouvernement d'union nationale exerce une politique de réconciliation marquée notamment par la réunion des ethnies en une nation : le Rwanda. Cette idée logique a cependant une conséquence : celle de nier l'importance de l'appartenance ethnique. Dans l'esprit populaire, la confusion peut alors s'immiscer : « suis-je Tutsi ou Hutu ? Ceci a-t-il encore un sens ? » L'extrême est facilement imaginable : de nombreux enfants issus des viols entre Tutsi et Hutu sont aujourd'hui répudiés par les deux ethnies et souffrent alors d'un problème identitaire important.

▪ **Fuite/promiscuité coupables-victimes**

Le troisième facteur d'inversion des repères est des plus importants : il s'agit clairement de la modification des distances entre le bourreau et la victime. La distance bourreau-victime peut être étudiée à trois moments différents :

- 1) avant 1994, la proximité est importante. Tutsis et Hutus sont souvent proches malgré certains fiefs marqués par une nette majorité d'une des deux ethnies. Dans les agglomérations cependant, on trouve des voisins à l'appartenance ethnique différente. Pendant le génocide, la proximité est d'autant plus frappante que c'est justement entre voisins que les tueries ont souvent lieu.
- 2) pendant l'année 1994, peu après le génocide, de nombreux Hutus fuient par peur de représailles ou, pour les coupables, par peur d'être jugés. La distance est alors importante.
- 3) un retour s'amorce alors petit à petit : les Hutus reviennent de nombreux camps de réfugiés alors que la diaspora Tutsi, enfuie depuis de nombreuses années à l'étranger, choisit aussi parfois le retour au pays. La distance redevient courte alors que de nombreux problèmes sont à déplorer : occupations de foyer, exploitations illégitimes de terres cultivables, etc. De plus, certaines victimes retrouvent leur(s) bourreau(x). La violence qui en résulte dure encore jusqu'à ce jour : vengeance, réappropriation de biens, assassinats de témoins gênants, etc.

Conclusion : cette modification constante de la distance bourreau-victime, variant entre éloignement maximale et proximité intime (voisinage) détruit clairement certains repères sociaux.

▪ **La justification sanitaire du génocide**

Le dernier facteur d'inversion est aussi lié à cette distance bourreau-victime : le meurtre est utilisé pour guérir d'une maladie contagieuse. C'est là un point que l'on retrouve de façon régulière dans le discours d'incitation au génocide. Cet acte ultime est en effet justifié par un souci d'hygiène publique. A ce titre, les mots utilisés par les organes de propagande du gouvernement (Radio Télévision des Mille Collines en particulier) sont particulièrement démonstratifs : les Tutsi sont traités d' « inyenzi », cafards. Il convient donc de se débarrasser des cafards pour éviter qu'ils ne contaminent le reste de la population.

Cette justification permet l'accentuation de la distance mentale bourreau-victime et facilite le passage à l'acte.

2.1.4 La perversion des moyens

La perversion des moyens marque une immense différence entre le génocide rwandais et d'autres génocides. Dans le cas du Rwanda, la *façon* dont a été commise le génocide revêt un caractère particulièrement pervers. On n'imagine pas qu'il puisse exister un génocide « propre » au sein de l'Histoire mais celui du Rwanda voit clairement la cruauté, le viol et le massacre consacrés au d'instruments de guerre. Plusieurs aspects font du génocide rwandais un événement très particulier dans l'Histoire de l'humanité.

▪ **Cruauté des crimes**

Le premier fait qui vient à l'esprit est bien évidemment la cruauté des actes commis. De nombreux crimes de guerre ont été recensés : massacres, actes de torture extrêmes, mutilations sexuelles et autres viols. Des scénarios très précis, véritable théâtre sanglant, ont été mis en place par certains groupes de tueurs.

Devant l'horreur extrême, la tentation de dépersonnalisation est grande : plusieurs sources parlent de diabolisme, de possession des tueurs « qui n'étaient plus eux-mêmes ». Le livre du lieutenant général Roméo Dallaire, alors commandant en chef de la Mission des Nations Unies pour le Rwanda (MINUAR) ne s'intitule-t-il pas « J'ai serré la main du diable » ?

La cruauté ajoute encore une confusion dans la recherche d'un sens au génocide. Cette donnée potentialise encore les bouleversements et donne aux scènes auxquelles les survivants ont assisté un aspect extrêmement violent. Une violence qui figure parmi les traits principaux des traumatismes à venir.

▪ **Absence d'industrialisation, de distanciation bourreau-victime**

Dans la plupart des génocides commis dans l'Histoire, et particulièrement dans le génocide nazi, on dénote une caractéristique importante : l'industrialisation du meurtre de masse. Cette caractéristique,

censée être permanente selon certains auteurs³¹, ne se retrouve pas dans le cas du Rwanda. Il n'y a aucun effort technologique afin d'augmenter la distance entre bourreau et victime. Cet effort est surtout intellectuel (justification sanitaire par exemple, voir paragraphe précédent). La conséquence est claire : la proximité entre le bourreau et la victime pendant ce temps du génocide est maximale. Le tueur assassine réellement, arme à la main, sans appuyer sur le bouton d'une chambre à gaz. La violence est « à portée de main », directe, immédiate et toujours présente.

▪ **Armes blanches artisanales**

Suite logique de l'absence d'industrialisation, la tuerie a lieu avec des armes sommaires. Armes à feu pour les forces régulières ou exceptionnellement armées, armes blanches pour les autres. De gigantesques caches d'armes avaient été préparées, contenant des dizaines de milliers de machettes (dont un grand nombre importées de Chine). D'autres armes blanches, plus artisanales (la machette n'a été importée au Rwanda qu'au début du XXème siècle), furent aussi utilisées. L'ampleur de la violence planifiée nécessitait un armement massif de toutes les classes de la population. La machette représente une arme peu coûteuse. A ce titre, son utilisation importante lors du génocide implique une violence extrême et tout à fait directe. Encore une fois, la distance bourreau-victime est réduite physiquement et le caractère de l'arme permet des actes d'une cruauté absolue.

▪ **Viols collectifs et transmission du VIH**

La situation actuelle au Congo est jugée alarmante par l'ONU et de nombreuses ONG. Les mouvements armés terrorisant la région du Sud-Kivu, à l'Ouest du Rwanda et issus pour certains de réfugiés Hutus génocidaires utilisent le viol comme arme de guerre³². Il s'agit d'un crime de guerre supplémentaire au sens du droit international humanitaire, qui a eu lieu de façon massive au Rwanda durant les événements de 1994. Le viol était alors commis avant, pendant ou même après le meurtre. Les femmes ont particulièrement souffert de cette arme, utilisée dans plusieurs buts :

- punition : certaines femmes Hutu dites modérées étaient punies pour s'être mariées et/ou avoir eu des enfants avec des Tutsi. Sans les tuer, le viol était alors utilisé comme punition et « retour forcé vers le bon chemin », celui de l'héritage hutu.
- génocide : en violant certaines femmes Tutsi, les criminels cherchaient à noyer l'héritage tutsi. Les conséquences sont tristes : de nombreux enfants sans attache identitaire, reniés très souvent par les deux parties.
- stigmatisation : la signification du viol au Rwanda mérite d'être relevée. Dans la culture rwandaise, le viol est un sévice particulièrement déshonorant pour la victime. Celle-ci est alors stigmatisée. Le viol possède alors une connotation d'exclusion sociale.
- transmission du VIH/SIDA : de nombreux témoignages, relayés par plusieurs sources, relatent des viols commis dans le but de transmettre le VIH. Selon un rapport du Ministère de

³¹ LIFTON, R. (1987), cité par : AUDET, Jean, KATZ, Jean-François, *Précis de victimologie générale*, chapitre « génocide », Op. cit.

³² Festival International sur les Droits Humains, Genève, 13 mars 2006. Sources : entretiens et conférences, page 90

la santé, 60% des victimes de viol l'ont été délibérément par des bourreaux infectés du VIH³³. Malgré l'absence de sources corroborant ce chiffre, le nombre de documents sur ce sujet nous incite à relever ce fait. Il en va de même pour l'utilisation du sang contaminé imprégné sur les armes blanches des génocidaires et servant à mutiler plusieurs victimes de suite.

- destruction de la cellule familiale : de nombreux viols ont été commis devant des témoins afin de détruire les liens sociaux, en particulier familiaux. De même, les génocidaires ont parfois obligé des victimes à violer d'autres victimes, appartenant souvent à la même famille. Les conséquences traumatiques de tels faits paraissent évidentes.

Ce sujet est bien sûr très complexe : les bourreaux avaient-ils ces idées en tête lorsqu'ils commettaient ces actes ? Laisaient-ils simplement aller leurs pulsions ? Si l'on peut douter de ce fait au niveau des exécutants, il paraît évident que les idéologues et incitateurs du génocide avaient par contre une idée très claire sur la question. Les multiples incitations au viol et à la destruction de l'appareil génital féminin se retrouvent clairement dans l'idéologie de la suprématie Hutu³⁴.

▪ **Désacralisation des lieux de refuge traditionnel : églises et hôpitaux**

En général, les églises et les hôpitaux, de par leur but spirituel ou sanitaire, ont souvent été épargnés dans les guerres secouant l'humanité. Il s'agit communément d'un lieu d'asile inviolable. Les hôpitaux, lieux de soins, sont aussi protégés, cette fois-ci légalement par le droit international humanitaire, et ce d'autant plus lorsqu'ils arborent des emblèmes reconnus (Croix-Rouge, Croissant-Rouge, Losange rouge...).

Dans le cas du Rwanda, force est de constater le non-respect systématique de cette tradition. De nombreux massacres ont eu lieu dans des églises et des hôpitaux. Massacres d'autant plus importants qu'un grand nombre de personnes venait y trouver refuge, convaincus du caractère inviolable du lieu. L'église Sainte-Famille à Kigali, l'église de Nyamata (dont les photos ont fait le tour du monde) et même l'Hôpital Neuropsychiatrique de Ndera ont connu des massacres. Le cas de Ndera se distingue par le fait que tous les patients, quelle que soit leur appartenance ethnique, ont été massacrés.

La désacralisation de ces lieux de refuge augmente encore le sentiment de non-sens de l'événement : il n'y a aucun endroit sûr, même les repères habituels sont détruits. L'église et l'hôpital, en tant que lieux, mais aussi en tant qu'entités perdent leur nature de lieu de refuge. En effet, des médecins et des hommes d'Eglise ont été reconnus coupables d'incitation au génocide et furent, pour certains, en première ligne aux côtés des génocidaires. On conçoit facilement que la participation de soignants et de membre du clergé aux massacres accentue encore à la perte des repères.

▪ **Trahisons familiales**

Dernier aspect important de la perversion des moyens : l'implication de la famille. De nombreuses atrocités intra-familiales ont eu lieu. Dans la plupart des cas, il s'agissait pour certains membres de la

³³ KAYITESHONGA, Y., HUART, N., *Contexte*, in *Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca*, Op. cit.

³⁴ *La violence contre les femmes comme un acte de génocide bien planifié*, in *Etude sur les violences faites aux femmes au Rwanda*, AVEGA, Kigali, Décembre 1999

famille de profiter de la situation chaotique de 1994 pour résoudre à leur manière les conflits familiaux. Ce fait est appuyé par de nombreux témoignages directs. Dans ces cas, c'est par exemple la situation de mariages mixtes Hutu-Tutsi désapprouvés par des cousins plus ou moins éloignés qui est à relever.

Ces bouleversements familiaux ont plusieurs conséquences : la désagrégation des liens familiaux, la décomposition des familles (orphelins, enfants chefs de famille, etc.) et de nombreux problèmes d'identité. En bref, le démantèlement systématique de la famille nucléaire traditionnelle³⁵.



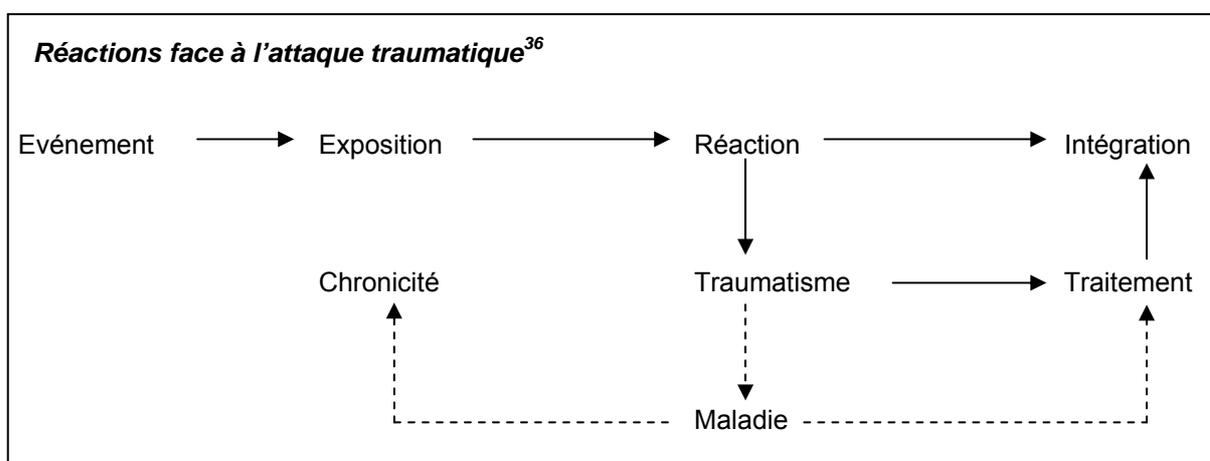
Mémorial de Nyamata, 03.07.07

³⁵ *Plan stratégique du secteur santé 2005-2009 – Santé mentale*, Ministère de la santé, Kigali

2.2 Traumatismes

Ce passage en revue des principaux bouleversements de la société rwandaise durant 1994 permet d'imaginer les conséquences. La guerre, le génocide, l'inversion du sens et la perversion des moyens ont brisé les repères essentiels, déstructuré la société et touché de plein fouet ses capacités de production et de régénération. On en arrive donc à la formation d'un terreau favorisant l'apparition de nombreux traumatismes. L'étude de ces traumatismes permet de distinguer trois niveaux : individuel, familial et communautaire.

Il est important ici de rappeler le schéma traumatique, lequel est au centre de notre étude. Ce schéma forme le lien entre les événements du génocide et la suspicion de prévalence élevée du traumatisme psychique au sein de la société rwandaise.



L'événement lui-même, par la destruction de nombreuses structures sociales et institutionnelles, amoindrit considérablement les possibilités de traitement. Dès lors, on verra que de nombreux Rwandais vivant avec un traumatisme développeront ensuite des pathologies mentales graves qui évolueront elles-mêmes vers la chronicité. « Certains syndromes s'éteignent spontanément. D'autres s'éternisent jusqu'à la mort du patient »³⁷. L'accès aux soins fait l'objet d'un chapitre particulier décrit plus loin dans ce travail.

On s'attachera ici à décrire les trois types de traumatismes et leur nature. Il conviendra d'étudier ensuite les mécanismes renforçateurs.

2.2.1 Le traumatisme individuel

Les traumatismes individuels sont les conséquences les plus logiques et visibles des bouleversements. Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge, ils évoluent directement vers des pathologies mentales individuelles, comme le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) dont l'exposition à la violence est le déclencheur principal.

³⁶ *Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca*, Op. cit.

³⁷ CROCQ, L., *Les traumatismes psychiques et la guerre*, éd Odile Jacob, Paris, 1999, p. 148

▪ Exposition à la violence

L'exposition à la violence est un des rares facteurs où de nombreuses statistiques ont été récoltées. Elles permettent de prouver l'ampleur du problème. Sur 30 patients de l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera, 70% ont vécu l'insécurité, la privation, l'absence de refuge alors que 30% ont été spectateurs impuissants de scènes terribles et auditeurs de cris d'horreur ne s'arrêtant qu'à la mort de la victime. Enfin, 81% ont été battus sauvagement et ont pensé à la mort. L'évocation de la menace de mort imminente est en elle-même un phénomène traumatique.

Les enfants sont évidemment particulièrement touchés. Deux études de l'UNICEF peuvent être citées :

- 1) Drygenov et al. ont interrogé 3030 enfants de 8 à 19 ans, 13 mois après le génocide, dans 11 provinces.
 - 90,3% ont pensé qu'ils allaient mourir
 - 79,7% ont entendu une personne se faire tuer ou blesser
 - 79,1% ont entendu une personne crier à l'aide
 - 69,8% ont vu une personne se faire tuer ou blesser
- 2) Une autre étude de l'UNICEF, non publiée³⁸, mesurant le taux d'exposition dans 6 provinces sur un échantillon non déterminé relate :
 - 95% ont expérimenté la violence
 - 88% ont cru qu'ils allaient mourir par coup de machette
 - 80% ont dû se cacher pour se protéger
 - 79% ont perdu un ou plusieurs membres de leur famille
 - 69% ont vu des personnes se faire tuer ou blesser
 - 61% ont été menacés d'être tué
 - 57% ont vu des morts ou restes de morts
 - 51% ont assisté à des massacres

L'exposition à la violence est le déclencheur principal du traumatisme, les autres facteurs étant surtout des renforceurs.

▪ Perte de confiance en soi, en les autres

Avant de commencer ce chapitre, citons un psychologue rwandais : « les personnes emportées dans ces circonstances ne sont pas mortes de maladie ni de simple accident, elles ont été tuées par d'autres êtres humains. Ceux qui les ont assassinées ne sont pas des étrangers venus d'ailleurs, ce sont des membres de la même société, des voisins, des amis, des camarades d'école et de travail, des fidèles de la même Eglise, des responsables chargés de les diriger et de les protéger...même des parents. Il s'agit des personnes appartenant aux mêmes communautés.³⁹ »

On est en face d'une caractéristique extrêmement importante du génocide rwandais.

³⁸ MISAGO, C. N., *PNSM : Aspects épidémiologiques*, Ministère de la santé, Kigali, ?

³⁹ GASIBIREGE, Simon, *Approche de la prévention en santé mentale* in *Journées de réflexion sur la santé mentale*, Op. cit., p.114

En d'autres termes, les criminels sont trop souvent des voisins. Des personnes côtoyées tous les jours dans différents milieux sociaux. Une transformation complète s'est produite : la cruauté est venue de celui qui aide, sauve ; le cousin, un membre de la famille, un collègue, un camarade, un voisin. Si ceux vers qui on se réfugie sont les coupables, alors vers qui se réfugier ? Et si l'on survit, comment considérer l'Autre ?

Cette situation a des répercussions communautaires évidentes mais aussi individuelles : on assiste à une perte de confiance en soi comme en les autres. L'Autre prend une dimension diabolique.

▪ **Culpabilité du survivant**

Un sentiment domine bien souvent le témoignage des rescapés du génocide. « Pourquoi ai-je survécu ? ». De nombreux Rwandais se dévalorisent, se sentent coupables d'avoir survécu. Ce trait est typique d'un traumatisme important : on le retrouve dans de nombreuses catastrophes impliquant la mort de personnes proches.

▪ **Troubles du deuil, du processus de deuil**

« Le respect des usages funéraires traditionnels dans la disposition des cadavres d'une catastrophe (...) et ce malgré leur nombre, contribuera à résorber le désordre créé par cette dernière (...). »⁴⁰ « Ce sera précisément la fonction des rites funéraires que de remettre de l'ordre dans un groupe social donné en assignant une place nouvelle au défunt (...). »⁴¹

Or, une grande partie des victimes du génocide a simplement disparu. En l'absence de corps, ou tout du moins de possibilité d'identification des victimes, le deuil ne peut être correctement conduit. Malgré un travail important des équipes forensiques oeuvrant dans le domaine « *Disaster Victims Identification* », certains corps, certains morceaux de corps humains n'auront jamais de nom.

Parallèlement, quand bien même les victimes sont connues, la guerre a – on l'a vu précédemment – détruit les infrastructures religieuses et civiles permettant d'accompagner le deuil et de le ritualiser.

L'absence d'infrastructures de rites et la disparition des corps empêchent un deuil sain. Le deuil devient pathologique : de nombreux problèmes mentaux font appel aux défunts revenant d'outre-tombe, notamment sous forme de reviviscence onirique⁴². D'un point de vue ethnopsychiatrique, on ne peut s'empêcher de citer l'importance de la culture locale à ce sujet : la figure des « Abazimu », ces morts mal enterrés par les vivants et qui reviennent les hanter, personnalise bien ce trouble.

Au Service de Consultations Psychosociales, sur 120 cas entre 18 et 40 ans, une recherche de Jean-Damascène Iyamuremye indique que 100% des patients ont expérimenté des problèmes liés au deuil.

▪ **Perte de l'identité**

Les bouleversements vus précédemment induisent un trouble de l'identité aisément imaginable.

⁴⁰ DUCOR, J., *Asie : le pragmatisme face à l'impertinence*, in DELECRAZ, C., DURUSSEL, L., *Scénario Catastrophe*, coll. Tabou, éd. Infolio – MEG, Genève, 2007, p.134

⁴¹ *ibid.* p.134

⁴² IONESCU, S., RUTEMBESA, E., NTETE, J.-M., *Effets post-traumatiques du génocide rwandais*, in *Psychopathologies et société*, éd. Vuibert, Paris, 2006, p.81

L'absence de sens, l'aspect irréel des massacres de 1994 et surtout les problèmes ethniques ont induit un trouble de l'identité. L'apogée de ce non-sens se situe bien sûr chez les enfants nés de père et mère d'ethnies différentes. Le trouble identitaire est d'autant plus grave que de nombreux repères ont été aussi perdus. Il en va ainsi de la décision gouvernementale de renommer plusieurs lieux géographiques du Rwanda. D'un point de vue de santé mentale, cette décision est discutable.

Plus loin encore, la perte d'identité touche la mort même du sujet. Certaines personnes se sont réfugiées sous des cadavres pour échapper à leur poursuivant. Sont-elles mortes ou vivantes ? On imagine toute la portée traumatique d'un tel questionnement.

▪ **Perte d'initiative**

De nombreuses sources citent comme conséquence des bouleversements une perte d'initiative individuelle. On parle même d'un frein à la projection dans l'avenir et à l'investissement⁴³. Le rapport avec le concept de temps figé, phénomène récurrent dans l'anthropologie des catastrophes⁴⁴, est évident. On peut parler de sidération psychique suite à l'exposition à la violence. De nombreux Rwandais sont restés bloqués sur l'événement violent. Cette absence d'investissement est susceptible d'atteindre la productivité individuelle.

2.2.2 Le traumatisme familial

Deuxième niveau de traumatisme : la famille. Il s'agit de la conséquence principale du bouleversement de la plus petite cellule communautaire de la société. L'effet des meurtres intrafamiliaux, des nombreux orphelins laissés pour compte, des viols et des trahisons familiales est un mécanisme en deux temps : décomposition puis reconstitution des familles.

▪ **Décomposition des familles**

En premier lieu vient l'éclatement de la famille nucléaire traditionnelle en raison des massacres. Dans l'étude de Drygenov et al., citons les chiffres suivants :

78,3% ont perdu un membre de leur famille

- dans 55,4% des cas, il s'agissait du père
- dans 45,3% des cas, il s'agissait de la mère
- dans 36,5% des cas, il s'agissait des deux parents

La fuite du génocide, dans les camps de réfugiés notamment, aboutit souvent à la séparation des familles malgré les efforts des organismes spécialisés (Haut Commissariat aux Réfugiés, Comité International de la Croix-Rouge) pour les rassembler. Cette tâche est rendue d'autant plus difficile que certains membres de la famille sont suspectés d'actes de génocide.

Il est intéressant de souligner les caractères physiques (séparation) et psychiques (désaccords,

⁴³ MISAGO, C. N., *PNSM : Aspects épidémiologiques*, Op. cit.

⁴⁴ DEBRAINE, L., *Les heures interrompues*, in DELECRAZ, C., DURUSSEL, L., *Scénario Catastrophe*, Op. cit.

conflits au sein de la famille) de cette attaque.

▪ **Violences intrafamiliales**

En continuité de l'éclatement de la cellule familiale, on observe l'importance des violences au sein de la famille. Les nombreuses violences intrafamiliales ont évidemment accru les problèmes chez les survivants d'un même noyau. La méfiance interindividuelle devient ici intrafamiliale. D'un autre côté, des actes de violence familiale restent à déplorer. Ainsi, selon Jeanne Mukamsoni, d'AVEGA (organisation de veuves du génocide), de nombreuses mères battent leur enfant ou le punissent sans proportion avec la faute commise. Dans plusieurs cas, l'enfant est issu d'un viol⁴⁵.

▪ **Transmission intergénérationnelle du traumatisme**

Cet aspect intrigant décrit par Nathalie Zajde⁴⁶ au sujet d'enfants des survivants des camps d'extermination nazis est aussi présent au Rwanda. Le postulat est que plusieurs enfants n'ayant pas vécu les événements de 1994 ont eux-mêmes été traumatisés par l'événement. Cette transmission intergénérationnelle du traumatisme est un mécanisme peu connu qui utiliserait notamment les tabous familiaux. On assiste ainsi à une transmission familiale de l'horreur⁴⁷.

▪ **Recomposition des familles : les enfants chefs de famille**

Dans un deuxième temps, un élan de solidarité nationale permet à de nombreux orphelins de retrouver des parents adoptifs, limitant ainsi la population des orphelinats. Dans d'autres cas, plusieurs enfants prennent la tête du foyer (65'000 enfants⁴⁸), devant nourrir leurs frères et sœurs. Malgré la tentation d'attribuer à ces actes une large portée bénéfique (notamment à travers la reconstitution des liens sociaux), il convient de signaler que cette reconstitution suivant la dénucléation familiale est aussi susceptible de créer de nombreux problèmes familiaux.

Ce souci est renforcé par les comportements de certains membres de la famille, souffrant eux-mêmes de traumatismes individuels.

La famille, normalement élément de résilience et de sécurisation, possède aussi une dimension délétère pour la santé mentale. Tout dépend de son caractère social. Une famille dite « saine » permet à l'individu bouleversé d'y trouver refuge. En revanche, si ce refuge devient lui-même bouleversé, il agit à son tour comme un mécanisme renforçateur. C'est là encore la preuve de la présence d'un paradoxe.

⁴⁵ *Enfants des viols*, in *Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca*, Op. Cit.

⁴⁶ ZADJE, N., *Souffle sur tous ces morts et qu'ils vivent !*, éd. Pensée sauvage, 1993

⁴⁷ RUTEMBESA, Eugène, *Santé mentale au regard des événements de 1994*, in *Journées de réflexion sur la santé mentale*, Op. cit.

⁴⁸ *Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca*, Op.Cit.

2.2.3 Le traumatisme communautaire

Dernier niveau, le traumatisme communautaire. Il s'agit ici d'une notion importante quoique souvent abstraite. La notion même de traumatisme, réservé le plus souvent au niveau individuel, semble pourtant de mise dans cette situation. En plus des individus, la société même a souffert du génocide.

- **La santé mentale communautaire rwandaise : un travail d'élagage au cours des décennies**

Selon S. Gasibirege, il s'agit du « processus de production d'un bien-être psycho-social dans une communauté. Ce processus vient de l'ensemble des actions entreprises pour consolider ce bien-être. Toute communauté produit de la santé mentale, comme son économie »⁴⁹. La communauté est ici vue comme l'ensemble du corps social, vivant avec ses productions fonctionnelles. Le but de ces fonctions est souvent de donner un sens à la mort, aux conflits. En bref, cette fonction, dite symbolique, façonne l'histoire de la communauté et permet de poser des repères.

Dans l'Histoire récente du Rwanda, force est de reconnaître l'existence d'un travail d'élagage violent de la société. Petit à petit, des événements humains ont détruit les productions fonctionnelles, notamment symboliques, liant les Rwandais. Ces événements tout à fait anthropiques prennent la forme des prémisses du génocide : ségrégation, exclusion, privation de liberté, injustices flagrantes, etc.

Ainsi, la santé mentale communautaire s'est considérablement détériorée systématisant ainsi l'exclusion sociale d'une ethnie et menant à une société de plus en plus pathologique. L'expérience historique a montré que la domination d'un groupe social sur l'autre n'est pas un mécanisme durable de survie. On appelle « maladie de communauté » cette pathologie fragilisante, véritable cancer de la société proliférant en crescendo jusqu'au paroxysme du génocide, acte de la rupture du tissu social.

- **Rupture du tissu social**

Le génocide marque en effet une véritable rupture du tissu social. Une onde de choc qui frappe encore la société rwandaise. C'est à ce moment, en quelques mois, que les liens sociaux se sont clairement rompus.

Fragilisé par la maladie communautaire, le tissu social s'est facilement rompu en 1994 sous les coups d'une violence déchaînée. De plus, il faut ajouter que ce n'est pas seulement le tissu lui-même mais aussi les mécanismes de production et de réparation qui ont été endommagés. Ce détail marque encore l'aspect vicieux de l'événement : en plus d'endommager, ce dernier limite la régénération sociale. Pragmatiquement, on peut citer la sidération de la communication, l'anéantissement des règles de droit (ainsi que ses mécanismes de coercition, détournés par le pouvoir pour produire de l'injustice, encore une inversion !) et la destruction des espaces de rencontre et de partage.

⁴⁹ GASIBIREGE, Simon, *Santé mentale communautaire*, in *Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca*, Op. Cit.

▪ **Perte d'appartenance à la communauté et de confiance, perte des repères**

Conséquence principale : un sentiment d'abandon communautaire. Les membres de la communauté se sentent seuls et perdent leur appartenance à un groupe social. L'absence des repères, détruits, le non-sens de la situation et le fait que la communauté elle-même voit ses moyens de production détournés pour « maintenir, construire la maladie » a un effet clair : les personnes ciblées se retranchent sur elles-mêmes. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de trouver des caractéristiques étonnantes dans la société rwandaise.

▪ **Conséquences communautaires**

Ces caractéristiques sont en effet des conséquences directes de ce sentiment de perte d'appartenance, d'isolement des individus. Une étude conduite d'avril à mai 2007 sous l'égide de la Banque Mondiale par le *World Value Survey*⁵⁰, dont les résultats n'ont pas encore été publiés montre les résultats suivants :

- une importante majorité de Rwandais recherche un sens à leur vie
- seul 5% de Rwandais disent être confiants en la société
- énormément de Rwandais, particulièrement dans la tranche d'âge des 35-44 ans refusent une « autre race » comme voisin
- la plupart des Rwandais ont une faible satisfaction de vie, même si l'on ôte les facteurs de revenus et d'éducation
- de nombreux Rwandais demandent une sécurisation extrême et ont confiance dans les institutions, surtout la police et l'armée.
- la religion est pratiquée à l'extrême. Cependant, les « nouvelles Eglises » et de nombreuses sectes recrutent une large part d'adeptes alors que les Eglises conventionnelles sont en net recul. Seul l'Islam se démarque avec de nombreux fidèles. L'approche religieuse dans la guérison du traumatisme attire de même de nombreuses personnes
- paradoxalement, les fidèles disent n'avoir confiance ni en leur prochain ni en l'Eglise. Par contre, ils prient et se rendent régulièrement aux célébrations
- beaucoup de Rwandais espèrent un Etat fort, qu'ils ne maîtrisent pas et lui sont soumis totalement. Ce dernier trait est particulièrement inquiétant. Dans l'ensemble, on assiste à une sorte d' « abdication de la responsabilité » et un repos sur l'entité supérieure : l'Etat, Dieu...

De même, plusieurs rapports montrent une société avec une forte criminalité. L'absence de données nous empêche de confirmer l'existence de ce dernier facteur. Cependant, le sentiment d'insécurité est bel et bien présent, tout au moins à Kigali : les murs fleurissent et certaines agences de sécurité privée défilent devant le président lors de la célébration nationale de la Libération (le 4 juillet).

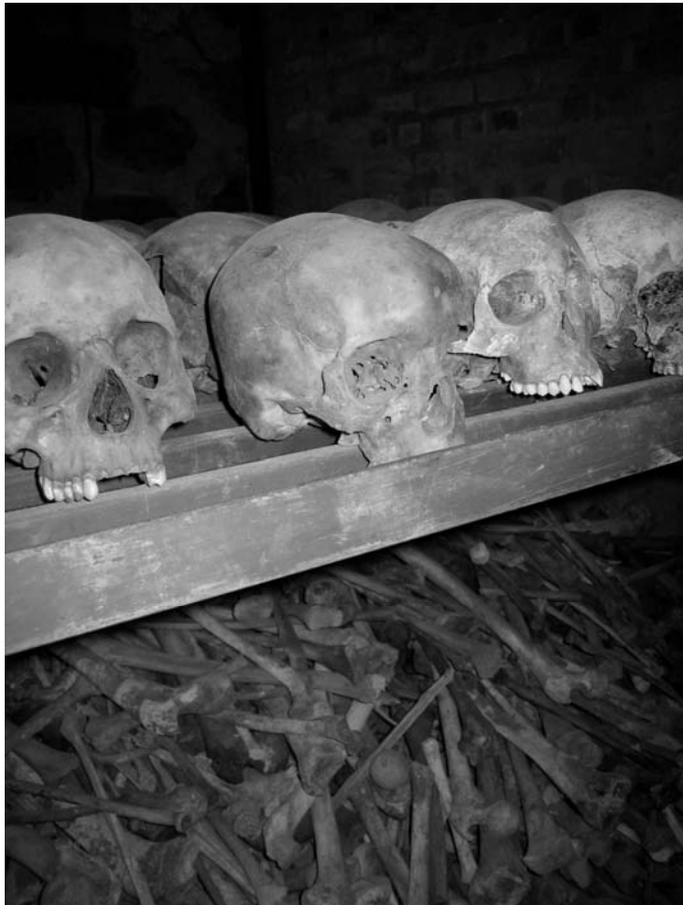
⁵⁰ Conférence de Mr. Roberto Foa (Banque mondiale et *World Value Survey*), donnée le 28 juin 2007 à l'Institut de Recherche et de Développement pour la Paix (IRDP)

En résumé, on retrouve trois facteurs :

- méfiance interindividuelle
- abdication de la responsabilité et repos sur l'Etat
- insécurité existentielle corrélée avec les valeurs religieuses

Ce triptyque, d'après l'expert du *World Value Survey* est un tableau typique retrouvé en Bosnie et en Irak, actuellement.

Le traumatisme communautaire vécu par le Rwanda a laissé une empreinte solide sur la société, imprimant profondément la maladie dans le tissu social. On se trouve face à un terreau fertile, favorisant l'irruption de maladies mentales et leur développement.



Mémorial de Nyamata, 03.07.07

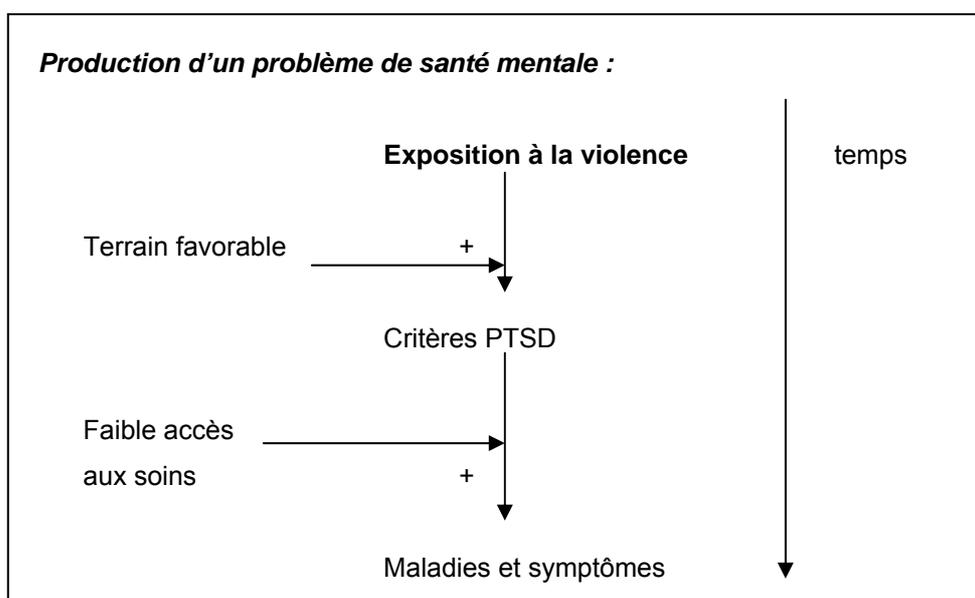
2.3 Problème de santé mentale individuel

Ce passage en revue des différents traumatismes subis par le Rwanda suffit à imaginer les nombreux problèmes de santé mentale, principalement le syndrome de stress post-traumatique (PTSD)⁵¹. Cependant, leur démonstration scientifique est compliquée, pour différentes raisons :

- les sources concernant les effets du génocide sur la santé mentale sont nombreuses à première vue. Cependant, lorsqu'on cherche des données statistiques ou scientifiques du problème, elles maigrissent de façon impressionnante.
- les critères psychiatriques en vigueur ne sont pas toujours valables au Rwanda. Une interrogation ethnopsychiatrique semble donc ici de mise : en témoigne par exemple l'absence de certains critères obligatoires du PTSD alors que sont présents en masse d'autres symptômes, non référencés par le manuel diagnostique des troubles mentaux américain (DSM-IV). Par exemple, on remarque que l'éroussement émotionnel n'est pas une caractéristique frappante par rapport au comportement traditionnellement réservé des Rwandais. En conclusion, le PTSD existe probablement partout mais ses manifestations diffèrent selon le contexte socioculturel⁵².
- le piège de la logique est important : on est tenté de se laisser entraîner dans le schéma « guerre→traumatisme→maladies mentales » sans le démontrer. Il faut cependant prendre le temps de s'arrêter, d'étudier les sources et de relater les faits avérés et non les conséquences hypothétiques.

2.3.1 La rupture de la santé mentale

L'exposition à la violence, combinée au terreau des problèmes individuels, familiaux et communautaires, favorise une rupture de la santé mentale. C'est ce que nous avons démontré au chapitre précédent. Le schéma ci-après est plus éloquent qu'un texte :



⁵¹ C.f. Critères diagnostiques du PTSD (DSM IV), annexe 1, page 78

⁵² IONESCU, S., RUTEMBESA, E., NTETE, J.-M., *Effets post-traumatiques du génocide rwandais*, Op. cit.

2.3.2 L'apparition de critères PTSD : facteurs de risque

L'apparition des critères de stress post-traumatique demeure la marque principale du génocide. Il s'agit très souvent de la pathologie qui sera la base des troubles mentaux qui s'ensuivront. Classé parmi les troubles anxieux dans le DSM-IV, le PTSD possède, au Rwanda, la particularité d'évoluer et de causer des maladies mentales secondaires.

Plusieurs études démontrent l'apparition de nombreux critères PTSD chez les enfants :

- 1) dans l'étude de Drygenov et al.⁵³, on trouve les chiffres suivants :
 - 67,1% essayent d'éviter des souvenirs de l'événement
 - 57% essayent d'éviter de penser à l'événement
 - 48,7% essayent d'éviter de parler de l'événement
 - 39,5% essayent d'écarter l'événement de leur mémoire
 - 34,9% pensent à l'événement alors qu'ils ne le veulent pas. 13-20 mois après, ces pensées intrusives continuent, souvent en relation avec des symptômes d'hyperactivation.
- 2) dans l'étude de Pham et al.⁵⁴, sur 2091 personnes, on trouve encore :
 - 56,8% ont un symptôme de reviviscence
 - 43,2% ont plusieurs symptômes de reviviscence
 - 25,7% ont plusieurs symptômes d'hyperactivation
 - 24,8% ont des critères PTSD, surtout des femmes
- 3) enfin, dans l'étude de Haegengimana et al.⁵⁵, pratiquée chez les veuves du génocide, on remarque que 4 semaines avant l'évaluation :
 - 40% des veuves avaient subi une attaque de panique dont 50% ont des critères PTSD
 - parmi les 60% de veuves restant, 25% ont des critères PTSD

L'Hôpital Neuropsychiatrique de Ndera et le Service de Consultations Psycho-Sociales servent de centres de référence nationaux dans le domaine. Certaines données ont donc fait l'objet de recherches. Citons ainsi l'étude de Jean-Damascène Iyamuremye⁵⁶, du SCPS en 2003, sur 120 patients...120 ont un PTSD avéré, soit 100% des consultants.

Malheureusement, la rareté des échantillons disponibles pour les études cliniques restreint considérablement la représentativité des données.

De même, à Ndera, une étude a été menée sur 30 patients hospitalisés (en 2001). Tous sont rescapés :

- 100% expérimentent des symptômes de reviviscence
- 70% ont des crises d'angoisse
- 60% souffrent d'insomnie
- 60% sont hypervigilants
- 40% ont des céphalées récurrentes

⁵³ Etude de Drygenov et al. UNICEF, 3030 enfants de 11 provinces, 2000

⁵⁴ Etude de Pham et al., 2091 personnes à partir de 7 événements retenus chez 100 personnes, 2001

⁵⁵ Etude de Haegengimana et al. AVEGA, 100 veuves du génocide, 2003

⁵⁶ Etude de Iyamuremye, SCPS, 120 patients, 2003

- 30% ont des peurs intenses
- 20% font preuve d'une agressivité non motivée
- 20% ont des réactions de sursaut

De plus, ces études permettent de rassembler le profil général des facteurs de risques liés au PTSD post-génocide apparaissant actuellement :

- être une femme
- être âgé
- exposition cumulative aux événements violents
- proximité physique de l'événement
- ethnicité
- difficultés socio-économiques
- promiscuité avec d'anciens bourreaux
- conflits familiaux
- incompréhension de l'environnement social

A contrario, deux facteurs de protection se dégagent :

- soins corrects des praticiens ou du système de santé
- réseaux de soutien (ecclésiastiques, associatifs...). A noter que la vie de ces réseaux de soutien est difficile au Rwanda. Les Eglises conventionnelles souffrent des conséquences de leur propre comportement durant la guerre. Les associations n'ont pas des droits aussi étendus que dans d'autres pays.

Ces multiples allusions à l'événement, sa récurrence, sa reviviscence et l'importance d'une exposition cumulative comme facteur de risque marquent un point important : l'événement joue bien un rôle prépondérant dans la genèse du PTSD.

2.3.3 L'aggravation en maladie mentale

Dans la psychiatrie occidentale, il est d'usage de constater qu'en moyenne⁵⁷ :

- 60% ont des manifestations résiduelles
- 30% des personnes souffrant de PTSD connaissent une régression complète des symptômes
- 10% ont une stabilisation ou une aggravation des troubles

Force est cependant de remarquer que l'aggravation des troubles est un souci majeur au Rwanda. En effet, c'est à ce moment qu'interviennent les mécanismes renforçateurs dont les principaux sont :

- la faiblesse de la prise en charge communautaire des traumatismes individuels
- la stigmatisation des personnes atteintes du mal
- le manque d'accès aux soins durant la période de reconstruction

Ces trois problèmes, liés directement aux bouleversements et traumatismes que nous avons passé en revue, freinent nettement la disparition du traumatisme psychique. Attardons-nous à nouveau sur

⁵⁷ KARILA, L., *Psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant*, éd. Elipses Marketing, Paris, 2002, p. 63

l'étude de J-D Iyamuremwe, du Service de Consultations Psycho-Sociales. Parmi les 120 patients consultant le SCPS :

- 100% ont un PTSD avéré !
- 33,3% présentent un état dépressif
- 25% ont des troubles anxieux en plus du PTSD
- 8,3% ont des troubles de l'adaptation
- 2,5% ont des troubles de la personnalité
- 2,5% ont des troubles cognitifs
- 1,6% sont toxicomanes
- 0,8% présentent encore d'autres troubles mentaux

La corrélation paraît claire : neuf ans après le génocide, les données récoltées au SCPS indiquent une diminution du nombre de patients consultant pour un PTSD. A contrario, on observe de nombreux troubles mentaux chez des sujets atteints de PTSD. Une victoire ? Sûrement pas ! Il semble au contraire que l'on soit passé, environ dix ans après les faits, à une deuxième phase, celle de l'éclosion de nombreuses maladies mentales résultant d'un PTSD non traité ou mal traité.

Il convient dès lors de s'interroger sur l'ampleur du problème et son impact sur la société rwandaise.



Mémorial de Nyamata, 03.07.07

2.4 Problème de santé publique

2.4.1 Un problème de santé publique

Tous les intervenants rwandais à qui nous avons posé la question, psychiatres et infirmiers psychiatriques, étudiants en médecine et responsables d'ONG le pensent : la santé mentale au Rwanda est un problème important de santé publique. Mais comment le prouver ? Et qu'est-ce qu'un problème de santé publique ?

Au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé publique est « un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé »⁵⁸. On peut en déduire qu'un problème de santé publique est un autre concept, mettant en danger l'idée de santé publique, voire de santé communautaire. Plus précisément, il s'agit de l'irruption (le mot anglais « outbreak » est plus évocateur) d'une menace sanitaire pour la communauté.

Cette définition nécessite alors plusieurs pré-requis cumulatifs :

- le nombre de victimes doit être important
- des incidences négatives du problème sur les victimes doivent être déplorées
- la prise en charge du problème avec les moyens de base de la société est insuffisante

Voyons alors la situation sur le terrain, au Rwanda.

2.4.2 La situation en l'espèce

Brosser un tableau synthétique de la situation se révèle plus difficile qu'on ne pourrait le croire. Il est plus aisé de s'intéresser aux pré-requis cités précédemment : on verra alors qu'ils sont bien présents au Rwanda.

▪ Nombre de victimes

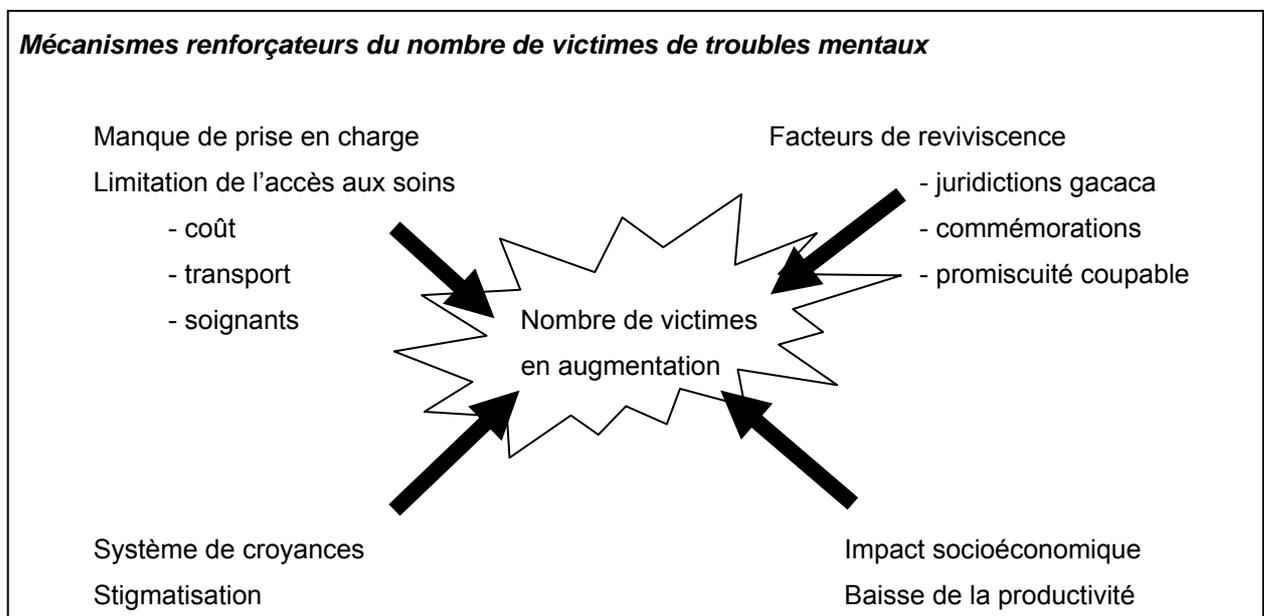
Le premier prérequis est peut-être le plus logique : on s'attend d'un problème de santé publique qu'il concerne une grande partie de la population. En termes scientifiques, on recherche une prévalence importante des troubles mentaux au sein de la population rwandaise. C'est là que le bât blesse : aucune étude de large ampleur n'a été conduite. On doit donc se limiter aux études à échantillon restreint et aux statistiques des structures de référence nationales pour la santé mentale. De même, il est difficile d'échapper aux critiques potentielles : les standards de diagnostic sont-ils adaptés à la culture locale ? L'augmentation des pathologies n'est-elle pas due à l'augmentation de la fréquentation des lieux de soins ?

Malgré ce fait, on peut conclure qu'il existe un nombre important de victimes de troubles mentaux. Au

⁵⁸ Site internet de la Société Suisse de Santé Publique (SSPH) : <http://www.public-health.ch>,

fur et à mesure que l'accès aux soins augmente, le nombre de consultations augmente aussi⁵⁹. Ainsi, la fréquentation du SCPS a triplé de 2000 à 2005. Le nombre de patients consultant pour PTSD stagne de 2000 à 2003 puis augmente brusquement en 2004. De l'avis des spécialistes, la commémoration des dix ans du génocide rwandais n'y est évidemment pas étrangère. Les troubles psychosomatiques ainsi que d'autres maladies mentales sont de plus en plus diagnostiqués...le plus souvent chez des patients avec une histoire de PTSD et/ou d'exposition marquée à la violence. Il en va de même pour l'épilepsie, trouble neuro-psychiatrique le plus diagnostiqué au Rwanda : de nombreuses épilepsies sont en fait des troubles épileptiformes psychiatriques alors que d'autres sont de réelles épilepsies post-traumatiques physiques (coups de machette sur le crâne, par exemple). Si les preuves scientifiques manquent et sont sujettes à la critique, il n'en va pas de même de l'expérience clinique : pour les praticiens, le problème est réel et d'autant plus préoccupant que certaines décisions politiques possèdent un enjeu de santé mentale de taille : les tribunaux Gacaca et les commémorations du génocide sont un facteur de reviviscence potentiel important.

Résumons ce chapitre en un schéma :



▪ Incidences négatives

Le 20 janvier 2006, un hélicoptère américain décolle à proximité de l'école primaire de Gatwaro, dans la province de Kibuye. Le souffle arrache le toit de l'école, ce qui provoque un vent de panique chez de nombreux élèves. L'agitation dégénère en crise psycho-traumatique chez l'un d'eux. Quelques secondes plus tard, la contagion commence et plusieurs autres élèves entrent en crise. Au total, 18 élèves ont été pris en charge dont 7 dans un état très fort de reviviscence des événements du génocide. Sur demande du Ministère de la santé, le Dr. Naasson Munyandamutsa, psychiatre, intervient pendant 10 jours sur les lieux⁶⁰.

Ce fait important est typique du PTSD et n'est en rien isolé : plusieurs témoignages de ce genre ont

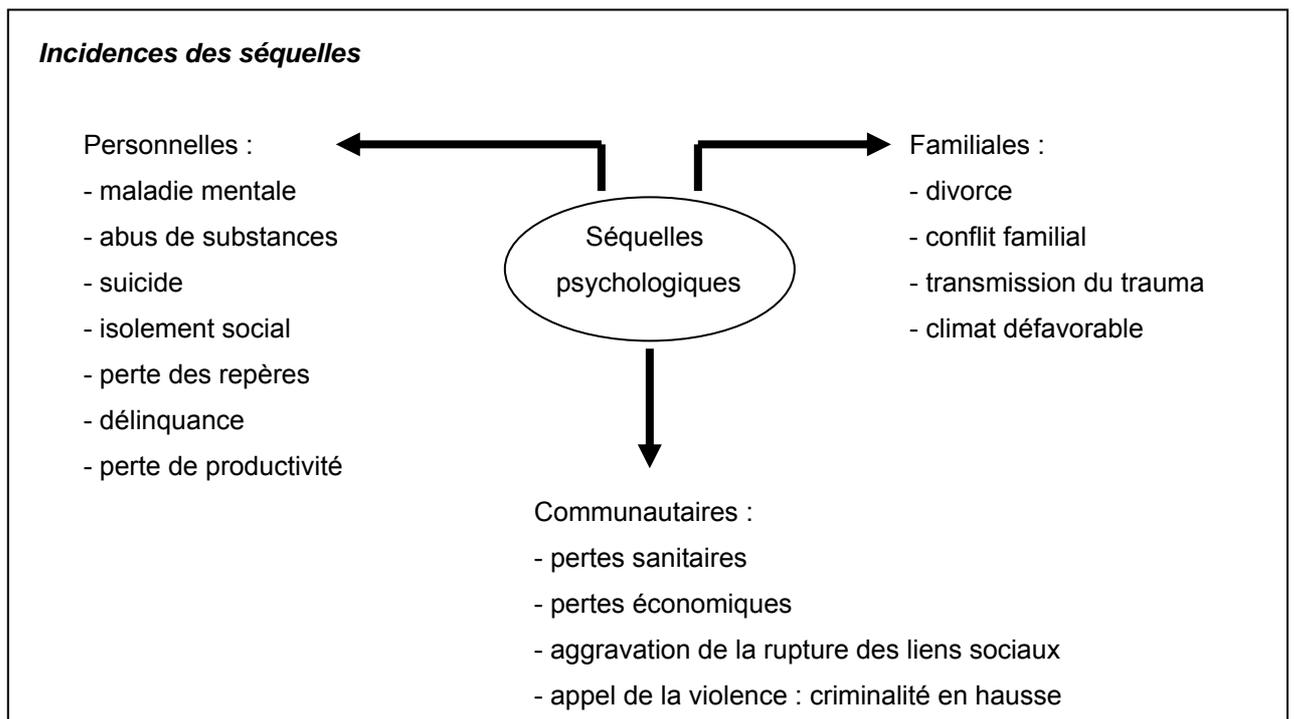
⁵⁹ Statistiques des rapports de l'HNP Ndera années 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 et du SCPS années 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005

⁶⁰ BIZIMANA, Gérard, *Rapport annuel d'activités 2006*, Pôle Opérationnel en Santé Mentale de Kibuye, Province de l'Ouest, Kibuye, 2007, pp.8-9

été recueillis. A l'orphelinat de Rubengera⁶¹ par exemple, il n'est pas rare qu'un enfant ait ce genre de crise. Il doit alors être isolé afin d'éviter une contagion chez ses camarades.

Le phénomène de contagion, normalement réservé aux maladies transmissibles, est ici d'une importance cruciale : il révèle la première incidence négative du génocide. La maladie se répand et empêche le bon fonctionnement d'une école ou d'une institution.

De même, de nombreux patients se plaignent d'une baisse d'initiative, d'une baisse de productivité personnelle. Interrogés, ils invoquent leur maladie mais aussi les mécanismes sous-jacents : conflits familiaux dus à une famille instable, stigmatisation, etc. On peut regrouper les incidences directes des troubles mentaux dans les trois catégories déjà vues : individuelle, familiale et communautaire.



▪ **Limitation de l'accès aux soins**

Dernier facteur important, un problème de santé publique n'est un problème que s'il ne peut être résolu rapidement, par un dispositif conventionnel existant. Est-ce le cas au Rwanda ? Assurément non : l'accès aux soins a longtemps été limité et l'est encore malgré des efforts gouvernementaux importants.

• **Structures de PEC**

Pendant les premiers mois après le génocide, aucune structure n'existait réellement. Par la suite, la réhabilitation de l'HNP Ndera et l'ouverture du Centre National du Traumatisme, devenu ensuite SCPS, sont venus combler une partie de cette lacune. Malgré cela, ces structures nationales ne peuvent prendre en charge la totalité des traumatisés du Rwanda. Il faut donc mettre en place de nouvelles structures, si possible décentralisées.

⁶¹ Entretien avec Sœur Anke, directrice de l'orphelinat de Rubengera, Communauté des sœurs diaconesses Abaja Ba Christo, Rubengera, samedi 6 juillet 2007

- **Financement**

Avant l'introduction d'un système d'assurance maladie vers 2006, les patients devaient payer eux-mêmes leurs soins. Comment dès lors imaginer un accès aux soins correct ? L'introduction du nouveau système a largement contribué à rendre accessible les soins de santé mentale mais des efforts de coordination restent à faire dans ce domaine.

- **Accès physique et réseau d'acheminement des médicaments**

Lorsqu'on parle d'accès aux soins, on oublie souvent l'aspect physique : le Rwanda a beau être un petit pays, les distances n'en sont pas moins longues pour des personnes se déplaçant le plus souvent à pied. En raison de manque de moyens logistiques, l'acheminement des médicaments psychiatriques de base dans les hôpitaux de district reste un problème important.

- **Croyances et efficacité douteuse de certains intervenants**

L'aspect psychiatrique du problème a lui-même des conséquences logiques : la maladie mentale ne se voit pas, elle a de tout temps été confondue et explicitée par des phénomènes surnaturels, parfois religieux. Le Rwanda n'échappe pas à cette règle : malgré toute la volonté des soignants, les croyances affectent profondément la conscience morbide⁶² des patients et de leurs proches. Dès lors, la famille hésite à emmener un malade à l'hôpital : l'accès aux soins est encore limité : la gravité de certaines pathologies (une mère qui dévore son propre enfant⁶³, par exemple) est telle que seule une possession diabolique peut l'expliquer. Du coup, les intervenants sont d'une efficacité douteuse : si certains tradipraticiens sont efficaces et organisés, il n'en va pas de même pour d'autres à l'instar des prêtres exorcistes de toutes sortes d'Eglises.

- **Stigmatisation et incidence sociale**

Un patient atteint de maladie mentale est devenu coprophile et boulimique⁶⁴. Devant la honte potentielle, sa famille a préféré ne pas l'emmener à l'hôpital et l'enfermer pendant trois ans dans un espace de un mètre sur un mètre. Le patient a été alors découvert par les services sociaux qui l'ont pris en charge. Sa maladie s'est considérablement aggravée et, souffrant de troubles de la croissance liés à sa vie dans un espace confiné, la chirurgie est nécessaire. Il est hospitalisé à l'HNP Ndera.

Cet acte est typique d'une stigmatisation importante des malades mentaux. Les « fous » sont souvent exclus socialement, ce qui n'incite pas leur famille à rejoindre un hôpital psychiatrique. L'isolement social qui en découle peut être grave.

Résumons : un effort particulier doit être fait dans le domaine de l'accès aux soins de santé mentale. Le dispositif existant n'est pas suffisant pour prendre en charge ce problème.

⁶² Conscience qu'a un individu de son état pathologique.

⁶³ Témoignage recueilli à l'HNP Ndera, fin juin 2007

⁶⁴ Témoignage établi d'après un dossier de l'HNP Ndera, fin juin 2007

2.4.3 Conclusion : il s'agit bien d'un problème de santé publique

Le nombre de victimes est important quoique difficilement chiffrable. Les incidences du problème sont nombreuses et graves, touchant directement la société et ses productions socio-économiques. Enfin, l'accès aux soins reste limité malgré les efforts entrepris.

Conclusion : il s'agit bel et bien d'un problème de santé publique. On citera ici le Dr. Achour Ait Mohand, de la Coopération Technique Belge et Mme Claire-Nancy Misago, du SCPS : « Génocide 1994 : les problèmes psychosociaux prennent une ampleur telle qu'ils deviennent un problème de santé publique⁶⁵. (...) Ils nécessitent la mise en place d'une politique nationale de santé mentale. (...) La santé mentale est et restera une priorité de santé publique pendant plusieurs années.⁶⁶ »

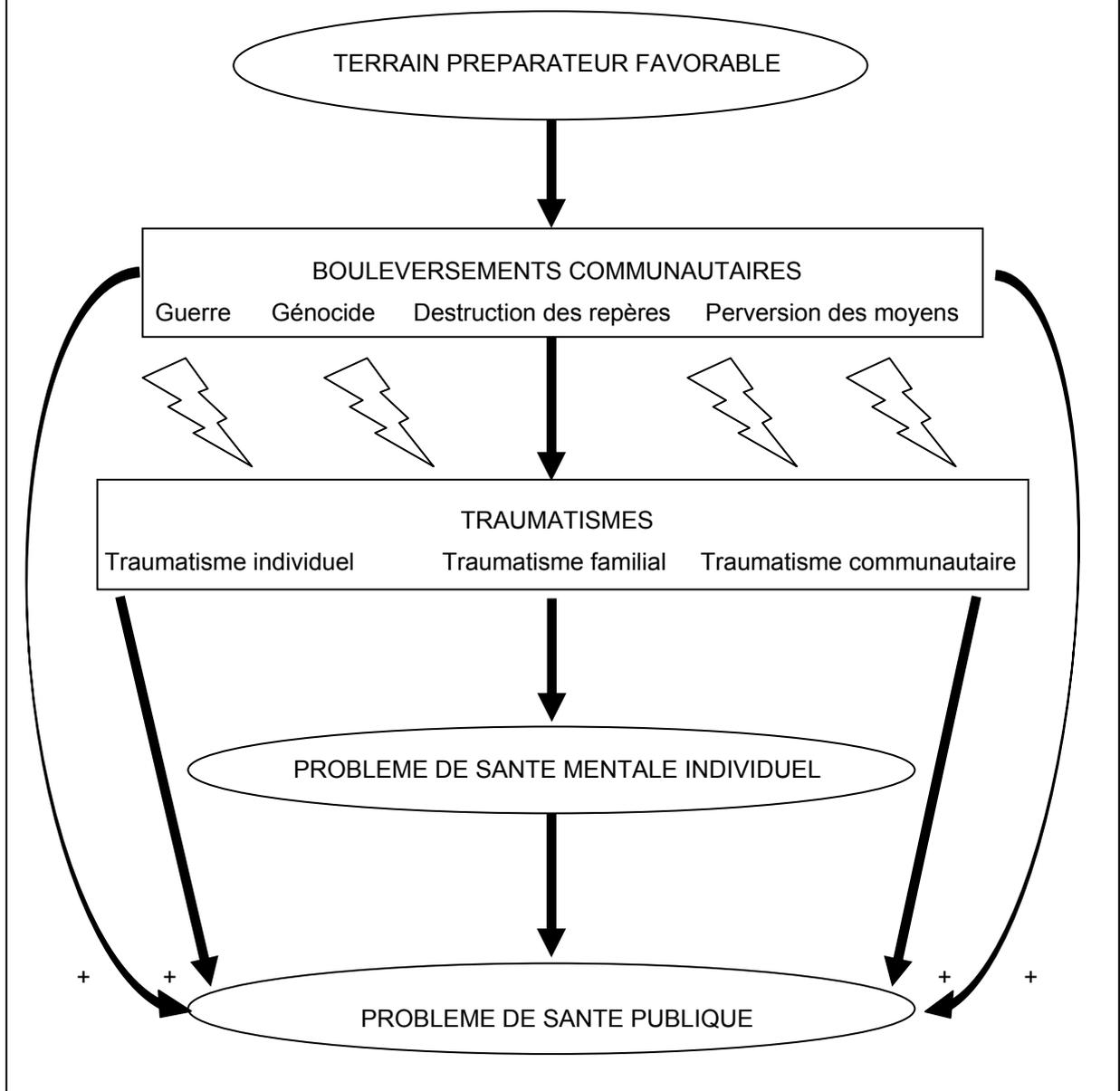


Mémorial de Nyamata, 03.07.07

⁶⁵ MISAGO, C. N., *La politique nationale de santé mentale*, Ministère de la santé, Kigali, 2007

⁶⁶ AIT MOHAND, A., MISAGO, C. N., *La santé mentale au Rwanda : décentralisation des soins*, PNSM, Ministère de la santé, Kigali, 2007

Résumé schématisé de la problématique



3. PRINCIPES DE LA REPONSE AU RWANDA^{67 68 69}

Comme nous venons de l'expliquer, le traumatisme psychique induit par le génocide a provoqué l'émergence massive de troubles mentaux au sein de la population rwandaise (au pays ou en exil) et créé, de par ses caractéristiques et son étendue, un problème de santé publique. Nous tenterons maintenant de décrire quels sont les principes, les objectifs et les moyens, de la réponse du Rwanda à cette problématique, en laissant volontairement de côté l'énumération des acteurs de cette réponse pour un prochain chapitre.⁷⁰

Bien sûr, les institutions gouvernementales, qui ont très tôt perçu l'importance de la santé mentale, feront principalement l'objet de notre description, mais nous ne saurions occulter le travail de multiples associations, locales ou internationales, et de nombreuses ONG dont l'action fut essentielle et qui surent dès le début s'intégrer dans la Politique nationale de santé mentale (PNSM).

Il est remarquable que le gouvernement rwandais en général, et le Ministère de la santé en particulier, renouvelés en 1994, aient considéré la santé mentale comme une priorité. Dès le départ, l'objectif de la Politique nationale de santé mentale fut de promouvoir des soins de santé mentale dans le cadre des soins de santé primaire. Pour ce faire, la prise en charge communautaire, la création d'équipes multidisciplinaires, offrant des soins de santé physique, mentaux et sociaux et l'intégration de la santé mentale au sein des activités du district sanitaire furent privilégiées. La société éclatée dû retrouver un sens et les individus brisés réapprendre à vivre ensemble. Le soutien aux mécanismes producteurs de sens, aux mécanismes d'entraide, à la solidarité et aux espaces de communication et de négociation, en somme aux fonctions permettant la protection de l'individu et la restauration de l'environnement psychique, fut une pierre d'achoppement de la réponse sociétale rwandaise.

Les concepteurs de la Politique nationale de santé mentale ont défini sept programmes prioritaires allant de l'IEC (information, éducation et communication) à la lutte contre l'abus des drogues en passant par la formation, l'accès aux soins ou l'accès aux médicaments. Cependant, au-delà de la stricte réponse gouvernementale, la prise en charge globale du problème de santé publique que fut ce délitement de la santé mentale peut être divisée en cinq domaines :

- Prévention et sensibilisation
- Prise en charge
- Formation et recherche
- Coordination
- Soutien logistique et institutionnel

⁶⁷ *Plan stratégique du secteur santé 2005-2009 – Santé mentale*, Ministère de la santé, Kigali

⁶⁸ *Politique nationale de santé mentale*, Ministère de la santé, Kigali, 1999

⁶⁹ MISAGO, C. N., *PNSM : Aspects épidémiologiques*, Ministère de la santé, Kigali

⁷⁰ C.f. infra, p.47

Ces axes de travail, que nous détaillerons ci-dessous, correspondent aux standards classiques d'une prise en charge d'un problème de santé publique. D'autres actions, gouvernementales ou non, de restauration de la santé mentale venant compléter de façon indirecte ces axes, ne doivent pas être omises et nous y consacrerons la fin de ce chapitre (carte d'identité, droits fondamentaux, spiritualité).

3.1 Prévention et sensibilisation

Il peut sembler étrange de décrire un volet préventif lorsqu'on évoque la santé mentale après le génocide, étant entendu que l'événement traumatisant ne peut plus être évité car il a déjà été perpétré. Pourtant, la prévention est une facette de la réponse du Rwanda à ses blessures psychiques et ce, pour trois raisons au moins.

Tout d'abord, cet Etat d'Afrique de l'Est contient dans sa population, au même titre que n'importe quel pays, un certain nombre d'individus possédant une prédisposition pour une maladie mentale, qu'elle soit génétique ou due au cadre familial, de vie ou de travail, par exemple. Ainsi les institutions rwandaises tentent de prévenir l'apparition de troubles psychiques (troubles anxieux, dépressifs, etc.) comme le font d'autres systèmes de santé de par le monde.

Ensuite, le traumatisme communautaire provoqué par le génocide a ceci de particulier qu'il amorce des troubles psychiques qui « n'exploseront » que plus tard. Telles des bombes à retardement, ces affections mentales se déclarent ainsi chez des Rwandaises et des Rwandais plus de dix ans après les événements. Le développement d'espaces de communication, au niveau local, éducatif, sanitaire, judiciaire ou religieux, est le mode de prévention choisi ici pour protéger celles et ceux chez qui l'onde de choc n'a pas encore provoqué de dégâts⁷¹.

Enfin, le problème de l'abus de substances (principalement l'alcool et le cannabis) n'épargne pas le Rwanda, entraînant à l'échelon individuel une diminution de l'adhérence thérapeutique et des complications des pathologies physiques et mentales et, à l'échelon communautaire, des mesures de prévention et de répression. Les intervenants en santé mentale souhaitent protéger la population en général et les enfants et adolescents en particulier, contre la dépendance et l'addiction en valorisant les approches multidisciplinaires, en participant au Comité interministériel de lutte contre la demande illicite et l'offre illicite des drogues et en obtenant du gouvernement la ratification et l'application des traités internationaux sur la question.

La sensibilisation est une autre facette de la réponse du Rwanda à ses blessures psychiques. Le programme prioritaire IEC (information, éducation et communication) de la Politique nationale de santé mentale résume en ces trois termes la volonté de démystification de la maladie mentale. Ses objectifs sont d'une part de promouvoir le concept de santé mentale et le recours aux structures d'accueil spécialisées auprès de toutes les couches de la population, et d'autre part de changer la perception politique de cet enjeu majeur qu'est la réhabilitation de la santé psychique. Afin d'obtenir

⁷¹ GASIBIREGE, S., MISAGO, C. N., *Volet préventif*, in *Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca*, Op. cit.

une véritable mobilisation sociale, des conférences régionales ont lieu sur le terrain, des séminaires et des symposiums sont organisés pour les professionnels et les bénévoles, et les médias sont mis à contribution, tout cela en collaboration entre le gouvernement et les associations nationales et locales, les ONG et les Eglises.

3.2 Prise en charge

Le domaine de la prise en charge recouvre tant les soins aigus dispensés dans les centres de santé, dans les hôpitaux de district ou au Service de consultations psychosociales (service de référence nationale) que le travail des assistants sociaux. De fait, tous les intervenants en santé mentale, professionnels ou bénévoles, assurent, par des approches complémentaires, des soins en santé mentale complets, continus et intégrés. Ainsi un patient croisera dans son parcours de soins successivement un agent psychosocial, ou un conseiller en traumatisme, qui l'aiguillera vers un centre de santé ou un hôpital de district dans lequel un infirmier spécialisé en santé mentale et un assistant social l'accueilleront. Si la prise en charge le nécessite, ceux-ci adresseront finalement le malade aux structures nationales de référence en la matière (SCPS ou Hôpital Neuropsychiatrique de Ndera). L'objectif de ce mode d'action, faisant la part belle aux spécificités professionnelles, est d'assurer, en dépit des restrictions humaines, matérielles et financières, une assistance médicale et psychosociale à la communauté en général, et aux groupes vulnérables (veuves, orphelins, handicapés, etc.) en particulier et ce, en respectant les spécificités culturelles. La problématique de la réinsertion n'est, quant à elle, pas laissée de côté. Les assistants sociaux ont en effet pour mission de faciliter la réintégration dans la communauté et d'assurer un suivi psychosocial.

La Politique nationale de santé mentale décrit trois angles de prise en charge. Premièrement, l'aspect biologique, c'est-à-dire le volet curatif de la pathologie, est considéré. A ce niveau le traitement psychiatrique est essentiellement pharmacologique.

Deuxièmement, c'est l'aspect psychologique qui est traité en favorisant l'écoute et l'expression des émotions par le biais de thérapies de groupe ou de l'ergothérapie. Cette approche est rendue difficile par la culture rwandaise qui enseigne la discrétion et la retenue.⁷²

Troisièmement, la dimension sociale de la prise en charge est réalisée par le travail d'appui matériel, de regroupement familial, d'écoute, en résumé d'assistance des intervenants sociaux.

L'orientation de la prise en charge, telle qu'elle est définie par le Ministère de la santé, est réalisée par les institutions gouvernementales mais aussi par de nombreux autres partenaires. Ainsi, la présence d'assistants sociaux (issus d'une association) travaillant au sein d'une équipe d'infirmiers spécialisés en santé mentale, est remarquable, au même titre que la présence d'un infirmier en santé mentale

⁷² « *Amarira y'umugabo atemba ajya mu nd.a* » traduction : « une brave personne ne manifeste pas entièrement sa souffrance. »

dans l'équipe médicale d'un hôpital de district⁷³. C'est l'émergence d'une psychiatrie de liaison, d'une prise en charge globale centrée sur le patient !

3.3 Formation et recherche

Une prise en charge de qualité, comme l'appellent de leurs vœux les initiateurs de la Politique nationale de santé mentale, nécessite une capacité de formation, d'évaluation et de recherche solide à tous les niveaux.

Il s'agit d'une part de recruter et d'organiser la formation de base de nouveaux soignants dans tous les domaines de la santé mentale, et d'autre part de former un personnel déjà existant, fruit du redressement improvisé du système de soins après le génocide. Une large place est laissée aux formations multidisciplinaires à base communautaire permettant, par l'engagement de bénévoles, une mobilisation de la société rwandaise. Parallèlement, l'objectif est de promouvoir la spécialisation en psychiatrie et en psychologie en renforçant les programmes d'enseignement de la santé mentale en médecine, en sciences humaines et dans les écoles de santé. Pour parvenir à cette redynamisation des filières d'étude, des ateliers d'orientation sont organisés, un guide de formation est réalisé, des cycles de spécialisation sont créés et les diplômés bénéficient d'aide pour la recherche de bourses de spécialisation.

Dans un second temps, l'activité des différents intervenants en santé mentale doit pouvoir faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Cet encadrement, sous forme de supervisions cliniques et de formations continues par exemple, est le garant de la qualité des services. Bien sûr, la promotion d'activités psychosociales de qualité ne passe pas seulement par le rafraîchissement des connaissances des professionnels mais aussi par l'encadrement des agents communautaires. Ces agents participent à des formations sur différents programmes prioritaires de santé rwandais comme le paludisme, le VIH-SIDA ou la santé mentale, dispensées par des spécialistes nationaux et internationaux. Par ailleurs, d'autres acteurs sociétaux bénéficient, à l'instar des juges intègres des tribunaux Gacaca, d'un accompagnement technique et de possibilités de formation.⁷⁴

Enfin, la PNSM souhaite promouvoir la recherche en matière de psychiatrie, principalement dans les institutions de santé. Les déterminants de la santé mentale, l'impact de la culture rwandaise dans la maladie mentale et sa prise en charge ou les effets psychologiques des commémorations sont des exemples de thématiques traitées ces dernières années dans les travaux de recherche issus tant de structures de soins (SCPS, Ndera) que d'établissements de formation (Twizere, UNR). La constitution d'équipes pluridisciplinaires intégrant les praticiens traditionnels et le respect du « Code d'éthique pour la recherche utilisant des sujets humains » sont deux enjeux de ce volet prospectif. Des préoccupations louables qui démontrent la qualité de la réflexion relative à la reconstruction du système de santé.

⁷³ BIZIMANA, Gérard, *Rapport intermédiaire d'activité Janvier – Avril 2007*, Pôle Opérationnel en Santé Mentale de Kibuye, Province de l'Ouest, Kibuye, 2007

⁷⁴ *Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca*, Op. cit.

3.4 Coordination

Ce qui frappe l'observateur externe, à l'analyse du réseau socio-sanitaire rwandais en santé mentale, est la multiplicité des intervenants. Le ministère de la santé en dénombre plus d'une vingtaine, issus d'organismes institutionnels, d'associations, d'organisations non gouvernementales ou de coopérations étrangères. Dès lors, la coordination des actions menées par tous ces gens de bonne volonté est apparue, on le comprend aisément, comme une nécessité. Le but demeure la prise en charge communautaire et pour y parvenir, le travail en réseau, la collaboration intersectorielle et les échanges entre agents communautaires et professionnels doivent être favorisés. Dans le concret, un comité de coordination est installé au niveau national en étroite collaboration avec le ministère et de même, à plus petite échelle, dans les centres de santé. Il réunit les intervenants de santé mentale provenant d'organisations non gouvernementales nationales et internationales ainsi que d'organisations gouvernementales. Les acteurs psychosociaux sont intégrés dans les équipes de soins. Enfin, la santé mentale et toutes les interrogations qu'elle peut susciter, sont abordées sous l'angle juridique.

3.5 Soutien logistique et institutionnel

Dans le même ordre d'idées, le gouvernement, à l'invitation d'un groupe d'experts en psychiatrie, a perçu rapidement l'importance d'un soutien franc à toutes les actions de rétablissement de la santé mentale. Un soutien que nous décrivons comme logistique et institutionnel parce qu'il a pour but d'offrir aux intervenants les moyens de leurs objectifs. Ainsi, l'élaboration d'une législation en santé mentale est une illustration de ce soutien institutionnel. Le soutien logistique se concrétise, lui, par exemple, par l'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments essentiels pour la psychiatrie (en collaboration avec la Coopération technique belge) ou par la dotation de moyens humains et financiers⁷⁵ à tous les niveaux d'intervention. L'élaboration d'un guide de traitement à l'usage des soignants ou l'introduction et la supervision de la pharmacopée traditionnelle dans le système de santé participent aussi à cette démarche. Une démarche rendue possible par la sollicitation des bailleurs de fonds étrangers et des décideurs politiques locaux.

Nous le disions en introduction, d'autres actions de restauration de la santé mentale viennent compléter de manière indirecte la division arbitraire en cinq domaines de la prise en charge du problème de santé publique qui nous intéresse ici. Nous pouvons citer, de façon non exhaustive, une demi-douzaine d'actions, gouvernementales ou non, qui, sans en poursuivre l'objectif, influent sur le psychisme des rwandaises et des rwandais. Tout d'abord, l'acquisition administrative d'une identité, avec sa carte du même nom, ou la notion d'état-civil et sa modification lors du mariage par exemple, ont un effet sur l'image de soi qu'a un individu, a fortiori quelqu'un de déraciné comme le sont les survivants du génocide, les réfugiés, les veuves ou les orphelins. De même, l'établissement de structures garantissant les droits individuels et collectifs et l'acquisition pour tous des droits

⁷⁵ Nous n'avons, hélas, pas réussi à trouver des informations relatives au budget alloué au *Programme national de santé mentale*. Toutefois, à titre indicatif, le Rwanda a attribué en 2007 l'équivalent de 9,5% de son budget à la santé (l'équivalent d'environ 115 mio de Francs suisses sur un budget total de 1,2 mia) contre 8,5% à la défense et 18,4% à l'éducation. (Source : Ministère de l'économie et des finances, www.minecofin.gov.rw)

fondamentaux, en somme l'accès à la justice, renforcent l'équilibre des citoyens. La reconnaissance du préjudice et l'émergence, parfois lente, chaotique ou artificielle⁷⁶, du pardon qui rythment l'activité des juridictions Gacaca jouent aussi un rôle. L'éducation à la justice et à la paix, ou la sécurité et la stabilité intérieure au pays, sont encore d'autres garants de la restauration de la santé mentale. Enfin, le regroupement familial, activité du CICR⁷⁷ et HCR principalement, et l'épanouissement de la spiritualité (plus de 300 Eglises au Rwanda !), sont des exemples extra-gouvernementaux de soutien indirect à la prise en charge du traumatisme.

A la lecture de cette description de la réponse du Rwanda au grave problème de santé publique consécutif au traumatisme individuel et communautaire causé par le génocide de 1994, il pourrait sembler que la Politique nationale de santé mentale soit très théorique et que la démonstration concrète de son application demeure à réaliser.

Aussi riche que fut notre séjour de six semaines, nous ne sommes pas en mesure de dire avec précision si les objectifs de cette politique sont atteints par les moyens souhaités. Si les acteurs ne sont pas forcément ceux initialement prévus, l'esprit du texte et des intentions demeure.

Notre brève et partielle évaluation nous autorise simplement à relever la détermination avec laquelle tant les institutions que les associations ou les ONG font leur possible pour atteindre les buts du programme national. Il en va de même pour les membres de ces organisations, qui font preuve d'une motivation et d'une détermination importantes et impressionnantes.

La restauration d'une bonne santé mentale du peuple rwandais demande encore bien du temps et des efforts mais elle ne paraît plus impossible.

⁷⁶ Augustin, *La question de l'aveu dans le dispositif de la justice traditionnelle Gacaca*, Conférence dans le cadre de (?) organisé par Mdm et IBUKA, Kigali, 18 juillet 2007

⁷⁷ *Le CICR au Rwanda en bref*, Bulletin du CICR au Rwanda, Kigali, avril 2007

4. ACTEURS DE CETTE REPONSE

4.1 Acteurs institutionnels

Le gouvernement rwandais, à l'aide du soutien international, a entrepris de nombreuses actions de réhabilitation de la santé mentale après le génocide. Celles-là sont coordonnées par un document cadre, la *Politique Nationale de Santé Mentale*. Cette politique est concrétisée par l'introduction du *Programme National de Santé Mentale* qui introduit des structures spécialisées dans la santé mentale à chaque niveau.

4.1.1 La Politique Nationale de Santé Mentale (PNSM)⁷⁸

Suite aux événements de 1994, il était indispensable de réorganiser les soins psychiatriques et de préparer les soignants à prendre en charge les demandes de soins consécutives au génocide lui-même ainsi qu'aux reviviscences.

C'est précisément dans ce contexte qu'en 1995 le Ministère de la Santé, en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé, a élaboré la *Politique Nationale de Santé Mentale*. Celle-ci vise les objectifs suivants :

- intégrer les services de santé mentale dans toutes les structures de santé du système national jusqu'à la base,
- assurer des soins complets, continus et intégrés,
- favoriser la collaboration intersectorielle,
- doter tous les niveaux d'un cadre institutionnel et de moyens humains, matériels et financiers,
- promouvoir la prise en charge communautaire,
- élaborer une législation en matière de santé mentale,
- promouvoir la recherche en matière de santé mentale.

Afin de mettre en oeuvre cette politique, le Programme National de Santé Mentale (PNSM) a ensuite vu le jour. Ce dernier est basé sur plusieurs stratégies importantes, telles que chapeauter les Services Nationaux de Référence (SNR) qui sont l'Hôpital Neuropsychiatrique de Ndera (HNP de Ndera) et le Service de consultations psychosociales (SCPS), ou encore coordonner des programmes de formation et mobilisation sociale ainsi que de recherche et documentation.

D'un point de vue organisationnel, la *Politique nationale de santé mentale* est menée à bien par trois niveaux différents – opérationnel, intermédiaire et central.

Le niveau opérationnel est composé de la population, des personnes ressources (telles que les tradipraticiens, animateurs de santé, responsables religieux, autorités administratives), des centres de

⁷⁸ MISAGO, C. N., *PNSM : Aspects épidémiologiques*, Op. cit.

santé (système de santé primaire) et des hôpitaux de district (système de soins secondaire). Chaque hôpital de district supervise une dizaine de centres de santé. Pour la santé mentale, ce niveau a pour objectif d'accueillir, prendre en charge et référer, si nécessaire, les patients psychiatriques. De plus, à terme, les hôpitaux de district assureront des activités de formation et de supervision.

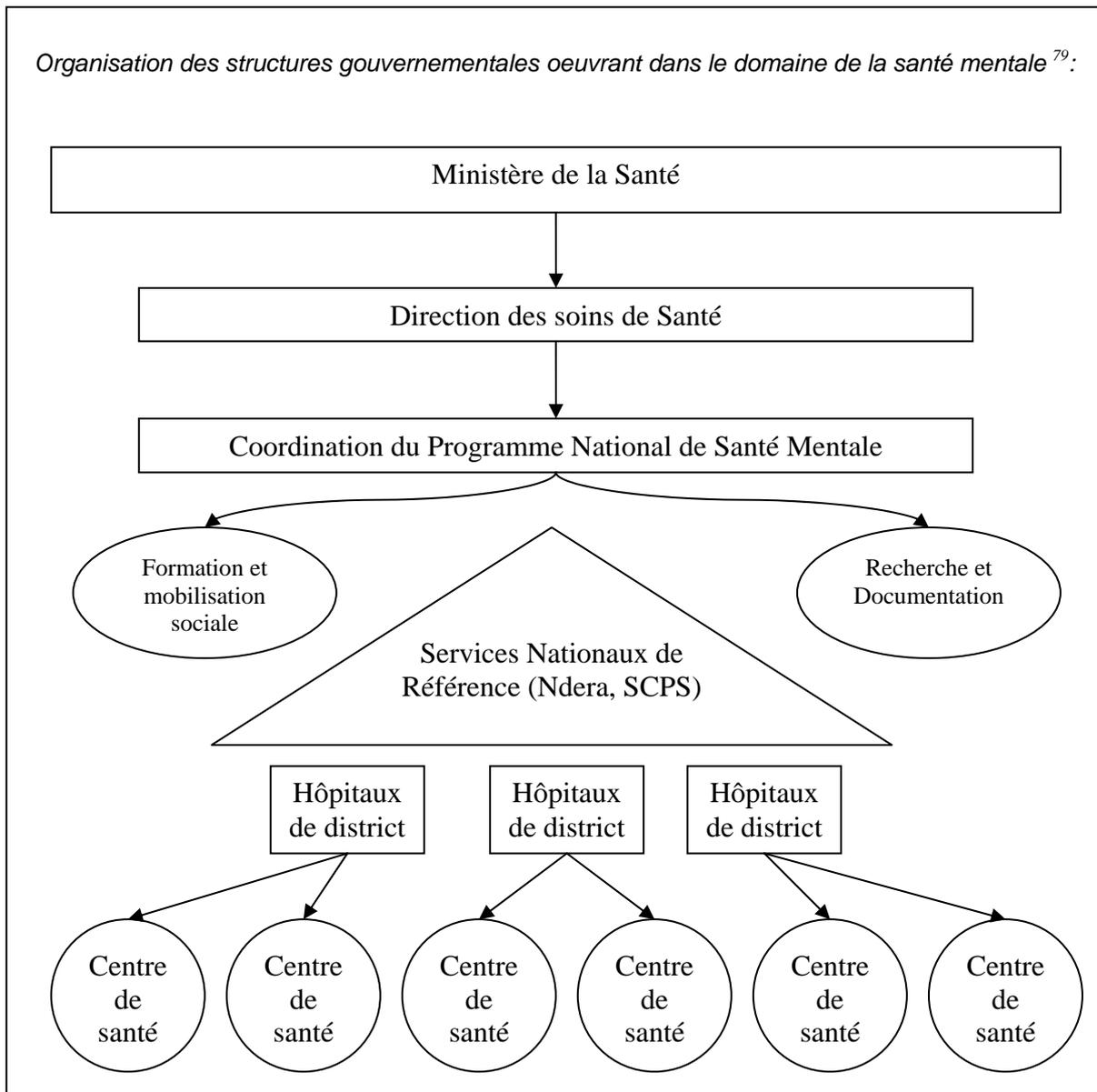
Le niveau intermédiaire a été confié à la Direction de Santé, Genre et Affaires Sociales et a notamment pour mission de promouvoir l'application de la politique nationale de santé mentale dans les districts sanitaires, de collaborer avec les diverses ONG oeuvrant dans le domaine et d'assurer le lien entre le niveau central et opérationnel.

Le niveau central est composé de deux structures. La première est la Coordination de la santé mentale qui définit les stratégies d'action, supervise les différents acteurs, permet la diffusion d'informations au grand public. La deuxième correspond aux Institutions spécialisées comme l'Hôpital Neuro-Psychiatrique de Ndera et le Service de Consultations Psycho-Sociales qui prennent notamment en charge les affections psychiatriques graves et assurent les activités de formation et de recherche.

Depuis 1995, plusieurs réalisations de cette politique ont vu le jour. Parmi elles, la réhabilitation de l'HNP de Ndera, le lancement du département de santé mentale au sein du Kigali Health Institute (KHI) afin d'assurer la formation des infirmiers spécialisés en santé mentale. On peut citer ainsi :

- la formation universitaire des psychologues
- l'ouverture du SCPS
- la décentralisation des soins de santé mentale, objectif en cours de réalisation
- la disponibilité des psychotropes au niveau périphérique
- la mise en place de programmes de formation continue et de supervision clinique
- l'octroi de bourses de spécialisation
- les programmes de sensibilisation en santé mentale de la population et des professionnels de santé
- l'encadrement des cérémonies de Deuil National et des processus *Gacaca*.

Organisation des structures gouvernementales oeuvrant dans le domaine de la santé mentale ⁷⁹:



4.1.2 L'Hôpital Neuropsychiatrique de Ndera (HNP Ndera)

L'Hôpital Neuro-psychiatrique Caraes Ndera a été inauguré en 1972 par la congrégation des Frères de la Charité (catholique belge). En 1994, il a été attaqué, détruit en partie et son personnel tué ou contraint de fuir. Après le génocide, un projet de réhabilitation est né avec le soutien de la Direction du Développement et de la Coopération suisse (DDC) et des Hôpitaux Universitaires de Genève. Ce travail, en collaboration avec les Frères de la Charité, a porté ses fruits et aujourd'hui, l'hôpital de Ndera est devenu la structure de référence nationale en matière de soins hospitaliers psychiatriques. Sa capacité d'accueil est de quatre vingt personnes hospitalisées⁸⁰ et prises en charge par une équipe de plus de quarante infirmiers spécialisés. Les consultations sont dispensées par deux médecins

⁷⁹ *Bilan et communications du séminaire d'initiation aux problèmes de santé mentale adressés aux titulaires des centres de santé*, PNSM, Ministère de la santé, Kigali, juin – octobre 2002

⁸⁰ *Rapport d'Activités : exercice 2006*, HNP Ndera, Ndera, 2007

généralistes, un neurologue, deux psychiatres et un psychologue. 6 unités de soins se distinguent selon la répartition des patients:

- Femmes en crise
- Femmes améliorées
- Hommes en crise
- Hommes améliorés
- Enfants et adolescents
- Malades chroniques

Lorsqu'un patient adulte arrive, il est généralement placé dans une unité de crise mais peut ensuite passer chez les « améliorés » si sa situation le permet. Grâce à différentes activités comme des groupes de parole, des promenades, des travaux manuels, de la cuisine, de l'ergothérapie ou encore de la danse et du chant, les patients sont pris en charge. Toutes ces occupations sociales s'inscrivent pleinement dans le processus thérapeutique afin de compléter les soins purement médicaux délivrés par les médecins ou infirmiers psychiatriques.

D'aucuns s'étonneront de la présence du terme « neuro-psychiatrique ». L'héritage médical allemand semble ici en cause : au Rwanda, la psychiatrie est étroitement liée à la neurologie. De plus, l'absence de moyens cliniques permettant d'identifier clairement une pathologie neurologique d'un trouble psychiatrique explique que les patients souffrant de ces affections soient souvent regroupés.

C'est aussi le lieu vers lequel on réfère les patients les plus difficiles et au sein duquel se réalisent des programmes de recherche, de supervision et de formation. De plus cette structure abrite un électroencéphalographe qui permet le diagnostic de nombreux cas d'épilepsie.

Actuellement l'hôpital est géré par les Frères de la Charité et le gouvernement rwandais. Deux extensions de l'hôpital, également sous la direction des Frères de la Charité, existent. La première se trouve à Butare et la deuxième à Kigali même.



Unité de pédopsychiatrie, Hôpital Ndera, 13.06.07

4.1.3 Le Service de Consultations Psychosociales (SCPS)⁸¹

En 1995, le Ministère de la Réhabilitation et l'UNICEF ont créé le Centre National du Traumatisme, CNT. Celui-ci avait pour but de prendre en charge gratuitement les victimes du génocide, d'évaluer l'ampleur du traumatisme au Rwanda et de former des agents sociaux, comme les conseillers en traumatisme, ayant pour mission de sensibiliser les personnes ressources aux conséquences de la guerre.

Lorsqu'en 1999 l'UNICEF se retire et après une période d'incertitude, le CNT passe sous la direction du Ministère de la santé et devient le Service de Consultations Psychosociales, SCPS. Les Hôpitaux Universitaires de Genève soutiennent tout d'abord le SCPS avant de se retirer progressivement et de laisser de plus en plus de responsabilités au personnel rwandais. Peu à peu, la Coopération Technique Belge (CTB) renforce aussi son appui.

Depuis 1999 le SCPS représente la structure de référence nationale en matière de soins ambulatoires en santé mentale. Plusieurs médecins, infirmiers, psychologues et assistantes sociales ont intégré son équipe. Celle-ci est responsable de l'évaluation des patients et de la planification des projets thérapeutiques, de programmes de recherche et formation. On y trouve aussi un électroencéphalographe.



Service de consultations psychosociales, 25.06.07

4.1.4 Les structures décentralisées

A l'heure actuelle, plusieurs projets sont en cours sous l'égide du Programme national de santé mentale. Un des plus importants d'entre eux est la décentralisation des soins. En effet, avant 1994, la seule structure à offrir des soins hospitaliers de psychiatrie était le HNP de Ndera. Ensuite du

⁸¹ IONESCU, S., RUTEMBESA, E., NTETE, J.-M., *Effets post-traumatiques du génocide rwandais*, Op. cit.

génocide, il est devenu prioritaire de rendre accessibles les consultations de santé mentale dans tout le pays et d'offrir la possibilité d'hospitalisation dans les services de Médecine interne. Cette action a permis de rapprocher les soins psychiatriques de la population rurale qui a souvent beaucoup de difficultés à se rendre dans les centres de Kigali ou de Butare. La décentralisation facilite aussi la distribution des médicaments, les activités de sensibilisation, de formation et de coordination des initiatives en santé mentale. Elle a aussi une influence positive sur la réinsertion sociale des malades sortant d'une hospitalisation, en permettant d'éviter la stigmatisation "d'avoir été à Ndera"⁸².

Désormais et grâce à la politique active dans le domaine, il existe trente-cinq infirmiers spécialisés en santé mentale et 12 conseillers en traumatisme, répartis dans vingt-huit des trente-six hôpitaux de district. Ce renforcement important du niveau de soins secondaires permet de décharger les structures tertiaires de référence.

A titre d'exemple, nous avons visité l'antenne psychiatrique de la ville de Kibuye. Elle a été ouverte en 2003 grâce à un infirmier spécialisé en psychiatrie, M. Gérard Bizimana, qui en est toujours le responsable, et grâce à la contribution de la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) suisse et des Hôpitaux Universitaires de Genève. Au début, le service était une antenne du SCPS. Parmi les activités qui y sont exercées figurent les soins, la supervision de huit Centres de santé et la formation en santé mentale d'agents de santé communautaire.⁸³ Les soignants constituant l'équipe sont deux infirmiers en santé mentale et un conseiller en traumatisme.

4.1.5 Les services sociaux

Des équipes d'assistants sociaux sont intégrées au sein de chaque structure de santé afin de compléter la prise en charge des patients. Elles sont notamment présentes au niveau de toutes les unités du HNP Ndera. Dans ce cadre elles travaillent en étroite collaboration avec les soignants et leurs actions sont surtout ciblées sur les liens entre le patient et le monde en dehors de l'hôpital. Parmi leurs charges figurent les entretiens visant à améliorer les relations problématiques entre les patients et leurs familles, le regroupement familial en utilisant les médias et des « descentes » sur le terrain, la sensibilisation des autorités à faire bénéficier les pauvres de mutuelles de santé, la recherche de places dans des orphelinats ou des centres pour personnes âgées, mais aussi l'organisation de la sortie de l'hôpital.

Quelques-uns des différents acteurs sociaux sont les agents sociaux (ou travailleurs sociaux), de formation universitaire, les agents psychosociaux, sensibilisés dans le cadre du PNSM, et les assistants sociaux, ayant obtenu ce titre à l'école secondaire.

⁸² *Journées de réflexion sur la santé mentale*, Ministère de la santé – Médecins du Monde, Kigali, 7-10 novembre 2000

⁸³ BIZIMANA, Gérard, *Rapport intermédiaire d'activité Janvier – Avril 2007*, Op. cit.

La dimension sociale occupe une place essentielle dans la prise en charge des problèmes de santé, et particulièrement dans le cas des maladies psychiques. Par conséquent, il peut se révéler très utile de développer les services sociaux en renforçant les équipes et en les dotant de moyens plus importants, de même qu'en leur permettant de suivre les patients à long terme.

Cependant, il est intéressant de remarquer que malgré de nombreux assistants sortis de l'Université, on ne dénombre que peu de places de travail. Où vont les personnes formées ? Même le doyen de la Faculté d'éducation de l'Université de Butaré s'en étonne !⁸⁴

4.1.6 Le Fonds national pour l'Assistance aux Rescapés du Génocide (FARG)

Le Fonds National pour l'Assistance aux Rescapés du Génocide, FARG, est une institution publique créée en 1998 pour une durée indéterminée. Son but est de venir en aide aux populations les plus vulnérables. Les actions, entreprises dans quatre domaines principaux : la santé, l'éducation, le logement et la réhabilitation humaine, visent le bien être social des rescapés. Leurs objectifs respectifs sont de permettre aux plus démunis d'avoir accès aux soins médicaux, à l'éducation, d'avoir un logement et, grâce à l'appui du projet des juristes, d'être sensibilisés aux procédures juridiques et à la revendication de leurs droits.

FARG est avant tout financé par l'Etat rwandais qui lui réserve 5% de ses recettes propres. Les autres sources sont : le produit des 1% prélevé sur le revenu de toute personne travaillant au Rwanda, les montants versés par chaque entreprise, les dons provenant de gouvernements étrangers, tel que celui des Etats-Unis et des Pays Bas. Même les chômeurs sont tenus de verser 100 frw (-.36 CHF) par an au FARG.

Grâce aux efforts fournis, FARG a pu secourir des milliers de personnes. Néanmoins les demandes dépassant largement le budget à disposition, l'institution n'atteint qu'en partie les objectifs fixés. Elle continue cependant de développer des projets ayant pour but de redonner le plus d'autonomie possible aux personnes nécessiteuses.

4.1.7 Les filières de formation professionnelle

Peu après 1994, différents cursus de formation ont dû être créés afin de renforcer rapidement les structures de soins en naissance.

La formation des infirmiers spécialisés est assurée par le Kigali Health Institute (KHI) et dure trois ans. Une année est passée à Gisenyi et les deux suivantes à Kigali, à proximité de l'hôpital

⁸⁴ Entretien avec Eugène Rutembesa, doyen de la Faculté de l'Education, Université Nationale du Rwanda, Butaré, le 5 juillet 2007

neuropsychiatrique de Ndera, dans le centre de formation Twizere. Précisons qu'un département de santé mentale a vu le jour au sein du KHI afin de coordonner l'ensemble de cette formation.

L'Université Nationale du Rwanda, UNR, dispense également plusieurs formations, notamment celle de psychologie clinique par la Faculté d'Éducation. La Faculté des sciences sociales et politiques offre celle des travailleurs sociaux. Pour finir, la Faculté de Médecine forme les médecins qui, s'ils le souhaitent, peuvent se spécialiser en psychiatrie à l'étranger, par exemple en Suisse. En effet, il existe une convention de coopération hospitalo-universitaire entre l'Université Nationale du Rwanda et l'Université de Genève / HUG. Néanmoins, malgré ces possibilités, la constitution d'une équipe de psychiatres pour le pays est lente et le développement d'un cursus de psychiatrie au Rwanda est un des projets de la Faculté.

4.1.8 Les mutuelles de santé

Cela fait plusieurs années que le gouvernement rwandais encourage l'implantation des mutuelles de santé dans tout le pays⁸⁵. Leur introduction fut progressive, ce qui explique qu'aucun soignant n'ait pu nous donner une date précise. On l'estime entre 2002 et 2006. Auparavant existait déjà une mutuelle réservée au personnel gouvernemental.

Dans un pays où les soins psychiatriques étaient facturés directement au patient, on imagine l'impact négatif pour l'accès aux soins. Les mutuelles ont permis, semble-t-il, de contribuer largement à la résolution du problème financier. Preuve en est l'augmentation de la fréquentation du SCPS, auparavant délaissé au profit du conseil en traumatisme gratuit organisé par certaines associations.

Les mutuelles sont organisées autour d'une prime annuelle. Le système prend ensuite en charge 90% des frais de soins et de médicaments. Grâce à un important travail de démarchage des instances gouvernementales par les responsables du PNSM, les mutuelles prennent maintenant aussi en charge les frais liés aux soins psychiatriques et psychosociaux.

A ce jour, les mutuelles ne sont pas obligatoires. Cependant, le Ministère de la santé incite très activement la population à contracter une mutuelle. Souvent, les soignants font comprendre aux patients leur intérêt en la matière. Cette politique fortement incitative a l'avantage d'afficher un succès remarquable au regard d'autres pays d'Afrique : une immense partie de la population possède maintenant une assurance maladie sans qu'elle ne soit officiellement obligatoire.

Les catégories socio-économiques les plus pauvres, ici regroupées sous le terme d'« indigents » sont dispensées de la prime annuelle. Moyennant la preuve de leur appartenance à ces catégories, les patients peuvent recevoir des soins de base gratuits, dans les limites prévues par la loi. Une des tâches des services sociaux est justement de détecter ces personnes en situation et de les signaler aux autorités locales.

⁸⁵ IRDP, *Reconstruire une paix durable au Rwanda : la parole au peuple*, Op. cit.

4.1.9 D'autres actions gouvernementales

Afin de rétablir le dialogue et de consolider la société rwandaise, le gouvernement a entrepris plusieurs actions différentes. Parmi elles les juridictions Gacaca et les Journées de Commémoration du Génocide.

En 1994, plus de 120 000 personnes étaient présumées coupables d'avoir participé au génocide. Si celles-ci devaient être jugées par les juridictions existantes, d'ailleurs en pleine reconstruction, cela aurait pris près de 100 ans⁸⁶. Afin de sortir de cette impasse, le gouvernement rwandais a rétabli en 2001 une forme traditionnelle de justice participative, nommée gacaca.

Selon le *Guide en santé mentale dans le contexte gacaca*, créé par le Ministère rwandais de la santé associé à la Coopération Technique Belge en 2004 il existe des retombées positives et négatives sur les victimes, de même que sur les bourreaux.

Ainsi, les victimes peuvent ressentir de l'espoir, davantage de sécurité et de solidarité, une compensation pour les pertes et l'handicap infligés. Par ailleurs, les bourreaux peuvent éprouver un soulagement d'être jugés et pardonnés, mais aussi plus de sécurité et de solidarité.

A l'inverse, les participants peuvent aussi se sentir désillusionnés, en insécurité, dans l'isolement. De plus les séances de *gacaca* éveillent des souvenirs insupportables. Pour que les effets positifs priment, une prise en charge psychosociale avant, pendant et après le processus est essentielle et l'attitude des juges intègres est d'une importance déterminante⁸⁷. Effectuées dans de bonnes conditions, ces formes de justice peuvent constituer une véritable psychothérapie sociale⁸⁸.

En ce qui concerne les Commémorations de Deuil National, elles constituent aussi un espace de dialogue et permettent une activité de mémoire afin de prévenir la répétition d'événements aussi tragiques. Ceci dit, c'est une période très difficile qui demande également un encadrement important.

De nombreux cliniciens ont observé qu'en avril de chaque année, un pic de crises de reviviscence des événements survient et conduit à des hospitalisations et consultations en surnombre. Cette date correspond au début du génocide de 94. Les statistiques indiquent effectivement un pic de consultations à cette période, même s'il reste inférieur à l'augmentation enregistrée à l'approche des fêtes de fin d'année. En 2004, lors de la commémoration des dix ans du génocide, un pic plus important a eu lieu.

Troisième politique symptomatique de la volonté de mémoire du gouvernement, la construction de mémoriaux. Au Rwanda, chaque village, chaque ville abrite un mémorial. Des ressources, provenant souvent de fonds étrangers, sont investies dans la construction de tels monuments. Tout comme les deux premières actions, on dénombre des effets positifs mais aussi négatifs comme, par exemple, le fait que le rappel constant du génocide qui favorise la reviviscence des événements.

⁸⁶ *Guide en santé mentale dans le contexte gacaca*, Op. cit.

⁸⁷ AMAHIRWE, D., *Analyse du rôle des juges intègres*, Kigali, 18 juillet 2007

⁸⁸ IONESCU, S., RUTEMBESA, E., NTETE, J.-M., *Effets post-traumatiques du génocide rwandais*, Op. cit.

Ces trois types d'actions prouvent la volonté du gouvernement de reconstruire, d'aller de l'avant et ceci tout en gardant en mémoire ce qui est arrivé, afin que cela ne se reproduise plus jamais.

4.2 Acteurs civils

Afin d'appuyer les différentes réponses souhaitées par le gouvernement, d'autres acteurs locaux ont voulu intervenir dans le domaine de la santé mentale. Nous avons choisi d'en illustrer ici quelques exemples.

4.2.1 Les associations

Dès 1994, de nombreuses associations ont vu le jour afin de venir en aide aux rescapés du génocide. Beaucoup ont été créées sur l'impulsion des survivants eux-mêmes. Certaines apportent une aide matérielle aux populations les plus vulnérables, d'autres sont plus spécialisées sur le plan médical (somatique et/ou psychique), et d'autres encore ont un rôle principalement orienté vers les processus de justice. Cependant la plupart ont en fait plusieurs programmes qui se complètent.

Sans faire une liste exhaustive de ces associations, nous pouvons en citer certaines que nous avons visitées. AVEGA (Association des Veuves du Génocide Agahozo) par exemple prend en charge les veuves et orphelins rescapés tant en leur donnant accès à des formations professionnelles artisanales, qu'en leur fournissant des soins médicaux et psychologiques, qu'en les aidant à défendre leurs droits. IBUKA (Littéralement « souviens-toi » en kinyarwanda) en revanche est un collectif qui regroupe une dizaine d'associations, ce qui permet une certaine coordination des actions. Mais elles ont aussi leurs propres programmes de justice, de mémoire, d'accompagnement psycho-socio-économique et de consolidation d'une société harmonieuse.

En ce qui concerne les actions de ces associations dans le domaine de la santé mentale, beaucoup parlent de conférences qu'elles organisent afin de sensibiliser les autorités locales et la population à ces problèmes. En effet, étant donné la stigmatisation qui entoure les troubles psychiques, il y a encore beaucoup à faire pour permettre à tous un accès à des soins appropriés.

De plus, afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé mentale, il s'agit également de former des personnes compétentes capables d'écouter, d'entendre et de conseiller ces patients. C'est justement la principale action de l'ARCT – Ruhuka (Association Rwandaise des Conseillers en Traumatisme) qui comme son nom l'indique s'occupe de former des conseillers en traumatisme. Ceux-ci travaillent ensuite pour l'ARCT ou alors vont dans d'autres associations de rescapés (comme AVEGA, IBUKA,...). Ils peuvent aussi travailler dans des hôpitaux de district ou bien simplement mettre leurs nouvelles compétences au service des habitants de leur colline, tout en poursuivant leur métier premier. Grâce à la formation reçue, ces conseillers sont capables de reconnaître les premiers signes de troubles psychiques type PTSD, ils peuvent ensuite s'entretenir avec la personne, lui prêter une oreille attentive et enfin lui apporter une aide, soit sur place soit en la dirigeant vers des centres plus spécialisés. Les conseillers en traumatisme sont aussi sensibilisés aux problèmes de santé publique les plus fréquents et sont au courant des différentes structures de prise en charge qui existent (pour le VIH/SIDA par exemple).

Certaines associations, bien sur ont plus d'ampleur et sont plus reconnues que d'autres. Une des nouvelles priorités de ces grandes associations est également de décentraliser leurs bureaux afin de permettre une meilleure prise en charge. En créant une antenne dans chaque province on se rapproche de la population locale et on augmente les possibilités pour celle-ci de trouver de l'aide, ce qui est à l'heure actuelle encore difficile dans certains coins reculés de la campagne.

D'autres associations, telle « Parle je t'écoute », sont moins importantes et plus locales. On en trouve beaucoup dans les environs de Kigali. Leurs actions sont souvent similaires et tout aussi efficaces mais peuvent cibler une tranche très particulière de la population rescapée.

La plupart des associations sont coordonnées par le gouvernement afin de palier les manques dans certains endroits ou au contraire d'éviter les redondances dans d'autres. Quant au financement, il est très varié. Il peut venir d'ONG étrangères, de donateurs privés, de certains gouvernements étrangers ou alors du gouvernement rwandais lui même mais dans ce cas, il s'agit plutôt pour d'aides indirectes (prise en charge des frais d'école pour les orphelins,...)

Actuellement, au Rwanda, toutes ces associations jouent un très grand rôle dans la prise en charge des rescapés et on les sent actives et impliquées. Dans les années qui ont suivi le génocide, les problèmes rencontrés étaient principalement d'ordre matériel ou physique. Ce n'est que ces dernières années que l'on commence à parler des problèmes de santé mentale car les rescapés expriment petit à petit ce qu'ils ont vécu.

4.2.2 Les tradipraticiens

Si la population rwandaise a en grande partie accepté la religion et la médecine occidentales, beaucoup et notamment dans les campagnes, restent attachés aux conceptions traditionnelles de la vie ou aux pratiques leur permettant de vivre en harmonie avec leur environnement. C'est cette vie harmonieuse entre les vivants eux-mêmes, entre les vivants et les Abazimu (esprits), qui apparaît comme nécessaire pour être en bonne santé, est la raison de l'existence multiséculaire de nombreux cultes, rites et traditions que l'on doit respecter à cet effet.

Le guérisseur ou praticien traditionnel a toute son importance dans ce processus. C'est une personne reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi de substances végétales, animales ou minérales ainsi que d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel et religieux⁸⁹. C'est un art transmis de génération en génération, de père en fils le plus souvent.

⁸⁹ RUHANGA J-D, *Médicalisation, mondialisation et le pouvoir thérapeutique traditionnel : Aspects culturels de la santé au Rwanda*, Mémoire présenté en vue de l'obtention d'une licence en Santé publique, 1993-94

En matière de problèmes de santé mentale également, les guérisseurs sont souvent les premiers sollicités par la famille du malade. Selon une étude menée en 2004 à l'hôpital de Ndera⁹⁰ sur 104 patients, 66 avaient en premier lieu eu recours à un traitement par le tradipraticien. En effet la conception de la maladie mentale est étroitement liée aux croyances religieuses ou traditionnelles et cela a une influence considérable sur la prise en charge de ces patients. « La souffrance mentale est considérée au Rwanda comme un douloureux message adressé à la famille et au village. C'est souvent une dénonciation que l'ordre des choses n'a pas été respecté, que la volonté des morts est restée sans réponse. »⁹¹

Il n'est donc pas étonnant que les malades se tournent d'abord vers ceux qui comprennent et partagent leurs préoccupations. De plus, comme ces personnes résident au sein même de la colline ou du village, elles sont facilement accessibles pour les habitants contrairement aux centres de médecine occidentaux parfois situés très loin.

Lors de l'arrivée des missionnaires chrétiens (Pères blancs) au Rwanda, la médecine traditionnelle a été énergiquement combattue par l'Eglise catholique. Cela a eu pour effet de marginaliser les guérisseurs qui jusqu'alors jouissaient d'un statut social élevé et de culpabiliser celles et ceux qui osaient encore les consulter. Cette médecine traditionnelle a pourtant persisté mais s'est exercée dans l'ombre.

Aujourd'hui il paraît évident que les deux approches médicales doivent travailler main dans la main, aussi difficile soit-il, non pas pour créer un mélange de ces deux conceptions des soins mais pour partager leur savoir et ensemble être au service des malades. Les patients et leurs familles le disent eux-mêmes « il doit y avoir une collaboration puisque les deux soignent ! » C'est en ce sens que le gouvernement rwandais a apporté son appui à la médecine traditionnelle en permettant la création de deux centres : le centre universitaire de recherche sur la pharmacopée et la médecine traditionnelle à Butare et le centre de médecine traditionnelle de Bare en préfecture de Kibungo⁹². Ces centres ont été créés dans le but de comprendre la logique du thérapeute traditionnel puis de l'amener à adopter les attitudes les plus compatibles avec la santé communautaire. On incite les guérisseurs à se faire connaître, à se regrouper et à collaborer avec les responsables sanitaires locaux, en échange d'une reconnaissance par le ministère de la santé publique. C'est déjà une avancée importante vers un travail commun même si on peut se demander quel est l'avenir de tels centres à long terme.

⁹⁰ RUGONDIHENE Chantal., *A propos des représentations culturelles des maladies mentales au Rwanda*. Mémoire de fin de troisième année du CES de psychiatrie, Dakar, 2004-05

⁹¹ MUNYANDAMUTSA, Naasson, *Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique. Réflexions autour de l'observation clinique d'enfants et d'adolescents survivants du génocide rwandais de 1994*, Thèse de Médecine de l'Université de Genève, éd. Médecine et Hygiène, Genève, 2001

⁹² RUHANGA J-D, *Médicalisation, mondialisation et le pouvoir thérapeutique traditionnel : Aspects culturels de la santé au Rwanda*, Op. cit.

4.2.3 Les Eglises

Depuis son implantation au XIX^e, l'Eglise a toujours eu une forte influence sur le peuple rwandais. Malheureusement cette influence ne s'est pas toujours révélée positive. On se souvient du rôle prépondérant qu'ont joué l'Eglise et notamment l'Eglise catholique dans la naissance des idéologies divisionnistes. Les dirigeants religieux se sont bien souvent retrouvés trop proches des leaders politiques. De même, les églises n'ont pas été des lieux de refuge pendant les massacres. Au contraire parfois, certaines églises remplies de gens venus s'y réfugier ont été abandonnées aux mains des bourreaux.

Comment alors peut-on encore croire et faire confiance à ceux qui ont failli à leur mission ? Il est justement surprenant de voir que même si la proportion de catholiques a diminué depuis 1994, d'autres Eglises ou sectes sont en pleine expansion et, à en croire le sondage du World Values Survey⁹³, les jeunes rwandais seraient les plus religieux du monde ! Cependant selon ces mêmes sondages, les rwandais ont une faible confiance envers les Eglises et ne pensent pas que celles-ci amènent des réponses aux questions sociales. Ce qui semble paradoxal à première vue ne serait-il pas le reflet d'une population déçue d'un côté et pourtant à la recherche de sens et d'espoir de l'autre ?

Ces nouvelles confessions, chrétiennes le plus souvent, promettent énormément et de fait ont un grand succès. Les Eglises catholique et protestante sont aussi très présentes. Les musulmans sont moins nombreux mais également bien implantés au Rwanda. De par leur importance, ces religions doivent être prises en compte dans les processus de reconstruction. Beaucoup de gens viennent dans les lieux de culte pour trouver de l'aide et là encore du fait des croyances du peuple rwandais, la foi est bien souvent citée comme un moyen thérapeutique (les prières par exemple)⁹⁴. Certains espèrent, d'autres ont gardé la foi et en ce sens beaucoup trouvent refuge dans les Eglises qui prêchent un espoir infini. Il en va de même pour les malades, certains croyant que Dieu sera capable de panser leurs blessures et de les guérir.

Un autre point à souligner quant à l'importance du rôle et de l'influence des Eglises, est que les êtres humains, dans un élan de fraternité, sont sensibles à la religion qui leur donne le sentiment d'appartenir à une communauté. En plus d'offrir sens, cadre, repères et espoir, l'appartenance à une Eglise semble favoriser aussi l'intégration à une collectivité, ce qui est essentiel lorsque l'identité a été perdue, lorsque l'on ne sait plus à quelle communauté on appartient.

Là aussi, il y a sans doute lieu de travailler en équipe pluridisciplinaire si chacun est capable d'écouter et de respecter les positions de l'autre ainsi que de faire un effort d'ouverture. A ce propos, nous avons rencontré le directeur de l'hôpital de Ndera qui appartient à la congrégation des Frères de la

⁹³ World Values Survey est une ONG qui s'attelle à découvrir quelles sont les valeurs importantes d'une population, à les comparer entre pays et à observer leur évolution. La première vague des sondages au Rwanda s'est terminée fin avril 2007 et les résultats seront publiés très prochainement.

⁹⁴ RUGONDIHENE Chantal., *A propos des représentations culturelles des maladies mentales au Rwanda*, Op. cit.

Charité et qui fait preuve de beaucoup de professionnalisme. Nous avons aussi l'exemple d'un prêtre qui parfois amène ses paroissiens à Ndera quand leur état le nécessite.

4.2.4 Les étudiants en médecine

Certains étudiants en médecine que nous avons rencontrés ont eu l'idée de créer en 2006 une association d'étudiants en médecine pour la promotion de la santé mentale. Leur but est de sensibiliser les étudiants aux problèmes de santé mentale et également de revaloriser la spécialisation en psychiatrie.

Cette association organise des conférences, des séminaires et élabore des plans de recherche sur la schizophrénie et le PTSD. Il existe en effet à ce jour peu d'études statistiques sur le thème de la santé mentale et un de leurs objectifs est d'en réaliser quelques-unes. De même jusqu'à maintenant très peu d'étudiants choisissent la psychiatrie comme spécialité. D'une part par manque de formation au Rwanda même et d'autre part sans doute par manque d'intérêt et de motivation. Cette jeune association fait parler d'elle car elle fait beaucoup pour redorer le blason des psychiatres. Une collaboration avec des étudiants en médecine danois est au programme afin d'obtenir des subventions et de créer un partenariat entre étudiants.

D'autres étudiants, en médecine également, ont choisi de développer un programme de gestion des conflits. Ils font intervenir des étudiants dans des écoles secondaires afin de parler aux élèves des différentes manières de résoudre les conflits existants. Ensuite, cinq délégués sont désignés par établissement et assistent à des conférences sur des sujets plus spécifiques (les Gacaca par exemple) avant d'en faire un résumé à leurs classes. Ce projet a également été créé en partenariat avec des étudiants en médecine du Danemark.

Plus globalement c'est MEDSAR (Medical Students Association of Rwanda), partie intégrante de l'IFMSA (International Federation of Medical Students Association) qui chapeaute ces différents projets et permet de les mettre en lien avec des étudiants en médecine d'autres universités dans le monde.



Faculté de médecine, Butare, 17.06.07

4.2.5 L'Institut de Recherche et de Dialogue pour la Paix (IRDP) ⁹⁵

Cet institut n'a à proprement parler pas de lien direct avec la santé mentale mais il nous semble important d'en parler dans la mesure où, comme on l'a vu abondamment dans ce rapport, c'est toute la société qui a besoin de soins et d'attention. Et c'est justement en donnant les moyens à la population de s'exprimer qu'on arrivera à exorciser ce qui hante encore les mémoires et à aller de l'avant.

Après le génocide, le gouvernement d'Union Nationale a été particulièrement sensible à la question de la paix. Comment lui redonner toute sa place, comment la rendre solide et durable ? Autant de questions nécessaires dans un contexte d'après guerre qui rend la réponse difficile à trouver. Des commissions gouvernementales ont été chargées de travailler sur ce sujet et d'autres initiatives publiques sont venues soutenir leurs efforts. Un exemple d'une telle initiative est l'IRDP, dont le souci principal est de consulter toutes les couches de la population rwandaise afin de définir leur perception d'une paix durable.

Grâce à un cadre de dialogue ouvert et libre, la parole est donnée à la population pour qu'elle se prononce sur 5 thèmes principaux : l'histoire du Rwanda, le génocide et son idéologie, l'économie et la pauvreté, la démocratie et enfin l'état de droit.

« La paix durable est celle qui donne à l'individu, au foyer, au groupement humain et à la société en général, la sécurité, la quiétude et l'épanouissement total. » Ce n'est qu'en s'efforçant de bâtir cette paix que l'on pourra soulager les blessures du passé et se tourner vers l'avenir. A travers les résultats de ces recherches, il y a sans nul doute une possibilité de mieux comprendre la société rwandaise mais aussi une base solide pour reconstruire de manière durable ce pays tant au niveau politique, matériel qu'humain.

De ces recherches, plusieurs recommandations émaneront et leur mise en application permettra de faire un pas vers cet idéal de paix. Lentement mais sûrement, la reconstruction est alors à l'œuvre...

⁹⁵ IRDP, *Reconstruire une paix durable au Rwanda : La parole au peuple*, Op. cit.

4.3 Acteurs internationaux

Si la communauté internationale est restée, pour des raisons politiques et diplomatiques, silencieuse durant le génocide, la réaction post-événement fut d'une autre ampleur. Dès août 1994, de nombreux programmes d'urgence ont été engagés au Rwanda par des organisations non-gouvernementales (ONG), gouvernementales (OG) ou internationales (OI). Les moyens mis en œuvre ont permis la mise en place d'immenses camps de réfugiés, notamment en République Démocratique du Congo, alors Zaïre. Au-delà de leur critique bien connue, ces camps ne sont qu'un des maillons de la chaîne de solidarité internationale mise en place. Après les actions d'urgence sont venus les programmes de reconstruction et de développement.

La place réservée à la santé mentale dans ce processus demeure toutefois restreinte. Il est important de rappeler que ce chapitre n'est que le résultat de nos recherches sommaires : en aucun cas il ne se prétend exhaustif.

4.3.1 Organisations internationales (OI) : UNICEF⁹⁶

L'UNICEF, organisation onusienne, s'occupant principalement des enfants dans le monde, est intervenue la première dans le domaine de la santé mentale au Rwanda. Ses principales contributions sont scientifiques : l'étude de Drygenov et al⁹⁷. conduite seulement quelques mois après le génocide reste un document fréquemment cité dans la littérature spécialisée⁹⁸.

Une autre activité de l'UNICEF a été la création du Centre National du Traumatisme, en 1996. Ce centre devait initialement prendre en charge les enfants traumatisés, de façon ambulatoire. Bien vite, l'UNICEF s'est rendue compte que le problème était d'ampleur plus large et que la population consultant le CNT était diverse : de nombreux adultes le fréquentaient.

En 1998, devant cette réalité et estimant sans doute que le CNT devait être pris en charge par le gouvernement local, l'UNICEF retire brusquement son soutien au CNT.

Les détails exacts de cette chronologie ne sont pas disponibles, l'UNICEF n'ayant pas trouvé le temps de nous recevoir à Kigali⁹⁹. Cependant, par d'autres canaux, nous avons pu apprendre que l'UNICEF revenait peu à peu dans le réseau de la santé mentale mais... pour assurer la santé psychologique de ses propres employés !

4.3.2 Organisations non gouvernementales (ONG) : MdM, HI, World Vision

De nombreuses organisations non gouvernementales sont venues grossir les rangs des entités impliquées dans la santé mentale. Le gouvernement a tenté de les intégrer dans le réseau de santé mentale afin d'éviter des chevauchements et redondances dans leurs domaines d'action.

⁹⁶ Pour ses activités au Rwanda en 2007, l'UNICEF prévoit un budget de 10'237'500 CHF sur une enveloppe totale de plus de 3 mia (Source : www.unicef.org).

⁹⁷ Etude de Drygenov et al. UNICEF, Op. cit.

⁹⁸ IONESCU, S, RUTEMBESA, E., NTETE, J.-M., *Effets post-traumatiques du génocide rwandais*, Op. cit.

⁹⁹ Et ce n'est pas faute d'avoir essayé !

- **Médecins du Monde¹⁰⁰**

Cette organisation a été très impliquée au sein du système de santé mentale. Elle soutient notamment l'association Ibuka et les rescapés dans le cadre du processus Gacaca. Parallèlement, elle organise des réunions d'intervenants de la santé mentale.¹⁰¹

- **Handicap International**

Ce fut une découverte pour nous : Handicap International s'occupe aussi de santé mentale. Quatre psychologues cliniciens, une conseillère psychosociale et un chef de projet forment l'équipe dédiée à cette activité. Pratiquement, HI s'occupe de suivi psychosocial chez les familles recomposées.

Depuis janvier 2007, elle a élargi son champ d'activité passant du conseil psychosocial à la prise en charge de la santé mentale dans sa globalité. Le directeur du projet a un aperçu très communautaire du problème. Selon lui, le soin doit se faire par la communauté elle-même. Son organisme soutient des personnes influentes au sein de cette communauté, à travers notamment leur formation et leur sensibilisation.

Financièrement, ses activités sont soutenues à

- 50% par des Etats (ministères des affaires étrangères)
- 40% par le siège international de Handicap International (à Genève)
- 10-12% par une ONG suisse de soutien : Accentus

- **World Vision**

L'aide américaine est très présente au Rwanda, notamment dans le domaine du VIH/SIDA. Cependant, la santé mentale ne figure pas du tout au programme de l'*United States Agency for International Development* (certains acteurs présents ne s'en plaignent d'ailleurs pas). Il faut toutefois mentionner la présence de l'ONG chrétienne américaine World Vision, Goliath de l'aide humanitaire religieuse, incluse dans le réseau de santé mentale du Rwanda. Nous n'avons malheureusement pas pu rencontrer les responsables de World Vision à Kigali.

4.3.3 Organisations gouvernementales : DDC-HUG, CTB

Enfin, les organisations gouvernementales, à travers leurs agences de développement, sont aussi très présentes au Rwanda. La Suisse et la Belgique en sont les principales figures.

¹⁰⁰ Médecin du Monde a évalué le coût de sa mission en 2006 au Rwanda à l'équivalent de 142'165 CHF (Source : www.medecinsdumonde.org)

¹⁰¹ http://www.medecinsdumonde.org/fr/nos_missions/etranger/rwanda

▪ **DDC¹⁰², HUG**

La coopération suisse est présente au Rwanda depuis 1996, date à laquelle la Direction du Développement et de la Coopération envoie un médecin-psychiatre, le Dr. Naasson Munyandamutsa et un infirmier spécialiste en psychiatrie, Mr. Raymond Porchet, pour une mission d'évaluation des besoins. Ce projet a lieu via le Corps Suisse d'Aide Humanitaire (CSA), organe d'urgence de la coopération suisse. La combinaison d'un médecin rwandais en formation en Suisse et d'un infirmier suisse se révèle fructueuse. La mission d'évaluation prend fin deux ans après et la DDC injecte de nouveaux moyens à travers le soutien au Service de Consultations Psycho-Sociales (1999) notamment.

De même, un programme de formation est mis en place entre la Faculté de Médecine de Genève, les Hôpitaux Universitaires de Genève et le Rwanda : des médecins se forment en psychiatrie à Genève alors que des spécialistes genevois partent donner des formations ponctuelles à Kigali.

Petit à petit, le soutien de la DDC est revu à la baisse. En 2002, il ne concerne que les formations et spécialisations. A l'heure actuelle, la coopération suisse a réorienté ses activités sur le soutien à la démocratie.

Les HUG prennent le relais de la DDC et continuent plusieurs années, envoyant des médecins dans le cadre de leur programme d'aide humanitaire. Les Institutions psychiatriques du Valais romand accueillent aussi des médecins rwandais en spécialisation.

Enfin, au début de l'année 2007, les initiants de ce programme de collaboration, le Pr. François Ferrero (chef du Service de psychiatrie adulte aux HUG) et Mr. André Laubscher (directeur des soins aux HUG également) en tête, fondent l'Association Suisse-Rwanda pour la santé mentale, qui a pour but de pérenniser les relations entre les deux pays en matière de santé mentale.

▪ **CTB¹⁰³, APNSM**

La Belgique soutient encore beaucoup le Rwanda, notamment pour des raisons historiques. Les relations entre les deux pays sont particulièrement développées. L'aide humanitaire belge a repris le témoin laissé par la DDC suisse à travers une organisation particulière : la Coopération Technique Belge. La CTB est un organisme semi-privé chargé d'exécuter des mandats humanitaires émanant principalement du gouvernement belge. Cette structure originale permet une large flexibilité tout en faisant l'objet d'un contrôle gouvernemental étroit.

La doctrine d'aide humanitaire européenne, très différente de son équivalent américain, se veut complémentaire et temporaire. Complémentaire car elle soutient le système mis en place par le gouvernement local, et temporaire car elle se fonde sur deux phases :

- phase I : tant que le pays aidé ne possède pas un index de développement (fixé par la Banque mondiale !) suffisant, l'aide est destinée à soutenir humainement et matériellement

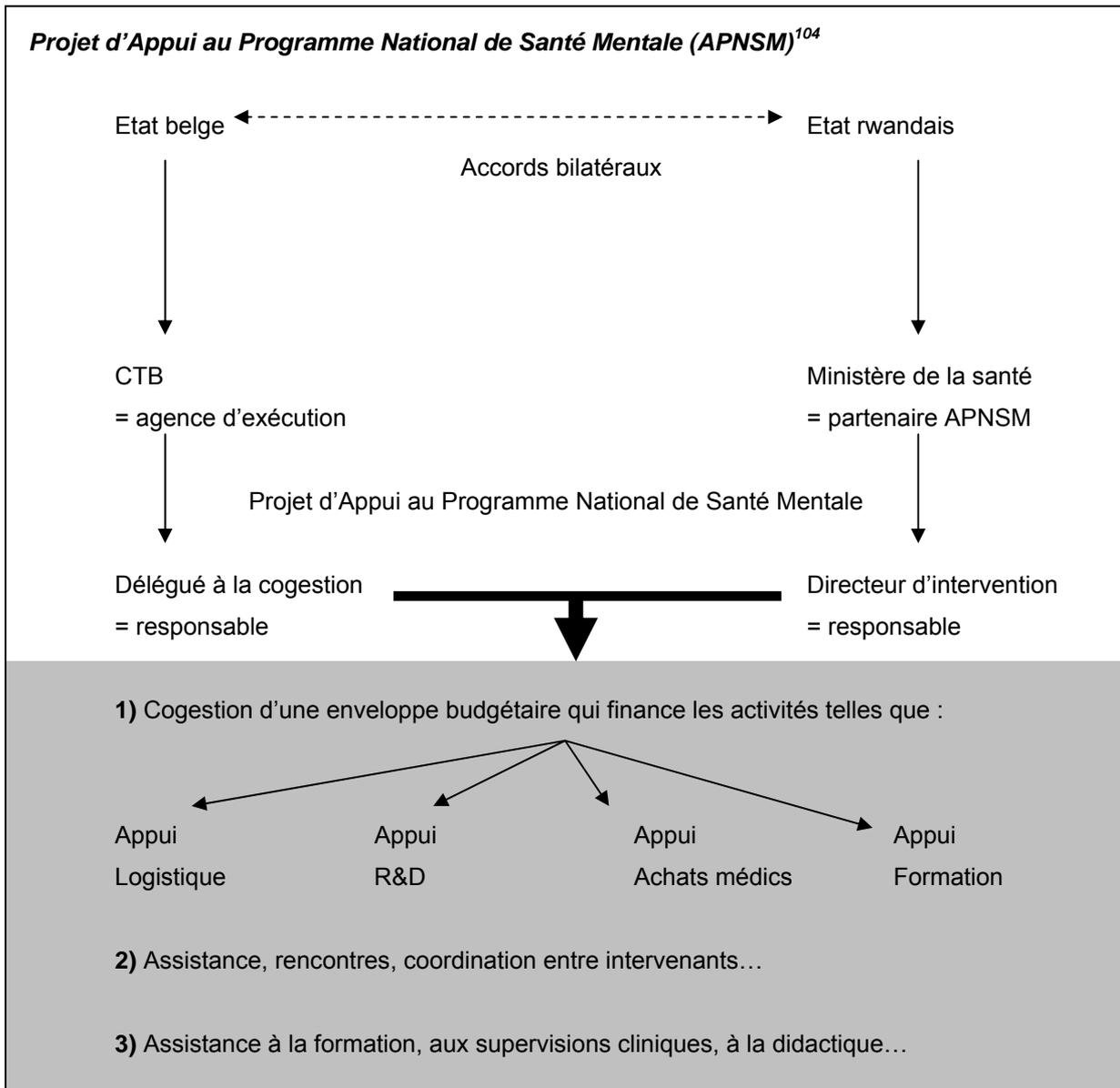
¹⁰² En 2006, la DDC a investi 9,7 mio de CHF au Rwanda et dans la Région des grands lacs et le Secrétariat à l'économie (SECO), 9 moi. Cela représente 1,39% de leurs dépenses totales. (Source : Direction du Développement et de la Coopération, www.deza.ch)

¹⁰³ La CTB gère une enveloppe de 180 mio de CHF, dont 36% sont alloués au secteur de la Santé (Source : Coopération technique belge, www.btctb.org).

- les projets. Dans le cas présent, un programme d'Appui au Programme National de Santé Mentale (APNSM) a été créé.
- phase II : lorsque l'indice de développement, basé sur des données telles que le niveau de corruption ou, disons-le, le degré d'ouverture économique, est suffisant, l'aide devient purement financière et est injectée dans le budget national. Subsistent évidemment des contrôles réguliers.

Le Rwanda se trouve actuellement en fin de phase I et la CTB prépare déjà la transition.

Pratiquement, le soutien prend la forme de différents appuis, résumés dans le schéma ci-dessous :



4.3.4 Bilan

La participation internationale aux soins de santé mentale, bien que marginale comparativement aux autres domaines d'action, reste un élément important du système. Le gouvernement rwandais,

¹⁰⁴ KAYITESHONGA, Y., HUART, N., *Contexte*, in *Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca*, Op. cit.

d'abord dépassé par les nombreuses activités parfois concurrentes de ces organisations, a su rapidement organiser un réseau de santé mentale intégrant les différents intervenants. Ce réseau reste maintenant un élément consultatif important.

Il convient aussi de relever l'importance de l'approche européenne de l'aide humanitaire dans un programme de soutien à la santé mentale. Médecins du Monde, Handicap International mais aussi la DDC, les HUG et la CTB ont fondé leur action sur ce principe. Cette philosophie de l'aide humanitaire, qui refuse le spectaculaire médiatique, semble bien plus efficace dans ce cas. D'un point de vue communautaire, c'est en effet à la société rwandaise de produire le soin et au tissu social rwandais de cicatriser. L'intervention humanitaire internationale n'a alors de sens que si elle délègue aux structures rwandaises la responsabilité opérationnelle et se limite au soutien.

CONCLUSION

Conclure un travail qui représente le compte-rendu de six semaines intenses au Rwanda est d'une difficulté peu commune. Nous pourrions donner nos avis respectifs ou nous lancer dans des considérations sur les tenants et aboutissants de la catastrophe de 1994 au Rwanda. Considérons plutôt le futur.

De la préoccupation du gouvernement

La santé mentale restera, selon les membres de l'organe décideur du PNSM, une priorité de santé publique au Rwanda pendant encore de longues années. Cette pérennité permet de compter sur des ressources présentes ou à venir, provenant des moyens des ONG et OG internationales mais aussi de ceux du Ministère de la santé, au Rwanda.

Cette priorité de santé publique est à l'évidence une priorité budgétaire du gouvernement rwandais. A ce titre, l'entrée en vigueur d'une législation à ce sujet permettra bientôt d'ancrer durablement cet engagement dans la vie politique rwandaise. On doit reconnaître en effet que le volet psychiatrique de ce problème de santé publique a un corollaire : il est discret voire invisible. Or, comment convaincre un homme politique de toutes les facettes de ce réel problème si ce volet est difficile à appréhender, à saisir ?

En dépit de ce fait, et grâce à de nombreuses personnes oeuvrant dans le domaine, le gouvernement se préoccupe d'un problème qui aurait pu rester latent et non reconnu.

Du travail accompli

Il convient donc en tout premier lieu de reconnaître tout le travail accompli à ce jour par les acteurs de la politique de santé mentale au Rwanda. Cliniciens et chercheurs, associés de près ou de loin au problème, ils trouvent leur origine dans la petite communauté infirmière qui a décidé de réhabiliter l'hôpital de Ndera alors que les cendres laissées par le génocide étaient encore chaudes.

Du temps a passé : la prise en charge du problème a assurée et cette mise en œuvre apparaît efficace grâce à une approche transversale. De plus, afin de canaliser l'élan populaire et associatif, voire même international, un réseau de santé mentale a été créé, coordonné par le PNSM. En bref, le chaos a fait place à l'organisation et à la responsabilité.

Défis

Il reste toutefois à souligner les différents défis qui attendent ce système de prise en charge des troubles mentaux. Ceux-là sont nombreux et le plus souvent connus. Ces réflexions proviennent ainsi pour la plupart des nombreux questionnements soulevés par les rapports officiels mis à notre

disposition lors de nos visites et déplacements.

- **Evolution des pathologies**

Premier défi, l'imminence de l'éclosion massive de pathologies, dont le début a déjà été constaté. La comparaison du génocide avec une onde de choc est pertinente et il est indispensable de saisir la période de décalage entre l'événement et ses conséquences les plus frappantes. Si le PTSD est un trouble anxieux potentiellement dangereux, les maladies mentales pouvant en découler sont très préoccupantes, parfois mortelles.

- **Sensibilisation, démythification et déstigmatisation du trouble mental**

Le trouble mental est affecté, comme dans de nombreuses sociétés, d'une aura de mystère voire de surnaturel. La clinique des troubles mentaux évoque le tableau des possessions et réanime ainsi les préjugés ancestraux. Dans la société rwandaise, cet aspect anthropologique est incontournable : il pointe un frein non négligeable à la prévention et la sensibilisation. De vastes campagnes radiodiffusées ont été mises au point et il est apparemment indispensable de continuer dans cette voie, vu leur impact.

- **Réintégration des patients**

Les moyens manquent au suivi psychosocial des patients. Le contrôle ambulatoire permet une partie de ce suivi mais il n'en va pas de même pour les patients hospitalisés récemment. Le service social de l'hôpital Ndera semble saturé : des moyens humains, matériels et logistiques (transport) sont nécessaires afin d'assurer une bonne réintégration des patients dans leur milieu social et familial : c'est la clé de la réussite des soins (adhérence au traitement, stabilité socioprofessionnelle...) et par là même le meilleur moyen d'éviter un retour précoce du patient à Ndera.

- **Santé mentale chez les prisonniers**

Traditionnellement, les visites sanitaires chez les prisonniers sont menées par les représentants du Comité International de la Croix-Rouge (CICR). La santé mentale des prisonniers ne figure cependant pas dans les priorités de cette ONG. Une visite de son antenne à Kigali nous a permis de discuter avec les responsables de ce secteur. Selon eux, en raison d'un manque de ressources médicales, il n'est pas question de s'aventurer pour l'instant dans un tel domaine politiquement sensible... Comment légitimer auprès de la population rwandaise que les prisonniers ont droit à des consultations psychiatriques alors que l'accès aux soins de santé mentale dans les campagnes reste un défi important ? Ce questionnement intègre des enjeux éthiques, économiques et politiques. Malgré toute la difficulté de la tâche, les acteurs de la santé mentale au Rwanda devront y répondre tôt ou tard.

- **Accès aux soins et aux médicaments**

Si Kigali est maintenant bien desservi en matière d'accès aux soins psychosociaux, il semble important d'élargir l'offre aux contrées plus éloignées du pays. Certains patients doivent parcourir de très longues distances pour rejoindre une consultation. D'autres arrivent à Kigali sans trouver d'infrastructure leur permettant d'attendre leur rendez-vous. L'offre de soins doit donc rejoindre elle-même le patient, aux quatre coins du pays. C'est un enjeu majeur, nécessitant un lourd investissement mais c'est probablement le défi le mieux compris par le gouvernement.

- **Psychiatrie de liaison**

A Kibuye, la présence d'un infirmier psychiatrique responsable associé au médecin qui effectue ses visites quotidiennes se révèle largement bénéfique pour les patients. La prise en charge est parfois commune aux deux disciplines (psychiatrie – médecine somatique), notamment lorsque le patient souffre de plaintes différentes ou lorsque l'origine de ses troubles est difficile à percevoir. Cette collaboration nécessite encore quelques temps de rodage mais le travail important de l'infirmier responsable du secteur psychiatrie à Kibuyé – Mr Gérard Bizimana – paiera. Il peut paraître étonnant de trouver le seul embryon de psychiatrie de liaison au Rwanda dans un hôpital de district, décentralisé. Cependant, il semble que ce fait soit en partie lié au caractère ouvert du médecin directeur de l'hôpital. Il n'en irait pas de même de certains cadres médicaux du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali (CHUK). Il y a là un important travail de sensibilisation à mener : la psychiatrie de liaison ainsi que l'ouverture d'une unité d'urgences psychiatriques au CHUK représentent deux enjeux majeurs.

- **Attractivité de la psychiatrie**

En Suisse comme au Rwanda, on peine à trouver des étudiants motivés par la perspective d'une spécialisation en psychiatrie. Au Rwanda, le phénomène passe peut-être par un manque de sensibilisation des étudiants prégradués et postgradués. En dépit – de l'avis des étudiants ! – d'un excellent cours prégradué donné par le Dr. Naasson Munyandamutsa, le nombre d'heures de psychiatrie dans le cursus des études de médecine reste faible.

Enfin, au niveau postgradué, l'absence de formation spécialisée (donc la nécessité d'une bourse pour aller à l'étranger) et le manque d'aura d'une discipline moins spectaculaire que la chirurgie participent au faible nombre de doctorants en psychiatrie.

Des efforts pourraient être fait en matière d'heures de cours et de sensibilisation. L'intérêt des étudiants en médecine est pourtant présent : certains ont même lancé un projet de santé mentale !

- **Activité de recherche**

Toute activité universitaire possède deux versants : l'enseignement et la recherche. En matière de recherche, le Programme National de Santé Mentale est le référent. Cependant, la saturation des moyens humains du PNSM, dédiés principalement à la clinique, rend difficile tout projet de recherche.

Un travail important serait de lancer une enquête épidémiologique de grande ampleur au sein de la population rwandaise afin d'obtenir des données qui permettraient ensuite de parler plus objectivement de la santé mentale comme d'un problème évident de santé publique : les élus politiques, décideurs des budgets publiques, ont besoin de ces données pour l'engagement des crédits nécessaires.

- **Adaptabilité du modèle occidental**

Il s'agit là d'un point au sujet duquel nous n'avons malheureusement pas d'idée d'amélioration. Cette critique souvent entendue permet de dénier la gravité de la situation au Rwanda. Pour d'autres au contraire, il s'agit d'affirmer que le nombre de troubles est plus élevé que ce que l'on croit. Cette question délicate doit être prise en considération lors de tout projet de recherche par exemple.

- **Ressources matérielles et humaines**

Le manque chronique de ressources matérielles et humaines est susceptible de mettre en danger le programme de décentralisation des soins de santé mentale. Le corollaire de ce programme est en effet – défi majeur – une transmission sécurisée des informations, des médicaments et des compétences entre les pôles de santé mentale et les institutions de référence. L'acheminement des médicaments, par exemple, doit être garanti et cela nécessite un investissement important en matière de logistique. Un département de logistique pourrait être créé au sein du PNSM afin de traiter spécifiquement ce problème.

- **Place de la psychiatrie au sein de la médecine**

Le Rwanda est un pays où le HIV-SIDA, la malaria, la tuberculose tuent beaucoup, où de nombreux handicapés physiques nécessitent des soins, où la mortalité infantile est de 85,27 pour mille et où de nombreux autres problèmes de soins primaires restent à résoudre malgré les efforts gouvernementaux réels. Plusieurs personnes, Rwandais comme étrangers, médecins ou non, pourraient alors se demander si la problématique de la santé mentale est vraiment une priorité. Les ressources financières ne devraient-elles pas être réorientées vers la gynécologie-obstétrique ou la chirurgie ? Assurément non mais comment le faire comprendre ? Encore une fois, un programme de sensibilisation du corps médical serait sans doute à introduire, notamment à l'aide de vidéos de patients.

Perspectives

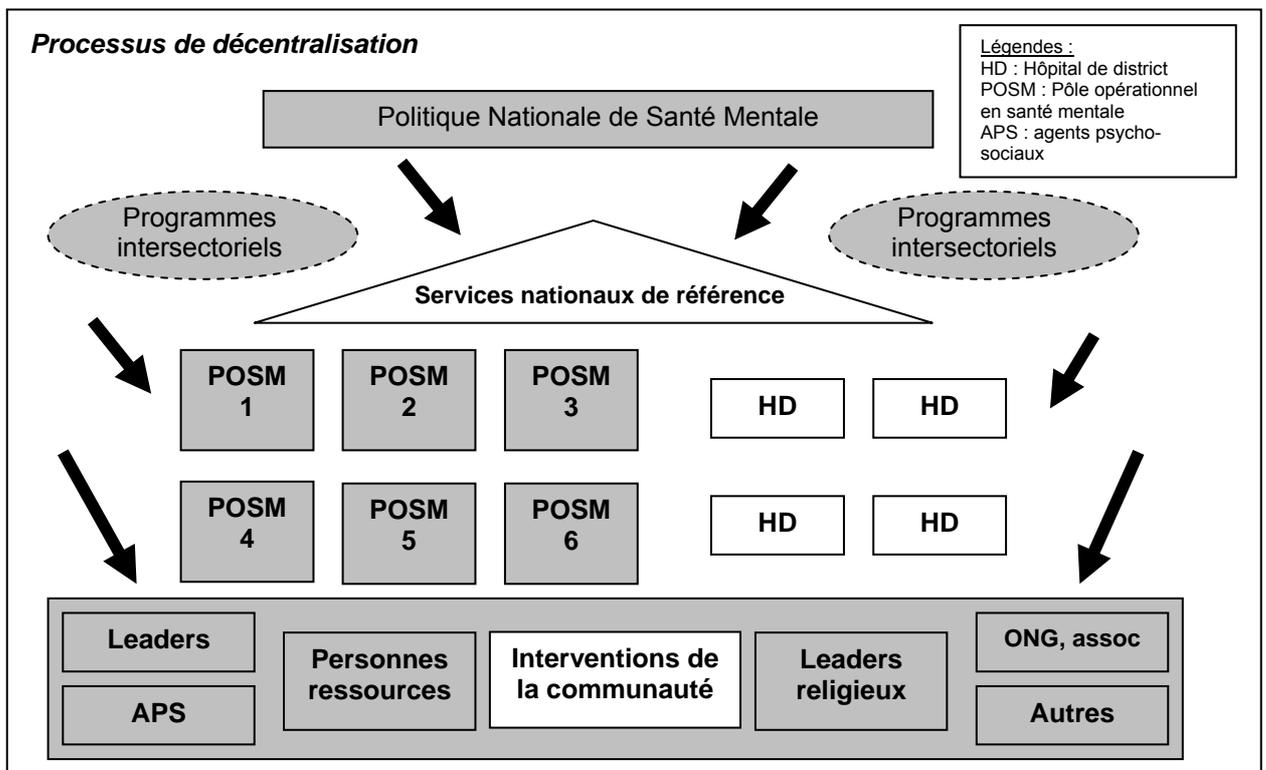
Les défis de la santé mentale sont encore nombreux. Cependant, la conscience de leur existence domine : les membres des structures nationales de référence semblent motivés à les relever. Leur idée maîtresse, à savoir décentraliser le système de prise en charge, est sûrement une étape importante dans l'introduction d'un système de psychiatrie au Rwanda. En terme de santé publique

tout du moins, c'est là un grand pas : l'accès aux soins n'en sera que meilleur.

- **Décentralisation**

La décentralisation est programmée dans un document cadre émanant du Ministère de la santé. Elle a déjà commencé, soutenue par des aides internationales. Le Pôle Opérationnel en Santé Mentale de Kibuyé a servi de test et l'expérience semble concluante. A l'avenir, cinq autres pôles seront créés dans des villes choisies pour des raisons d'accessibilité aux soins. De plus, si les crédits sont maintenus, six autres pôles pourraient être installés dans plusieurs villes du Rwanda, portant ainsi à douze pôles le système décentralisé.

En outre, il semble que l'introduction d'un échelon supplémentaire dans la hiérarchie des structures de santé mentale au Rwanda devienne nécessaire à long terme.



- **Fusion PNSM-SCPS**

Cette décentralisation aura évidemment des répercussions au niveau central. Les structures de référence nationales, dont le SCPS, devront jouer pleinement leur rôle de coordination et de prise en charge « de dernier recours ». La fusion entre le Programme National de Santé Mentale et le SCPS pourrait permettre de créer une structure de coordination se consacrant entièrement à des projets de recherche et de développement. Ce « Centre National de Santé Mentale » pourrait aussi évaluer l'impact de la décentralisation. Sa création ne fait maintenant plus de doute : la seule question est de savoir quand.

- **Formation post graduée**

La préparation des générations futures à la prise en charge du problème semble nécessaire. Derrière le programme visant à lutter contre les effets, en santé mentales, du génocide, on discerne aussi le développement d'un système national de psychiatrie en mesure de prendre en charge les troubles mentaux inhérents à toute société humaine. Dans le cadre de la formation, une spécialisation postgraduée rwandaise semble nécessaire : à terme, elle serait notamment plus économique que des bourses d'Etat destinées à se former à l'étranger.

- **Association Suisse-Rwanda pour la Santé mentale**

Quoiqu'il en soit, l'appui international reste à ce jour nécessaire. Si l'aide belge, à travers la CTB, s'inscrit dans un programme à long terme de financement (dès la phase II) de la Politique Nationale de Santé Mentale, il n'en va pas de même pour l'aide suisse. Après la DDC, les HUG ont longtemps soutenu le projet. C'est maintenant au tour d'une nouvelle association, Suisse-Rwanda, de continuer la collaboration entre les experts suisses et rwandais.

A long terme, on peut espérer que la santé mentale ne figure plus parmi les priorités de santé publique : après la stabilité politique, on est en droit d'attendre une stabilisation des problèmes de santé mentale. Il est pour cela nécessaire d'agir sur deux plans : la prise en charge des troubles mentaux et des maladies déclarées ainsi que la prévention de l'expansion de l'onde de choc de 1994. Ce n'est que lorsque ces deux objectifs seront pleinement atteints que le Rwanda aura cicatrisé ses plaies.

On souhaiterait bien sûr que des événements comme ceux de 1994 au Rwanda ne se reproduisent plus mais l'histoire en décide parfois autrement et ne fait que se répéter ailleurs.

*« La violence du génocide frappera encore. Apprendre est la première étape pour le comprendre.
Comprendre est la première étape pour réagir. Réagir est essentiel pour sauver des vies.
Autrement « Jamais plus ! » reviendra nous hanter encore et encore ! »*

Mémorial de Kigali (Gisozi)

Alors tout du moins réagissons !

ANNEXES

1. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU PTSD (DSM-IV)¹⁰⁵

Quelques données cliniques à propos du syndrome de stress post-traumatique (PTSD)

Le PTSD figure parmi les troubles anxieux dans la classification américaine des troubles mentaux (DSM-IV). Il s'agit du développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême. Normalement, cette définition implique le vécu direct de l'événement ou, dans certains cas, son témoignage.

On distingue plusieurs critères permettant de diagnostiquer un PTSD. Ces critères sont eux-mêmes classés selon :

▪ **Critères de type A : critères de base.**

Au moins 1 critère
type A

- A1 : vécu de l'événement traumatique
- A2 : réponse émotionnelle comprenant une peur intense, de l'horreur et/ou une perte d'espoir. Chez les enfants, il peut s'agir plus souvent d'un état d'agitation.

▪ **Critères de type B : reviviscence persistante de l'événement**

Au moins 1 critère
type B

- B1 : souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement. Chez les enfants, il peut s'agir d'un jeu répétitif.
- B2 : rêves répétitifs provoquant une souffrance avec remise en scène.
- B3 : états dissociatifs durant des secondes, heures, jours avec remise en scène ou flashbacks.
- B4 : souffrance psychologique
- B5 : réactivité physiologique intense quand l'événement est symboliquement ou réellement proche (dates d'anniversaire...).

▪ **Critères de type C : évitement des situations rappelant l'événement et émoussement des réactions générales**

Au moins 3 critères
type C

- C1 : évitement des sensations, pensées, conversations au sujet de l'événement.
- C2 : évitement des activités, situations, personnes entraînant la réactualisation.
- C3 : amnésie d'un aspect de l'événement traumatique.
- C4 : émoussement émotionnel, psychique.
- C5 : détachement vis-à-vis des autres.
- C6 : capacité amoindrie à ressentir des émotions (plaisir, tendresse, sexualité).

¹⁰⁵ KAPLAN, H.-I., SADOCK, B.-J., *Manuel de poche de psychiatrie clinique*, éd. Pradel, 2005

- C7 : sentiment d'avoir un futur amputé.

▪ **Critères de type D : activation neurovégétative persistante**

- Au moins 2 critères type D
- D1 : difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil (parfois à cause de cauchemars récurrents).
 - D2 : irritabilité, accès de colère
 - D3 : difficulté de concentration
 - D4 : hypervigilance
 - D5 : réactions de sursaut

▪ **Critère de type E : critère temporel, le tableau symptomatique est présent depuis plus d'un mois**

Critères E et F présents

▪ **Critère de type F : critère d'intensité, le tableau symptomatique entraîne une souffrance ou une altération du fonctionnement du patient**

Le DSM-IV indique que l'on peut poser le diagnostic de PTSD si :

- au moins un critère de type A est présent
- au moins un critère de type B est présent
- au moins trois critères de type C sont présents
- au moins deux critères de type D sont présents
- le critère E est présent
- le critère F est présent

A noter que la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS – classification alternative au DSM-IV – ne retient pas les critères de type D comme obligatoires. En effet, ils peuvent être remplacés par l'incapacité à se souvenir d'aspects importants de l'événement. De même, la CIM-10 ne prévoit pas de durée minimale des symptômes.

De nombreuses situations violentes sont susceptibles de provoquer un PTSD. Le trouble est particulièrement sévère ou prolongé quand l'événement est lié à une activité humaine, l'intensité de la violence forte et le facteur de stress proche physiquement.

Or on observe la présence de ces trois facteurs aggravants au Rwanda, en 1994.

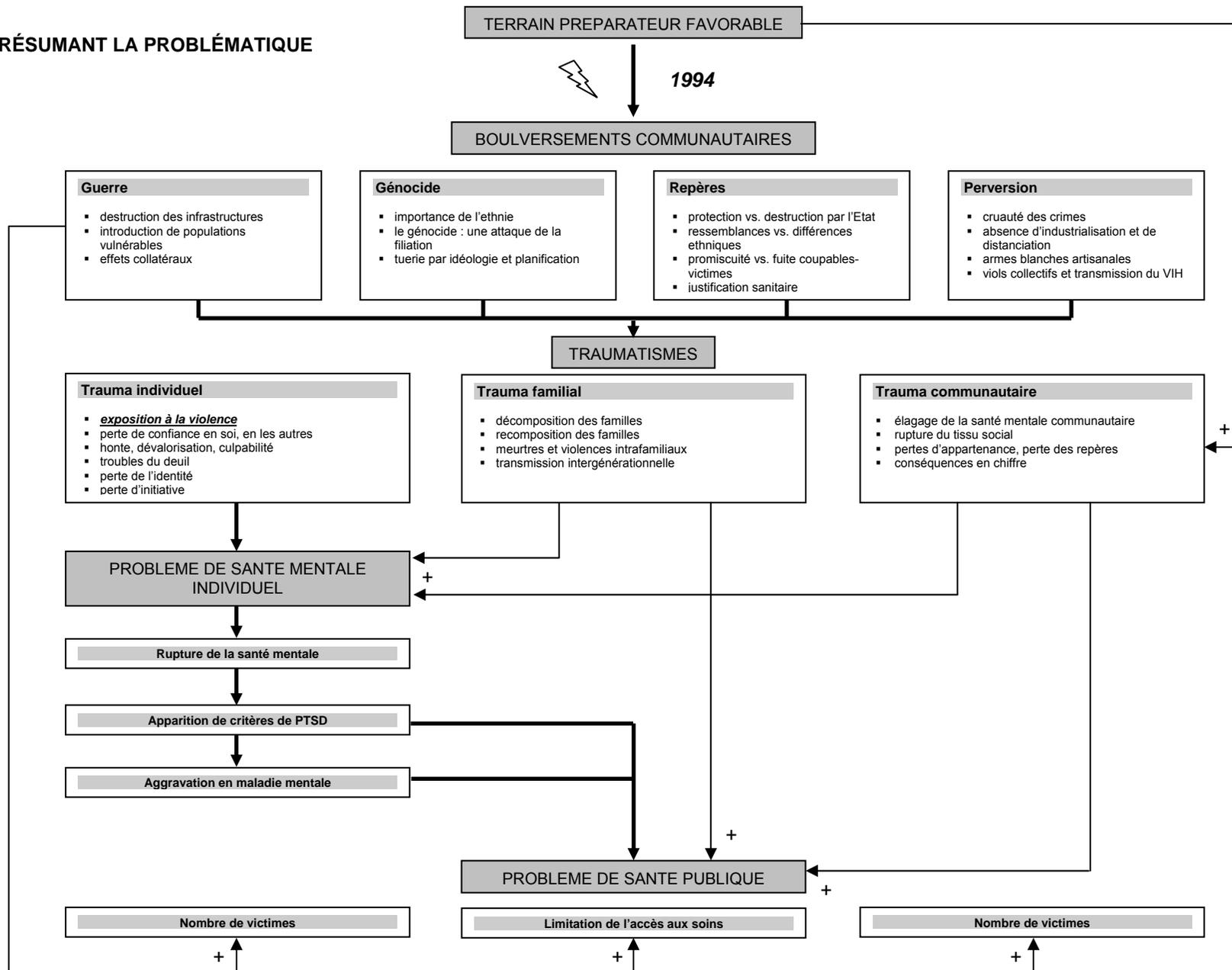
On distingue ensuite :

- Le PTSD aigu : les symptômes persistent depuis moins de trois mois.
- Le PTSD chronique : les symptômes persistent depuis plus de trois mois.
- Le PTSD avec survenue différée : il s'est écoulé au moins six mois entre l'événement traumatique et le début des symptômes.

Il existe enfin de nombreux troubles mentaux associés au PTSD :

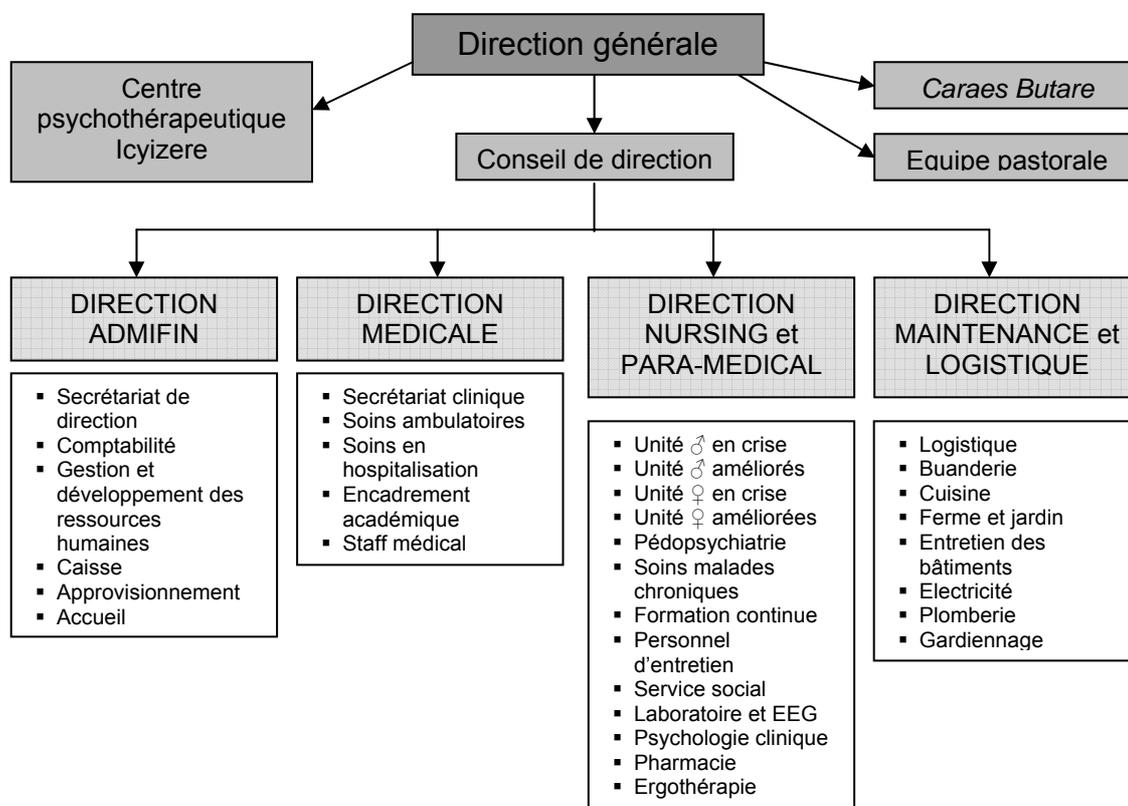
- culpabilité douloureuse d'avoir survécu
- problèmes sociaux liés à l'évitement
- altération de la modulation de l'affect
- comportement autodestructeur, impulsif
- symptômes dissociatifs
- plaintes somatiques
- sentiment de honte, de désespoir, de différence
- perte des croyances antérieures
- hostilité, repli social, sentiment de menace
- altération des relations, de la personnalité
- augmentation du risque de troubles paniques, troubles obsessionnels compulsifs, agoraphobie, phobie sociale, phobies spécifiques, troubles dépressifs majeurs, addiction, somatisation...

2. SCHÉMA RÉSUMANT LA PROBLÉMATIQUE



3. ORGANIGRAMME (HNP NDERA)

HNP Ndera – Frères de la Charité¹⁰⁶



¹⁰⁶ D'après le *Rapport d'activités : exercice 2006*, HNP Ndera, 2007

4. EMPLOI DU TEMPS

Semaine du 11 au 17 Juin 2007							
	Lundi 11	Mardi 12	Mercredi 13	Jeudi 14	Vendredi 15	Samedi 16	Dimanche 17
Matin	Préparatifs	Voyage : Genève-Bruxelles puis Bruxelles-Kigali	Hôpital Neuro-Psychiatrique de Ndera (HNP) – Visite générale	HNP - Rotations dans les services	HNP - Rotations dans les services	Visite de Remera-Rukoma avec le Rev. Karamaga, COE	Festival inter universitaire des grands lacs à Butare
Après-Midi	Valises !	Accueil chez les Frères de la Charité à Ndera	Supervision d'un cas clinique à l'HNP	Colloque dirigé par le Dr. Ait Mohand à l'HNP	Lectures à la bibliothèque des étudiants infirmiers en santé mentale (Twizere)	Premiers pas dans Kigali	Rencontre avec des étudiants en médecine à Butare

Semaine du 18 au 24 Juin 2007							
	Lundi 18	Mardi 19	Mercredi 20	Jeudi 21	Vendredi 22	Samedi 23	Dimanche 24
Matin	HNP Ndera - rotations dans les services	HNP Ndera - rotations dans les services	HNP Ndera - rotations dans les services	HNP Ndera - rotations dans les services	Visite de l'association «Parle je t'écoute» (Kigali)	Repos	Travail sur le début d'un plan pour le rapport
Après-Midi	Lectures à la bibliothèque des étudiants infirmiers en santé mentale (Twizere)	Lectures à la bibliothèque des étudiants infirmiers en santé mentale (Twizere)	Supervision d'un cas clinique à l'HNP Rencontre Avec le Dr. Munyandamutsa	Colloque dirigé par le Dr. Ait Mohand à l'HNP Départ de Ndera pour Kigali	Visite de l'ARCT (Kigali) Soirée chez le Dr. Munyandamutsa	Visite du site mémorial de Kigali (Gisozi)	Repos Rencontre avec l'A. Niyitegeka

Semaine du 25 Juin au 1^{er} Juillet 2007							
	Lundi 25	Mardi 26	Mercredi 27	Jeudi 28	Vendredi 29	Samedi 30	Dimanche 1
Matin	Service de consultations Psycho-Sociales (SCPS)	SCPS	SCPS Entretien avec Mme Misago, SCPS et PNSM	Conférence « Social Beliefs and Values » à l'IRDP puis SCPS	Entretien avec Mr. Samba, IRDP	Repos	Rencontre avec Mme Woungly-Massaga pasteure suisse envoyée par le Département Missionnaire (DM) auprès de l'Eglise Presbytérienne du Rwanda (EPR)
Après-Midi	SCPS	Entretiens avec Mme Mukamusoni, AVEGA Rencontre avec le Dr. Munyandamutsa Mr. Karekezi, FARG	SCPS	Entretien avec Mr. Kaboy, Ibuka Lectures à la bibliothèque du Tribunal Pénal International pour le Rwanda (TPIR)	SCPS	Mariage de Claire et Edmond (Kigali)	Repos Rencontre fortuite avec le Dr. Munyandamutsa

Semaine du 2 au 8 Juillet 2007							
	Lundi 2	Mardi 3	Mercredi 4	Jeudi 5	Vendredi 6	Samedi 7	Dimanche 8
Matin	Travail sur le rapport : mise en forme des données recueillies, plan, ...	Visite du site mémorial de Nyamata	Défilé militaire et discours au stade Amahoro à l'occasion de la journée de la libération	Entretien avec Mr. Rutembesa, faculté d'Education-département de psychologie clinique (Butare)	Voyage vers Kibuye	Repos	Excursion sur les îles du lac Kivu
Après-Midi	Travail sur le rapport : mise en forme des données recueillies, plan, ...	Mariage civil de Béatrice et Vincent (Nyamata)	Travail sur le rapport	Rencontre avec des étudiants en médecine et présentation de leurs projets liés à la santé mentale (Butare)	Visite de Kibuye avec Mr. Bizimana, infirmier psychiatrique	Visite d'un orphelinat à Rubengera Rencontre avec Mme Ehrensperger-Cuénod, psychiatre à Genève	Repos

Semaine du 9 au 15 Juillet 2007							
	Lundi 9	Mardi 10	Mercredi 11	Jeudi 12	Vendredi 13	Samedi 14	Dimanche 15
Matin	Visite de l'Hôpital de district de Kibuye et surtout du SCPS-Antenne de Kibuye	Travail sur le rapport	SCPS	Parc National de l'Akagera	Entretien avec le Dr. Dellaisse, CICR	Travail sur le rapport : regroupement et partage de toutes les informations, plan détaillé, première bibliographie, ...	Travail sur le rapport
Après-Midi	Entretien avec Mr. Bizimana,	Retour vers Kigali	Colloque dirigé par le Dr. Ehrensperger -Cuénod à l'HNP Rencontre avec le Dr. Munyandamutsa	Parc National de l'Akagera	SCPS	Repos	Repos

Semaine du 16 au 22 Juillet 2007							
	Lundi 16	Mardi 17	Mercredi 18	Jeudi 19	Vendredi 20	Samedi 21	Dimanche 22
Matin	Entretien avec Mr. Gasibirege, psychologue	Entretien avec Mr. Nziguheba, Handicap International	Entretien avec Mr. Niyomugabo, CICR	Lectures à la bibliothèque du TPIR	Travail sur le rapport	Rangements, Valises	Arrivée à Genève via Nairobi et Bruxelles
Après-Midi	Visite de la famille d'amis dans l'arrière pays au Nord de Kigali Soirée chez le Dr. Munyandamutsa	Entretien avec le Dr. Ait Mohand, psychiatre, CTB et APNSM	Cocktail avec Mme la Conseillère fédérale Micheline Calmy-Rey, pdte de la Confédération en visite au Rwanda Présentation de mémoires et discussion quant au rôle des juges intègres dans les juridictions Gacaca Rencontres à cette occasion avec Mr. Rutembesa Et le Dr. Munyandamutsa	Lectures à la bibliothèque du TPIR	Préparatifs du retour	Rangements, Valises Adieux au Dr. Munyandamutsa Départ de Kigali	

SOURCES

1. BIBLIOGRAPHIE

- Convention de coopération hospitalo-universitaire entre l'Université de Genève, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et l'Université nationale du Rwanda (UNR), Genève – Butare, octobre 2001
- Bilan et communications du séminaire d'initiation aux problèmes de santé mentale adressés aux titulaires des centres de santé, PNSM, Ministère de la santé, Kigali, juin – octobre 2002
- Bulletin trimestriel, FARG, Kigali, Octobre 2005
- Etude sur les violences faites aux femmes au Rwanda, AVEGA, Kigali, Décembre 1999
- Etude de Drygenov et al. UNICEF, 3030 enfants de 11 provinces, 2000
- Etude de Pham et al., 2091 personnes à partir de 7 événements retenus chez 100 personnes, 2001
- Etude de Haegengimana et al. AVEGA, 100 veuves du génocide, 2003
- Etude de Iyamuremye, SCPS, 120 patients, 2003
- Genocide : cancer that needs therapy, in *New Times*, n°1204, Kigali, Juin 2007
- Guide en santé mentale dans le contexte Gacaca, Ministère de la santé - PNSM, Kigali, Mai 2004
- Journées de réflexion sur la santé mentale, Ministère de la santé – Médecins du Monde, Kigali, 7-10 novembre 2000
- Le CICR au Rwanda en bref, Bulletin du CICR au Rwanda, Kigali, avril 2007
- Plan stratégique du secteur santé 2005-2009 – Santé mentale, Ministère de la santé, Kigali
- Politique nationale de santé mentale, Ministère de la santé, Kigali, 1999
- Rapport d'Activités : exercice 2006, HNP Ndera, Ndera, 2007
- Augustin, La question de l'aveu dans le dispositif de la justice traditionnelle Gacaca, Conférence, Kigali, 18 juillet 2007
- ABTAN, Benjamin, et al., Rwanda: pour un dialogue des mémoires, éd. Albin Michel, Paris, avril 2007
- AIT MOHAND, A., MISAGO, C. N., PNSM : Décentralisation des soins, Ministère de la santé, Kigali, Juin 2007
- AMAHIRWE, D., Analyse du rôle des juges intègres, Conférence, Kigali, 18 juillet 2007
- ARENDT, Hannah, Les origines du totalitarisme (tome II) : le système totalitaire, éd. Seuil, Paris, 1972
- AUBRY, Jean-Michel., AILLON, Nancy, CROQUETTE, Patrice, FERRERO, François, Rwanda : reconstruire, accompagner, former..., in *Santé mentale*, n°107, Avril 2006
- AUDET, Jean, KATZ, Jean-François, Précis de victimologie générale, éd. Dunod, Paris, 1999
- BAZIGA, V., Etude comparative des cas d'épilepsie avant et après le génocide de 1994, Kigali, 2002

- BIZIMANA, Gerard, Rapport annuel d'activité 2005, Pôle Opérationnel en Santé Mentale de Kibuye, Province de l'Ouest, Kibuye, 2006
- BIZIMANA, Gerard, Rapport annuel d'activités 2006, Pôle Opérationnel en Santé Mentale de Kibuye, Province de l'Ouest, Kibuye, 2007
- BIZIMANA, Gerard, Rapport intermédiaire d'activité Janvier – Avril 2007, Pôle Opérationnel en Santé Mentale de Kibuye, Province de l'Ouest, Kibuye, 2007
- BRAECKMANN, Colette, La France au Rwanda : Exercice d'autodéfense, in *Le Soir*, 21 Janvier 2006
- BERTRAND, M., Les enfants dans la guerre et la violence civile, éd. L'Harmattan, Paris, 1997
- CHARLIER, Jacques, Atlas du 21^{ème} siècle, éd. Nathan, Paris, 2007
- CHRETIEN, Jean-Pierre, L'Afrique des grands lacs : Deux mille ans d'histoire, éd. Flammarion, Paris, Janvier 2003
- COURTEMANCHE, Gil, Un dimanche à la piscine de Kigali, éd. Folio – Gallimard, Paris, 2006
- CROCCO, L., Les traumatismes psychiques de la guerre, éd. Odile Jacob, Paris, 1999
- DALLAIRE, Roméo, J'ai serré la main au diable : La faillite de l'humanitaire au Rwanda, éd. Libre Expression, Octobre 2003
- DASEN, P.B., GAKUBA, T., La résilience des jeunes rwandais réfugiés en France et en Suisse, Cours de psychologie interculturelle, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (FAPSE), Université de Genève, Genève
- DELECRAZ, C., DURUSSEL, L., et al., Scénario catastrophe, coll. Tabou, éd. Infolio – MEG, Genève, 2007
- ERNY, Pierre, Rwanda 1994, éd. L'Harmattan, Paris, 1994
- ESSOUNGOU, André-Michel, Justice à Arusha: Un tribunal international politiquement encadré face au génocide rwandais, éd. de L'Harmattan, Paris, 2006
- FERRERO, F., LAUBSCHER, A., MUNYANDAMUTSA, N., Santé mentale: dix ans de collaboration avec le Rwanda, in *Revue médicale suisse*, supplément d'août 2006, volume 2, (pp S39-S40)
- FRANCHE, Dominique, Généalogie du génocide rwandais, éd. Tribord, Bruxelles, mars 2004
- GAKUBA, T., Problèmes psychologiques, ressources personnelles et sociales, in *InterDIALOGOS*, 2006
- GAKUBA, Théogène-Octave, Les répercussions de la guerre et de l'exil sur l'identité de jeunes rwandais en France et en Suisse, Travail de recherche au cours d'un doctorat, FAPSE, Genève, septembre 2001
- GASIBIREGE, Simon, Approche de la prévention en santé mentale, in *Journées de réflexion sur la santé mentale*, Ministère de la santé – Médecins du Monde, Kigali, 7-10 novembre 2000
- GOUREVITCH, Philip, Nous avons le plaisir de vous informer que, demain, nous serons tués avec nos familles, éd. Denoël, 2002
- HATZFELD, Jean, Dans le nu de la vie : récits des marais rwandais, éd. du Seuil, coll. Points, Paris, Octobre 2000
- HATZFELD, Jean, Une saison de machettes, éd. du Seuil, coll. Points, Paris, 2003
- IONESCU, S, RUTEMBESA, E., NTETE, J.-M., Effets post-traumatiques du génocide rwandais, in *Psychopathologies et société*, éd. Vuibert, Paris, 2006

- IRDP, Reconstruire une paix durable au Rwanda : la parole au peuple, Institut de recherche et de dialogue pour la paix (IRDP) – WSP International, Kigali, Novembre 2003
- KABAGO, J., Le sens d'une commémoration, in *Le Monde diplomatique*, Paris, Mars 2004
- KAPLAN, H.-I., SADOCK, B.-J., Manuel de poche de psychiatrie clinique, éd. Pradel, 2005
- KAPUSCINSKI, Ryszard, Conférence sur le Rwanda, in *Ebène - Aventures africaines*, éd. Plon, Paris, Octobre 2000
- KARILA, L., Psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant, éd. Elipses Marketing, Paris, 2002, p. 63
- KEHRER, Brigitte, Rwanda : part de Dieu, part du diable, éd. L'Harmattan, Paris, octobre 2002
- LA LONDE, et al., Psychiatrie clinique : une approche biopsychosociale, éd. Gaétan Morin, Paris, 1999, (p.380)
- LEBAS, J., VEBER, F., BRUECKER, G., Médecine humanitaire, éd. Flammarion, Paris, 1994
- LEVI, P., Les naufragés et les rescapés : Quarante ans après Auschwitz, éd. Gallimard, coll. Arcades, Paris, 1989
- MISAGO, C. N., PNSM : Aspects épidémiologiques, Ministère de la santé, Kigali, ?
- MISAGO, C. N., La politique nationale de santé mentale, Ministère de la santé, Kigali, 2007
- MONENEMBO, Tierno, L'aîné des orphelins, éd. du Seuil, coll. Points, Paris, Mai 2000
- MUJAWAYO, Esther, BELHADDAD, Souâd, Survivantes : Rwanda – Histoire d'un génocide, éd. de l'Aube, coll. L'Aube poche essai, La Tour d'Aigues, Avril 2005
- MUKAGASANA, Yolande, N'aie pas peur de savoir - Rwanda : une rescapée tutsi raconte, éd. Robert Laffont, coll. J'ai lu, Paris, janvier 2000
- MUNYANDAMUTSA, Naasson, Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique. Réflexions autour de l'observation clinique d'enfants et d'adolescents survivants du génocide rwandais de 1994, Thèse de Médecine de l'Université de Genève, éd. Médecine et Hygiène, Genève
- MUNYURANGABO, E., La médecine traditionnelle face à la psychiatrie moderne au Rwanda, Kigali, Décembre 2001
- NATHAN, T., Le sperme du diable : éléments d'ethnopsychiatrie, éd. PUF, Paris, 1988
- OVERDULVE, C-M, Rwanda, un peuple avec une histoire, éd. L'Harmattan, Paris, 1997
- PERRIN, P., Protecting the victims in armed conflicts, in *War and Public Health*, Comité International de la Croix-Rouge, Genève, 1996
- PETERS, M, et al., Manuel de formation en santé mentale des populations affectées par des conflits, CICR, Genève, 1999, (p.39)
- RUGONDIHENE, C., A propos des représentations culturelles des maladies mentales au Rwanda, Mémoire de fin de troisième année du CES de psychiatrie, Dakar, 2004-05
- RUGONDIHENE, C., Quelques aspects particuliers de la santé mentale au Rwanda, Dakar, Juin 2004
- RUHANGA, G.D., Médicalisation, mondialisation et thérapeutique traditionnelle : Aspects culturels de la santé au Rwanda, Mémoire présenté en vue de l'obtention d'une licence en Santé publique, 1993-94
- SHYYAKA, Anastase, Le conflit rwandais, origines, développement et stratégies de sortie, étude commandée par la Commission Nationale pour l'Unité et la Réconciliation (CNUR)

- SIDILAMY, N., Dictionnaire de psychologie, 1999
- SUMMERFIELD, Derek, L'impact de la guerre et des atrocités sur les populations civiles : Principes fondamentaux pour les interventions des ONG et analyse critique des projets sur le traumatisme socio-psychologique, Dossier thématique n°14, éd. Réseau « Aide d'Urgence et Réhabilitation », Londres, Avril 1996
- TADJO, Véronique, L'ombre d'Imana - Voyages jusqu'au bout du Rwanda, coéd. Actes Sud - Léméac, Arles, Février 2006
- TOMKIEWICZ, S., La résilience, le réalisme de l'espérance, éd. Fondation pour l'enfance, 2001, (pp 45-66)
- VERSCHAVE, François-Xavier, De la Françafrique à la Mafiafrique, éd. Tribord, Bruxelles, 2004
- ZADJE, N., Souffle sur tous ces morts et qu'ils vivent !, éd. Pensée sauvage, 1993

2. ENTRETIENS ET CONFÉRENCES

A Genève

- Dr. Suzanne EHRENSPERGER-CUENOD, psychiatre, le 5 septembre
- Pr. François FERRERO, Médecin-chef du Service de psychiatrie adulte, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) – Faculté de médecine, Université de Genève, en février et en juin
- Théogène GAKUBA, psychopédagogue, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, en juin
- Rév. André KARAMAGA, Conseil Œcuménique des Eglises (COE), le 3 juin
- André LAUBSCHER, directeur des soins, HUG, en juin 2007
- Dr. Naasson MUNYANDAMUTSA, Psychiatre, IRDP et PNSM, La Métairie, Nyon, le 19 avril
- Dr. Christine UWIMANA, Médecin rwandais en spécialisation, Service de psychiatrie adulte, HUG, en juin
- Laurent WALPEN, ancien directeur des enquêtes pour le TPIR, en mai

A Ndera (en juin)

- Jean-Pierre BIMENYIMANA, infirmier responsable, centre pour enfants et adolescents Kundwa
- Vivine ILISA KABAGEMA, assistante sociale, salle des femmes en crise
- Jean-Michel IYAMUREMYE, directeur des soins infirmiers
- Emmanuel MIHIGO, infirmier, salle des femmes en crise
- Innocent MUSONERA, infirmier responsable, salle des femmes en crise
- Patrick NIYONZIMA, infirmier eegiste
- Frère Charles NKUBILI, directeur général
- Innocent NSENGIYUMVA, infirmier responsable EEG
- Pacifique NYIRABAKUNGU, sociologue et responsable du Service social
- Dr. Chantal RUGONDIHENE, psychiatre
- Dr. Arthur RUKUNDO, médecin généraliste

A Butare, Kibuye et Kigali

- Dr. Achour AIT MOHAND, Psychiatre, Coopération Technique Belge (CTB), Kigali, en juin et en juillet
- Gérard BIZIMANA, infirmier responsable, POSM Kibuye, du 6 au 10 juillet
- Dr. Catherine DELLAISSE, CICR, Kigali, le 13 juillet
- Dr. Suzanne EHRENSPERGER-CUENOD, psychiatre (installée à Genève), Kibuye et Kigali, en juillet
- Roberto FOA, World Value Survey – Banque mondiale, Kigali, le 28 juin

- Simon GASIBIREGE, psychologue, Kigali, le 16 juillet
- Benoît KABOY, secrétaire exécutif, IBUKA, Kigali, le 28 juin
- Rév. André KARAMAGA, Conseil Œcuménique des Eglises (COE), Kigali, les 12 et 16 juin
- Jean-Marie KAREKEZI, secrétaire exécutif, FARG, Kigali, le 26 juin
- Jean-Paul KIMENYI, étudiant en médecine, Butare et Kigali, en juin et en juillet
- Clair Nancy MISAGO, Responsable a.i., PNSM – SCPS, Kigali, le 27 juin
- Jeanne MUKAMUSONI, responsable du programme psychosocial et médical, AVEGA, Kigali, le 26 juin
- Dona MUNYANDAMUTSA, Directrice, Twizere, Kigali, les 22 juin et 16 juillet
- Dr. Naasson MUNYANDAMUTSA, Psychiatre, IRDP et PNSM, Kigali, en juin et en juillet
- Emmanuel MUSONI et Matilda NSIGAYE, responsables du projet « santé mentale », MEDSAR, Butare, le 5 juillet
- Abbé Celse NIYITEGEKA, Kigali, en juin et en juillet
- Gad NYIOMUGABO, CICR, Kigali, le 18 juillet
- Augustin NZIGUHEBA, chef du Projet Santé Mentale, Handicap International (HI), Kigali, le 17 juillet
- Eugène RUTEMBESA, doyen de la faculté de l'éducation, Université Nationale du Rwanda (UNR), Butare, les 5 et 18 juillet
- Eugène SAMBA, IRDP, Kigali, le 29 juin
- Lucette WOUNGLY-MASSAGA, pasteure, envoyée du Département Missionnaire (DM) auprès de l'Eglise Presbytérienne du Rwanda (EPR), Kigali, le 1^{er} juillet
- Janvier YUBAHWE, président de MEDSAR, Butare, les 17 juin et 5 juillet
- Calliope AKINTIJE SIMBA, responsable du projet « gestion des conflits », MEDSAR (Association des étudiants en médecine du Rwanda), Butare, le 5 juillet

Conférences

- Festival international du film sur les droits humains, Genève, du 8 au 17 mars 2007 :
FORESTIER, Patrick, *Congo, un combat pour la vie*, Film avec Christine Schuler Deschryver (suivi d'une table ronde)
- *Conflits armés et santé mentale*, Conférence du Dr. Naasson MUNYANDAMUTSA, Belle-Idée (HUG), Genève, avril 2005
- *Tentative de survie post-traumatique : Les méandres de la mémoire*, Conférence du Dr. Naasson MUNYANDAMUTSA, La Métairie, Nyon, avril 2007

REMERCIEMENTS

A l'heure d'écrire ces mots, bien des visages nous viennent en tête ! Nous ne voudrions oublier personne bien sûr mais surtout exprimer notre immense gratitude à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la rédaction de ce rapport, de même qu'à ceux qui ont rendu notre voyage si riche et si exceptionnel.

En premier lieu et tout particulièrement, nous voudrions remercier le Pr. François Ferrero pour son soutien et son enthousiasme dès le début de ce projet, ainsi que le Dr. Naasson Munyandamutsa pour son accueil, sa disponibilité et sa constante attention envers nous.

A tous les responsables d'associations et à toutes les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus à Genève ou au Rwanda, nous formulons un immense merci pour le temps précieux qu'elles nous ont consacré.

Nous pensons également à tout le personnel du HNP à Ndera, du SCPS à Kigali et de l'hôpital de Kibuye, qui nous ont chaleureusement accueillis dans leurs différents services et qui ont eu la patience de répondre à toutes nos questions.

Un merci tout spécial s'adresse à ceux qui nous ont aidé à relire et à corriger ce rapport afin de le rendre plus juste et plus intelligible : le Dr. Suzanne Ehrensperger-Cuenot, le Pr. François Ferrero, le Dr. Naasson Munyandamutsa ainsi que nos parents.

A tous nos amis rwandais qui par leur présence et leur joie de vivre ont pimenté notre séjour, nous disons merci et à bientôt.

Enfin, à vous qui nous lisez, merci de votre intérêt mais aussi de votre indulgence.

Dessislava Anguelova

Eugénie Colin-Benoit

Ludovic Maudet

Simon Regard



En pleine séance de travail..., 09.07.07