**11\_La prise en charge psychologique**

Les podcasts de l'UA.

Le 4ème Congrès Mukwege a été l'occasion d'une session spécifique dédiée à la prise en charge psychologique des enfants victimes de violences sexuelles en temps de guerre à travers cinq interventions. Cette session est présidée par Adélaïde Blavier, professeur de psychologie et responsable du Centre d'expertise en psycho traumatisme et psychologie légale de l'Université de Liège. Buuma Maisha, professeur en psychothérapie à l'Université Saint-Paul d'Ottawa, ouvre cette session en revenant sur l'attribution de sens à la souffrance psychologique des enfants victimes de violences sexuelles en temps de guerre et sur les enjeux culturels et relationnels associés. S'ensuit une étude du One stop center de l'hôpital et de la Fondation Panzi en République démocratique du Congo et de l'évolution de la santé psychologique des survivantes de viol. Par Samuel Musisiva, doctorant en psychologie clinique à l'Université de Liège. Abdul Rahman Rasho, maître de conférences en psychologie à l'Université Rennes 2, propose une étude du traumatisme psychologique chez les enfants yézidies en post captivité par l'État islamique. Nous revenons sur le cas de la République démocratique du Congo, notamment sur les effets de la guerre sur le développement psychomoteur des enfants, au prisme d'une étude de Joëlle Ngoie Musasa, doctorante en psychophysiologie à l'Université libre de Bruxelles. Cette session se conclut sur les propos de Sabine Michiels, kinésithérapeute, psychomotricienne et doctorante en sciences de la motricité à l'Université libre de Bruxelles, qui partage son étude sur les effets des soins psychomoteurs pour aider les enfants victimes de la guerre.

Voilà. Bonjour tout le monde ! Les courageux du vendredi après-midi, avant dernière session. Donc ici on va se pencher sur la prise en charge psychologique et parfois évidemment un petit peu plus large aussi. Et on va directement débuter avec notre collègue Buuma Maisha, qui vient donc de l'Université Saint-Paul d'Ottawa et qui va nous parler de l'attribution de sens à la souffrance psychologique des enfants victimes de violences sexuelles en temps de guerre, enjeux culturels et relationnels, Buuma on t’écoute, merci.

Bonjour tout le monde, content d'être ici, première fois à Angers et je suis très impressionné par les contacts que j'ai réussi à avoir et l'apprentissage par les formations que j'ai obtenu à travers toutes les présentations. Ça fait longtemps que je m'intéresse à la question de violences sexuelles. Depuis 2012, en fait. Et à un certain moment, j'ai commencé en travaillant avec des personnes qui commettent des abus sur les enfants qu'on peut appeler un peu pédophile parfois, par exagération. Ensuite, je me suis intéressé à la question de victimisation, en travaillant avec les victimes de violences sexuelles en temps de guerre, en RDC spécifiquement. Et je continue, je me pose toujours la question quel sens à ces personnes accordent à leur souffrance, au viol notamment. Et je continue à m'intéresser à cette question, à creuser davantage. Donc aujourd’hui je vais vous présenter quelques notions de ce que je connais jusque-là, inspiré de différentes recherches que je fais.

Je sais que pour les victimes, il y a un sens, évidemment, qui peut leur être communiqué à travers les cours des tribunaux, des définitions légales, de ce que c'est un viol. Peut-être l'absence de consentement, la transgression des frontières, de la dignité, une violence physique. Et ce sont des mots, ce sont des définitions qui sont là, qui sont construites socialement. Et moi, je m'intéresse au processus intérieur de ces victimes, comment elles définissent alors ce viol. Ici, dans cette présentation, je parlerai de trois choses. Je dirai d'abord le viol vu comme tabou sexuel, parce que c'est aussi ça un concept qui m'intéresse depuis longtemps. Lorsqu'on définit un viol, parfois on a tendance de le faire de manière universelle. Mais c'est aussi important de voir comment les personnes, dans un contexte spécifique, donne du sens à cette expérience-là.

Dans un contexte où le viol n'est pas nécessairement interprété comme ça se ferait ici à Angers. Mais ce contexte où le tabou ou plutôt le viol, la violence sexuelle est vu comme transgression de tabous sexuels. Et lorsqu'on parle de tabou, on sait que c'est une condition mise à part, interdite aux contacts. Et si on entre en contact avec cette condition et ça veut dire qu'on se rend coupable volontairement ou non, de transgression de normes qui sont là. Et donc on est à en quelque sorte punissable socialement. Et ça peut arriver alors à ce que même les victimes se retrouvent dans cette situation où il y a un regard, il y a un jugement qui est porté contre elles. Lorsque on interprète la violence sexuelle, le viol comme étant un tabou ou une transgression des tabous et comment elles vivent cette situation, moi ça m'intéresse.

Je parlerai aussi de recommandations, je viens de compléter une recherche qui est différente. Elle ne porte pas sur les enfants nécessairement, mais elle porte aussi sur l'attribution de sens à la souffrance psychologique. Donc je fais un peu le point avec mes recherches intérieures et après je pourrais lancer une invitation. Je suis en train de travailler sur un projet d'édition d'une note spéciale, “special issue“, un numéro spécial de publication dans une revue qui pourra porter sur l'impact du viol et des violences sexuelles sur les relations entre survivants. Donc, je pourrais vous partager, peut-être vous inviter ceux et celles qui pourraient être intéressés à contribuer.

Alors, lorsqu'on interprète le viol comme tabou sexuel, qu'est-ce que ça donne ? Je crois avoir mentionné déjà le fait que ça met la victime contre son propre mode d'interprétation, contre sa propre vision du monde, contre sa propre, son propre système de croyances.

Et là, au lieu d'obtenir le soutien de ceux et celles autour d'elle, parfois c'est le jugement qui vient, parfois c'est de soumission à des conditions difficiles, des conditions de revictimisation d'ailleurs qui s'ensuit. Et ça, ça crée une énorme souffrance pour la victime.

Donc le viol pour ces victimes, enfants ou adultes, soit il peut être une tâche sur l'identité de la victime et on se demande que devient la victime pour soi tel qu’intériorisé parce que cette victime fait partie d'une communauté, d'un système qui a une certaine perception par rapport à l'expérience de viol. Perception à développer à partir de la théorie de tabou et donc elle devient une honte pour soi, pour ses relations aussi, donc son conjoint, ses enfants, à des personnes autour d'elle.

J'ai entendu des témoignages lors d'une collecte de données des survivantes, même plus jeunes et qui se disent moi on m’appelait femme du colonel tel. Là je tais le nom, le nom plutôt, on m'appelait femme de milice X. Alors ça devient une identité, parfois communiquée par les membres de la communauté, peut être eux aussi à leur manière de passer leur colère contre ce qui est, ce qui est arrivé à leurs enfants, mais de manière mésadaptée, non, ça crée le viol devient ou la personne devient fusion. Il y a fusion plutôt du viol ou de la sexualité et l'identité de la femme ou de la victime, avec potentiel de sexualisation des relations. Avec comme enjeu une reprise utopique de pouvoir, parce que ce n'est pas toujours le cas, même si la personne peut se dire au moins je vais aller avec qui je veux, je vais sexualiser la relation et ça me donne le sens, comme je, c'est moi qui suis à la commande. Mais il y a toujours un sentiment parfois de souillure qui s'ensuit, même lorsque ça vient, c'est initié. J'ai travaillé dans ma pratique privée avec une femme adulte qui a été abusée sexuellement à l'enfance. Et la crainte pour elle, ce qui l'amène en clinique en consultation, c'est sa crainte qu'elle trompe son mari parce qu'elle a des fantasmes de viol, elle fantasme se faire violer et elle se culpabilise parce que chaque fois qu'elle fait un rapport sexuel, elle fait l'amour avec son conjoint, elle s'imagine, elle n'est pas avec ce conjoint-là. Elle s’imagine une scène où elle se fait violer et c'est ça qui lui donne envie de continuer. Donc il y a cet enjeu de reprise de pouvoir dont je parlais tantôt, à agir comme cela est attendu d'une femme parfois à la sexualisation de relation ou plutôt ça a donné la sexualité peut être vécue comme une réponse. C’est ce qui est attendu de moi donc je vais le faire autant que je peux. Alors cette victime a en tout cas interprété à partir de normes du tabou sexuel. Ne se sent plus ce qu'elle est censée être. De manière générale, on sait qu'il y a abus, il y a transgression de frontière personnel, il y a destruction de l'innocence, surtout dans le cadre des enfants. Mais lorsqu'on va maintenant dans un contexte de tabou et parfois c’est général d’ailleurs parce qu’on peut avoir tendance de dire ça on le comprend seulement dans un contenu spécifique, mais parfois c'est universel. La notion de suivre, le sentiment d'être souillée, moi je l'entends, ça s'exprime par des clients qui ne s'identifient pas nécessairement avec le contexte que j'ai étudié.

Le déshonneur qui est là, la personne qui est devenu un sujet de déshonneur pour soi, pour sa famille. Elle ne sera plus une fille idéale pour ses parents, elle ne sera plus une femme idéale pour son futur mari. Alors il y a quelque chose de normalité qui est songée, qui est détruite chez cette personne. C'est la victime. Il y a une énorme souffrance relationnelle aux conséquences délétères. Je crois fermement que la question du trauma, notamment les traumas sexuels, se réalise dans un contexte relationnel meilleur c’est des opportunités dans le contexte relationnel pour se remettre de ces traumatismes.

En 2017, vous avez publié un ouvrage intitulé *Les tabous sexuels transgressé : viol en temps de guerre.* Donc, il y a certains des éléments que je reprends ici dans un contexte de viol interprété comme tabou, on peut observer ces conséquences ici chez la victime, à cause de la réaction sociale, il peut y avoir exacerbation de la souffrance de la victime qui est depuis de son système de soutien. Lorsque les personnes censées vous soutenir commencent à vous user, ça vous isole en quelque sorte, ça vous enlève de votre source de résilience.

Il y a, la personne peut être forcée à l'isolement, il y a difficulté à faire confiance à autrui parce qu'en tout cas on se sent jugé et chez soi et à l'extérieur, on se sent pointé du doigt. Il y a régression sur le plan social, donc perte d'estime sociale, du réseau social et de liberté de mouvement paisible. Il y a perte de statut aux valeurs sociales, perte d'identité sociale. Il y a un futur qui devient incertain et parfois les gens vont choisir de se retirer de leur communauté, de se retirer de leur ville ou village pour aller ailleurs. Il y a attrait. Hier, j'entendais quelqu'un dire que les hommes victimes étaient plus à l'aise d'aller s'exprimer loin de chez eux. C'est une autre forme, peut-être d’auto-exclusion, mais d'exil aussi qui se produit chez ces victimes-là.

Perte du sens de vie, on se demande pourquoi continuer à mener une vie où on se sent seul contre tout le monde. Il y a viol comparable à la mort ce sont des propos des participants à la recherche que vous avez faite en 2014 qui a abouti à ce livre ici. Et il y a détresse émotionnelle aussi, on peut parler de la honte, la culpabilité, la peur qui est là, l'humiliation, ce sentiment d'abandon, de déception que les gens ne se mobilisent pas pour accompagner la victime dans son processus de guérison.

Il y a une certaine colère contre soi, colère contre son entourage, parfois aussi colère contre l'agresseur. Il y a tristesse au sein de la famille. Bien sûr, il y a perte de valeur et faible image de soi et de l'autre, qui sont deux concepts assez intéressants dans ma recherche. Le tabou amène la stigmatisation, très bien. Il y a des difficultés relationnelles, il y a auto-stigmatisation. Il y a le rejet qui est subi, il y a auto-isolement. Et quand je dis ça, ce n'est pas pour dire que l'interprétation du viol chez la victime ou dans sa communauté, nous devons s'y opposer. Parce qu'en tant que clinicien, nous devons être à l'écoute de ça pour savoir accompagner la personne. Parce que même si nous nous comprenons, donnons un sens spécifique à cette expérience, le sens donné par la victime et sa communauté va continuer à dicter comment il vit dans ces relations.

Alors il y a des soins sollicités. Là je vous, c’est juste nommer quelques ressources qui ont été soulevées par les participants. Et si on voit l'importance de relations chez les survivantes et relations malsaines, évidemment, cela va conduire à plus de détresse psychologique, à ce qui peut nécessiter une thérapie relationnelle que moi je recommande souvent. Ça peut être une thérapie de couple ou une thérapie familiale.

Il y a des bonnes frontières qui peuvent, qui doivent être développées, un changement d'environnement parfois est nécessaire. Alors que les relations nourrissantes sont soutenantes et peuvent faciliter la résilience chez la victime.

Alors en thérapie, on peut se demander c'est quoi les enjeux ? Avec tout ce que je viens de mentionner, on voit qu’on peut avoir des difficultés à nouer une bonne alliance thérapeutique lorsqu’on comprend l'expérience de la victime à partir de deux visions du monde différentes.

Alors c'est important d'avoir une certaine curiosité pour s'ouvrir et comprendre comment la victime fait du sens à son expérience afin de ne pas le choquer, afin de ne pas en tout cas victimiser de nouveau ou briser l'alliance qui doit être là. Importance de faire un effort pour comprendre les mots de la conceptualisation, comprendre comment on peut changer certaines, on peut amener la victime à changer certaines perceptions afin de rendre l'expérience non surnaturelle, mais plutôt une expérience humaine sur laquelle il peut avoir du contrôle et il peut être accompagné pour un changement vers la guérison. Évidemment, intégré certaines interventions qui soit inspirée de ressources disponibles, de ressources communautaires de la victime devient aussi important.

Donc, ces quelques recommandations que j'avais ici, maintenant, je vais m'arrêter ici pour faire un appel. J'en parlais tantôt, je crois fermement à la place de la relation. On s'est intéressé à comment les survivantes, les victimes vivent leur relation et évidemment, le sens qu'ils accordent au viol va dicter comment ils vont vivre leur relation. Et ici, j'ai eu la chance d'être invité comme éditeur d'un numéro spécial pour la revue Social Sciences publié par MDPI. Et là, nous allons. Moi, je sollicite des collègues et je vais évidemment contribuer moi-même à produire un numéro qui va focaliser sur l'impact de viol et de violences sexuelles sur les relations de survivantes. Et ça sera un numéro pluridisciplinaire. Vous n'avez pas besoin d'être psychologue ou médecin. Tout le monde qui travaille auprès des victimes et qui s'intéresse à la question de relations post viol, post violence sexuelle peut nous produire un texte et nous allons contribuer, mettre une connaissance importante à la disposition de la communauté scientifique mais aussi à la communauté en général. Donc voilà, si vous avez des questions, je vous remercie.

Merci bien. Voilà, on a quand même le temps pour une ou l'autre question. Est-ce qu'il y a une question ? Oui, il y en a une juste ici, en dessous.

Oui. Merci beaucoup pour cette intervention très instructive. Vous avez terminé dans les recommandations d'accompagnement de l'exploitation des ressources communautaires de la victime, de votre expérience. Quelles en sont quelques-unes dont vous avez pu faire l'expérience ?

Parce que je pense que c'est à ce niveau-là qu'il faut également … Parce que parfois, toutes les communautés n'ont pas les ressources en psychologue et donc on fait, on utilise les ressources de la communauté pour pouvoir les faire avancer. Merci.

Alors au niveau des ressources, je ne pourrais pas dire que je connais toutes les ressources communautaires. On doit poser, on doit travailler avec la victime pour savoir comment ça se fait, comment eux s'y prennent dans leurs communautés. Un exemple de ressource que j'entends souvent, ce sont des rites. C'est parfois le rite peut être une expérience de guérison, ou de rédemption, ou de réintégration dans la communauté. Alors, et ça, ça va permettre à ce que la communauté ramène ou plutôt la victime ramène le soutien de la communauté pour elle et ce qui pourra alors soutenir la guérison. Évidemment, je le dis avec réserve, parce que certains rites peuvent aussi être revictimisant et donc travailler avec notre cliente, la victime, pour nous assurer que le rite, on le travail et lorsque cette expérience est là, elle est vécue comme une expérience de guérison et non de victimisation. Parce que le danger est là. Lorsqu’on lit sur certains rites. J'en ai publié quelques exemples dans le livre que je viens de citer, à moi-même j’avais une certaine colère lorsque je lisais certains d’état qu'est ce qui se fait. Et je me dis mais pourquoi refaire vivre tout ça à la victime ? Ah mais je ne peux, je ne peux pas me mettre seulement dans une posture de critique de cette ressource. Je dois la comprendre et peut-être l'adapter pour m'assurer que c'est constructif au processus de guérison de la victime.

Peut-être je peux donner, dans le travail que j'ai fait sur les mariages précoces et forcés en temps de conflit. Vous pouvez parler un peu plus fort. Je dis que dans le travail que j'ai fait sur les mariages précoces et forcés en temps de conflit, j'ai remarqué qu'au sortir du conflit, les personnes qui notamment avaient fait l'objet de ces pratiques-là, parfois également, souhaitaient la ratification par la communauté de ces relations-là, et donc allaient vers les parents pour entamer les procédures formelles de validation de ces unions dont c'est également une pratique que j'ai annoté.

Très bien. Merci.

Merci. On laissera aussi peut être à la fin un peu de temps d'intervention. Je pense que ce qui est intéressant, c'est quand même aussi dans ce que tu disais cette fusion d'identité. Et en fait, le problème des victimes, c'est qu'elles n'ont plus d'identité autre que celle de victime. Et retrouver une nouvelle identité, ça c'est vraiment de l'individuel, du cas par cas et où la culture va jouer un rôle important. Merci beaucoup. On va passer à la communication suivante. Samuel Musisiva. Je vais la mettre. Donc voilà Samuel Musisiva qui va donc nous parler de l'évolution de la santé psychologique des survivantes de viol soigné à l'hôpital de Panzi.

Bonjour, J'ai l'honneur vraiment de me présenter devant vous pour vous présenter des données partielles d'une étude que nous sommes en train de mener sur l'évolution de la santé psychologique des survivantes des viols soignés à Panzi.

Je suis Samuel Musisiva, je suis doctorant à l’Université de Liège et je suis aussi psychologue clinicien, praticien du One stop Center. Mon intervention va être beaucoup plus focalisée sur quelques points. Souvent, on va essayer de parler un peu de l'introduction, les objectifs, la méthodologie, les résultats bien sûr partiels, les forces et limites, mais aussi des implications avant de pouvoir proposer des pistes de recherche, disons intérieures.

Alors par rapport au contexte, depuis le début du congrès, nous sommes en train de revenir sur le contexte. Il y a beaucoup de présentateurs qui sont revenus sur le contexte de guerre en République démocratique du Congo, un contexte dans lequel le viol a été utilisé par plusieurs, dans plusieurs formes à la fois comme arme de guerre, mais aussi socialisé maintenant, parce que les civils commencent aussi à s'en approprier pour essayer encore une fois d’amener une barbarie auprès des victimes. C'est ainsi que le viol est devenu de plus en plus un problème de santé publique qui est, qui engage beaucoup d'efforts de la réponse au niveau local comme au niveau international. Il y a beaucoup d'efforts qui sont en train d'être mené, y compris ce que nous sommes en train de faire. Ce sont des efforts pour essayer de donner la réponse à ce fléau. Mais il est tout à fait difficile à l'état actuel de déclarer que la solution est déjà trouvée de manière définitive. Voilà pourquoi l'hôpital de Panzi, dans les efforts s'inscrivant effectivement dans cette perspective, rapporte que plus de 55 000 femmes soignées depuis sa création sous ces effets là des viols. Et si on part de cette moyenne de fréquence, on peut dire carrément que l'hôpital soigne en moyenne six cas possibilités par jour depuis la création de cet hôpital, c'est qu'il y est déjà une incidence assez grave si on peut soigner six cas par jour. Et ça, ça signifie que c'est un problème très très fort de santé publique. Alors l'hôpital soigne aussi ces survivantes et les soigne dans une prise en charge holistique que l'on appelle One stop center, qui est un modèle de prise en charge holistique, collaborative des quatre piliers de soins interdisciplinaires.

Ces soins interdisciplinaires dans leur jargon ils appellent ça des piliers où nous avons le pilier médical, le pilier médical qui se charge de soins curatifs et prophylactique, des infections sexuellement transmissibles, des blessures graves, de la prévention du VIH et de beaucoup d'autres complications qui sont somatiques.

Le pilier psychosocial qui nous intéresse le plus, c'est un pilier qui s'occupe essentiellement de l'atténuation de la détresse psychologique et la prévention ou le soin des troubles de stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression et toutes les autres conséquences psychologiques qui suivent cet acte d'agression qui est horrible pour ceux qui la vivent.

Alors on a aussi les piliers, le pilier légal qui est un pilier, qui est, qui est l'accompagnement juridique par des conseils bien sûr, mais aussi l'accompagnement judiciaire par des procédures juridiques. Lorsque vous avez effectivement apporté la réponse, la réparation du préjudice et qui sont, qui viennent effectivement de cette situation, de l'incident ou de l'agression.

Nous avons aussi le pilier socioéconomique qui est un pilier de réinsertion économique. Je voudrais par-là rebondir aussi parce que mon prédécesseur a présenté, il est vrai, que tout ce contexte-là qui a été présenté amène la survivante à avoir des difficultés réelles à ses réinsérer dans la communauté. Voilà pourquoi, dans la prise en charge holistique de l'hôpital de Panzi, ils prévoient effectivement un processus de réinsertion qui prend en charge à la fois l'aspect économique et l'aspect social. Voilà pourquoi dans ce processus, il y a des apprentissages de métier. Il y a un kit de démarrage pour pouvoir amener la victime à changer la donne et à être plus ou moins autonome.

Et quitter cette réflexion de la victimisation et très carrément d'ailleurs dans le jargon, ils parlent de quitter l'aspect victime vers l'aspect survivante, comme pour dire qu'elle a survécu à un événement horrible. Toutes ces activités-là se passent au sein d'une même structure et dans un seul lieu. Voilà pourquoi on l'appelle One stop center, comme pour dire activités sont dans un seul endroit.

Alors l'exploit de ce modèle n'est pas sans défis pouvant effectivement affecter la résilience de ses bénéficiaires. Quelques défis peut-être que nous pouvons épingler, et rapidement. Ce sont peut-être la défaillance. On est longuement revenu sur cela pendant la journée, la défaillance de la justice, ceux qui nous ont précédés l'avant-midi. Or, l'engouement, seul engouement revenu par ça parce qu'effectivement les agresseurs circulent en toute liberté. Et quand un agresseur qui vous a agressé continue à circuler entoute liberté, c'est tout à fait un problème. Parce que du coup, on a toujours peur de nouvelles victimisations et de représailles. Et il y a une dépendance du modèle aux financements extérieurs. Il est vrai que le modèle n'est pas encore intégré dans les souhaits de santé de manière générale au pays.

Ce qui fait que le modèle a une dépendance aux financements extérieurs. D'autant plus que le soin sont gratuits et c’est ce qui fait qu’effectivement la limite elle donne une certaine limite, à certains piliers ; lorsqu’il y a peut-être carence de financements ou peut-être d'autres piliers. Par exemple le pilier légal, lorsque l'on voit que bon, même si je peux poursuivre mon bourreau, pourtant la justice n'est pas correcte et du coup, je risque alors d'être à nouveau victime parce que lorsque je vais tenter d'y aller et que disons la justice n'est pas correcte.

Du coup, quelques temps plus tard, c'est cet auteur-là qui va revenir vers moi. Maintenant, ça va être beaucoup plus fort que ce qui a été précédemment vécu. Et il y a quand même certaines difficultés aussi qui peuvent venir aussi de là, de ce manque d'intégration du modèle dans les soins de santé de manière générale, qui peuvent effectivement générer l'insuffisance du suivi postcure parce qu'effectivement la plupart de ces survivantes viennent de très loin. Et puis du coup, le suivi peut poser problème dans la mesure où s'il n'y a pas un financement qui permet que cela se passe de manière régulière et de manière systématique, voilà un de ces différents défis. Il faut peut-être dire que, alors il faut peut-être dire qu'à plusieurs se … Alors voilà, ça y est. Il faut se dire que plusieurs recherches ont été menées sur le modèle et vous l'avez constaté depuis le début du congrès, il y a des recherches de plusieurs auteurs qui ont mené des recherches autour de ce modèle. Mais il faut dire que très peu discutent de l'évolution de la santé psychologique des survivantes. Pourtant, les survivantes endurent les conséquences psychologiques multiformes, dont principalement la dissociation.

Je me rappelle que le concept de dissociation et revenu plusieurs fois dans le Congrès et les présentateurs qui sont revenus sur ce concept, ont éclairé l'aspect ou peut-être c'est là qui ne sont pas du domaine ils ont compris de quoi il s'agit et l'ampleur de la dissociation. Du coup, c'est ces multiples formes de conséquences psychologiques que la survivante est en train de suivre, en train de vivre, ne leur permet pas effectivement de pouvoir développer une résilience et un bien être psychologique correct. Ce qui fait qu’au niveau de l'hôpital de Panzi, le premier soutien psychologique et lequel on apporte améliore effectivement le tableau clinique de cette détresse péri traumatique chez les victimes parce qu'effectivement, il y a cette empathie avec laquelle le présentateur accueille la survivante, cette chaleur affective et ce soutien social que la survivante reçoit de ce processus de soins. Fait que la survivante puisse être en mesure de trouver rapidement, disons, la guérison. Au point de vue psychologique, cependant, il faut avouer que les troubles de stress post-traumatique est évolutif. Il peut aussi évoluer vers la chronicité si jamais les interventions ne sont pas faites rapidement.

Alors qu'est-ce que nous sommes en train de faire dans cette étude ? Un objectif que nous nous sommes assignés, c'est que nous voulons suivre l'évolution de la santé psychologique des survivantes pendant le traitement et après la prise en charge et de manière plus spécifique. Nous voulons donc déterminer l'influence de ce modèle sur la dissociation et les symptômes comme des troubles stress post-traumatique, mais aussi de la résilience. Après la prise en charge de l'hôpital de Panzi.

La méthodologie que nous avons suivie. Nous sommes en train de suivre une étude longitudinale sur 36 victimes à relier à l'admission à l'hôpital de Panzi et nous les enrôlant à l'admission et les critères pour être admis dans l'étude, c'est seulement avoir été victime de viol au cours de la même année d'étude. Donc disons de janvier à septembre 2023, nous avons fait trois pas de mesures à l'admission à la sortie de soins, mais aussi six mois plus tard, après les soins et les mesures, disons les tests psychopathologie qu'on a utilisée sur les traumas sur le questionnaire de dissociation péri traumatique, mais aussi l'échelle de résilience. Les résultats se présentent rapidement de la manière suivante. On a commencé à vous parler, présenter les résultats. Bien sûr, des caractéristiques socio démographiques et il est vrai que la plupart des survivantes que nous avons enquêté jusqu'à présent, elles sont des mariées et elles sont sans niveau d'études. Et la plupart de ces travaux qu'elles réalisent, elles ont une occupation agricultrice que c’est cela leur occupation. Et du point de vue de l'agression. L'ampleur de l'agression qu'elles ont connue. Alors l’agression se passe, ça s'est passé pour la plupart des fois, c'est au champ. Bien sûr, c'est tout à fait normal parce que c’est là qu’elles passent beaucoup de leur temps. Et les types de viols qu'elles, ces survivantes ont connu, elles sont partagées entre les viols collectifs et les viols individuels.

Et du coup, les bourreaux ou bien les acteurs, les agresseurs sont à la fois de militaire et de plus en plus des civils non identifiés. Et les résultats du point de vue des suivis de la santé psychologique se présentent de la manière suivante. Alors à l'admission, lorsque nous comparons les résultats, les scores que les survivantes ont eu à l'admission, c'est qu’à l'admission les scores, les symptômes étaient extrêmement élevés. Mais à la sortie, on a constaté une diminution significative des symptômes parce qu'ils sont passés par un traitement du modèle One stop center. Mais cela nous a poussés à vérifier aussi si ces symptômes pouvaient avoir évolué aussi dans les temps. Et effectivement, nous avons aussi comparé six mois plus tard et on a constaté qu’effectivement, les symptômes sont restés diminués six mois plus tard entre la dissociation et les troubles de stress post-traumatique. Cependant, la résilience n'a pas évolué et on comprend pourquoi. Parce qu'effectivement la situation de réinsertion, l'environnement de réinsertion n'est pas vraiment favorable tel que le président l’a bien décrite. La demande de réinsertion n'est pas favorable pour la situation de ces survivantes.

Alors peut être qu'on peut parler des implications cliniques par rapport à cette étude. Pour finir. Alors, il faut dire que cette étude, les résultats de cette étude montrent qu'il faut renforcer la capacité de résilience, de postcure, pendant les soins et il faut essayer de voir si on peut atténuer la tendance de la dépendance du modèle par les survivantes, mais aussi intégrer tous les piliers dans la construction de la réponse globale des survivantes et enfin solidariser les efforts afin que la famille, comme cela a déjà été dit d'ailleurs, pour que le soutien social, communautaire, le soutien familial puisse être mis à contribution pour une bonne résilience. Ceci étant dit, nous suggérons que les études puissent être et puissent continuer pour essayer d'évaluer les facteurs qui déterminent la résilience, mais aussi l'interdisciplinarité au sein du modèle. Je dis merci.

Merci, merci beaucoup pour la présentation. On a peut-être le temps pour une courte question. Oui, ici devant.

Bonjour, je m'appelle Ida, je suis psychologue. Je suis pleine d'admiration pour ce que vous venez de décrire et pour votre travail. Si je dois choisir une parmi les mille questions, ce serait peut-être juste quelques mots de plus sur le contenu de la composante psychologique du One stop center, sur ce qui se passe exactement.

Je peux glisser une deuxième question. Vous avez parlé des inconvénients du fait d'offrir dans un hôpital centralisé et je voulais avoir vos pensées par rapport à la possibilité d'une continuité des soins plus au niveau local, que ce soit dans les centres de santé, maisons d'écoute ou autres. Au niveau de la commune, de la communauté, proche de là où habite la personne et si possible aussi vos réflexions sur la possibilité de mélanger un peu la population parce qu'ici on a appris que vous êtes victimes de violences sexuelles, vous n'avez pas d'autres problèmes ou bien vous, on ne vous mélange pas avec d'autres personnes affectées par le contexte ? Le fait de mélanger les populations dans une prise en charge, en groupe éventuellement. Est-ce que vous l'envisagez ? Voilà, je m'arrête là. Merci.

Ah oui, merci. Exactement les contenus, et on pourra peut-être échanger plus tard. Mais il est vrai que les contenus de la réponse psychologique intègre mal cette psychothérapie individuelle et de psychothérapie de groupe. Et parmi les psychothérapies individuelles, on essaie de fournir un effort de répondre d'abord aux besoins les plus urgents de la survivante. Et si le traumatisme est déjà très élevé, on applique des psychothérapies d'inspiration comportementale et il y en a plusieurs.

On n'est pas revenu sur toutes les psychothérapies qui se passent là. Mais aussi au niveau groupal, il y a des thérapies, disons de l'ergothérapie, il y a plus de thérapies, de musicothérapie, il y en a autant. Il y a toute une série des thérapies qui se font dans le sens de pouvoir intégrer la survivante à la fois avec les autres.

Pour revenir aussi à la deuxième préoccupation, c'est que l'hôpital n'a pas que la prise en charge holistique des survivantes de violences sexuelles et que l'hôpital est un hôpital qui reçoit les soins de santé primaires de la population de toute cette entité-là. Et que ça signifie que ceux qui entrent à l'hôpital ne sont pas exclusivement les survivantes de violences sexuelles. Il y en a, tout le monde qui entrent à l'hôpital avec des besoins diversifiés. Merci.

Merci, merci pour cette réponse rapide sur un problème en effet très très complexe. Alors maintenant, on va écouter l'intervention de Abdul Rahman Rasho qui va nous parler du traumatisme psychologique chez les enfants yézidis en post-captivité par l'État islamique. Voilà, on vous laisse la parole, avec plaisir.

Merci beaucoup pour ce temps et pour cette invitation et cette opportunité de présenter un travail qui est en cours. C'est vraiment une partie d'un travail qui est que je présente aujourd'hui, qui fait partie d'un grand projet de de validation d'un artiste dans une langue, dans la langue kurde. Mais comme j'ai eu l'opportunité où j'ai eu la chance d'entendre que le Congrès aura lieu par ma collègue qui est ici présente, Renée Dickason.

Et j'ai pensé qu'on doit présenter quelque chose et on doit vous transmettre une image d'une autre zone géographique. Je vais vous faire voyager un petit peu. On va changer d'un continent, on va aller sur une autre loi, un autre lieu, pardon, là où les conflits ou les conflits sont passés par là et les dégâts ici aussi étaient énormes.

Et surtout contre cette vulnérabilité chez les femmes et chez les enfants qui touchent concrètement le cœur de cette manifestation scientifique. D'ailleurs, j'ai oublié remercier vivement les organisateurs. Désolé, j'ai oublié que je suis allé vite dans le vif du sujet. Donc c'est un travail aussi qui se fait avec une collègue maître de conférences à l'université de Zakho. Ah, on ne voit pas son nom. Pourquoi ? Ah si ! Jehan Omar, qui est maître de conférences à l'université de Zakho dans la région du Kurdistan irakien avec qui je travaille sur ces projets de validation de ces tests. Comment elle s'appelle, *Chlid revised impact of events scale* pour mesurer le niveau de traumatisme chez ces enfants, post événement traumatique. Pour aller vite dans le vif du sujet encore et comment dire, il faut mieux peut être comprendre, Je ne sais pas.

J'ai dû comprendre que hier il y a une collègue qui a intervenu. Malheureusement, je n'étais pas là, Natia, qui est intervenue sur cette question-là, qui a pu expliquer un petit peu plus sur la culture yézédis. Donc, comme j'ai peu de temps peut être, je vais me dépêcher un petit peu ici, sauf si vous avez des questions à après, mais pour vous dire que l'histoire est très ancienne et cette communauté qui se trouve aujourd'hui ou qui est originaire de la Mésopotamie, actuellement au nord de l'Irak, on va dire.

Qui a une histoire très ancienne qui remonte même jusqu'à 6000 ans avant Jésus-Christ. On parle, mais comment dire, cette société a une hiérarchie, il y a un système de classes sociales. Ils ne se mélangent pas avec les autres, mais entre eux-mêmes. Donc, cet aspect géographique de la montagne de Sinjar a permis qu'il soit isolé autant possible.

Parce qu’en fait d'un côté, il y a les Kurdes, d’un autre côté, il y a les chrétiens et ils sont par rapport à la religion, c'est une minorité religieuse après, et ils ont une identité différente, complétement des autres. Et c'est là où cette communauté a été cible d'attaques de la part de l'Etat islamique Daesh en 2014. Comme vous voyez donc il y a eu vraiment des massacres. Comment dire. Les hommes ont été tués sur place, les femmes et les enfants pris en captivité, les femmes pour des esclaves sexuelles, les enfants pour des futurs guerriers. C'était super compliqué de vivre tous ces éléments-là. Qui a fait un déplacement de masse comme vous voyez par exemple sur les images. C'est un exemple et il y a beaucoup plus complexe que ça. Il y a eu si vous regardez tous les papiers scientifiques, si vous regardez les différents sites officiels ou autres, on va trouver par exemple Amnesty International, on va trouver sur le site de l’ONU, on va trouver d'autres articles scientifiques qui nous montrent comment il y a eu ou ces crimes contre l'humanité ont eu lieu. Malheureusement, aujourd'hui, tout le monde n'en reconnaît pas comme génocide. Mais il y a pas mal des états, plusieurs États qu'on a reconnus ce qui s'est passé en août 2014 au mont Sinjar comme un génocide. Et c'est ce qu'on a eu l'occasion de discuter avec une amie. On parlait de 74ᵉ génocide.

Par rapport à leurs croyances religieuses, cette communauté, vraiment dans l'histoire, si on remonte un petit peu derrière, ça a été cible par l'État islamique, comme ça s’appelle ? les Omeyyades, par les Abbassides, par l'Empire ottoman. Après, après, après, il a eu beaucoup de dégâts derrière et on dit que même la majorité des kurdes à la base étaient des yézédis. Mais avec la force on a été convertis à l'islam avec le temps. C'est pourquoi ils sont devenus une minorité aujourd'hui, une minorité qui a été vraiment un très très écrasée on va dire.

Qu'est-ce qui s'est passé suite à tous ces, tous ces actes, ces infractions, toute cette violence ? Ces enfants, comment dire, pendant la captivité, ils ont vécu et ils ont et ils étaient, comment dire, torturés. Ils étaient physiquement et sexuellement, qu'ils soient les enfants ou qu'ils soient les femmes, mais les femmes plutôt sexuellement et les enfants c'était vraiment cette idée de les mettre dans un contexte de préparer des futurs guerriers, des futurs kamikazes, des futurs combattants. On a préparé un haut niveau d'éducation, je pense que tout le monde a entendu parler comment l'État islamique, leur système d'éducation, je ne sais pas. On a supprimé tout ce qui est scientifique et autre. On se basait sur, on a laissé tout ce qui est idéologie, tout ce qui est religion, tout ce qui est strict et on a obligé ses enfants de se convertir à l'islam et on les obligeait à faire des pratiques extrêmes. Parce que dans l'islam il y a plusieurs écoles, il y a plusieurs niveaux de pratiques et là on les a obligés ou en tout cas c'est la philosophie de l'État islamique, c'est basé sur le salafisme, c'est à dire retour au pur. L'ancien, ce qui se faisait au 7ème siècle, je ne sais pas, couper les têtes, couper les bras, obliger les femmes de se, comment dire, se cacher, ne pas mélanger. Ces enfants-là ont été éduqué dans un sens ou d'une manière qu’ils ne soient pas, comment dire, qu'ils ont un état d'esprit très très, comment dire, déshumanisé voilà le mot exact. Déshumaniser ces enfants pour qu'ils soient capables de réagir et de faire ce qu'on lui demande et ce qui était le cas à ce moment-là.

Donc on voit que, comment dire, dans la captivité, il y a eu pas mal même de tentatives de suicide, il y a eu pas mal de tentatives de fuite, il y a eu pas mal des fois réussite, des fois pas. Parce que tous ces enfants-là qu'on a rencontré dans les camps spécifiques, ce n'était pas libéré au même moment, en même temps, mais à fur et à mesure, avec différentes tentatives, des fois une fois, des fois trois fois, des fois plusieurs fois, des fois avec une sessions même entre états des fois.

Donc c'était trop compliqué. En tout cas, regardez, c'est un exemple, c'est des photos que j'ai pris de l'internet libre droit. J'ai fait attention quand même. C'est le contexte dans lequel on va trouver quelqu'un, vraiment une précarité très très très présente là, imaginez, c'est une famille par exemple dans une tente comme ça, avec des minimums de contexte de vie, et parce qu'il y a, comment dire, des effectifs très, très importants, elle a eu un déplacement de masse interne et externe aussi. En fait, si ce n’est pas dans la région frontière avec la Syrie, là où se trouvent le mont Sinjar et c'est sous contrôle de l'état irakien. Alors que la communauté yézédis a été dans l'obligation de se déplacer dans la région kurde, qui est sous l'autorité du gouvernement régional, il a été un peu plus protégé, mais comme il a eu beaucoup, il y a eu une masse de déplacement et il a eu de l'aide.

Je ne dis pas qu'il n’a pas eu de l'aide de la part des Nations-Unies et autres organismes non-gouvernementaux, mais quand même, c'était très limité et au niveau de prise en charge, c'est très complexe. Imaginez-vous quatre familles avec une seule toilette quoi. Imaginez-vous qu'on ne peut pas plus de frontières, plus intime, plus de tout, tout, tout. Et on vit dans la précarité extrême plus que toutes les conditions qu'ils ont eu ces enfants-là.

Après ça, ce n'est pas forcément des enfants qui a été sous la captivité, je vous avais dit, j'ai pris ces images-là.

Donc pour aller au concret de ce qu'on a fait, je ne sais pas après si vous avez question, on peut revenir si vous le souhaitez. Comme je cherche à me dépêcher un petit peu et rester dans le temps. Dans cette association là que vous voyez, je vous invite vraiment à aller regarder leur site internet *Springs of Hope Foundation*, qui, ils ont pas mal des activités aussi aujourd'hui, j'ai ma collègue, Jehan Omar qui intervient de temps en temps là-bas et comment dire, on a des bonnes relations avec le directeur de centre, avec la communauté qui se présente sur place pour proposer des activités autres auprès de ces survivants-là, qu'ils soient, peu importe les piliers, qu'ils soient psychologiques ou pas, social, juridique, financière ou aide. Même si on est très limité, mais quand même en fait, en tout cas par rapport à ce qu'on a fait dans notre grand projet de validation d'un test ou de ce test-là, CRIES-13, dans la langue kurde. Notre échantillon, il n'est pas vraiment très représentatif. Je vais vous dire, je vous avoue, ça fait vraiment une partie. Mais comme c'était avec la thématique de ce congrès et je me suis dit il ne faut pas rater l'occasion et vous présenter l'occasion.

Donc il paraît que j'ai trois minutes, il faut que je me dépêche. Comment dire. Donc c'est basé sur ce que disaient mes collègues tout à l'heure sur le DSM, au niveau de trouble de stress post-traumatique, mais c'est un peu réduit, mélangé et adapté aux enfants ce questionnaire-là. Et contrairement par exemple, ou d'autres questionnaires, aux autres questionnaires qu'on peut faire, là, ça se fait avec quelqu'un. Avec une personne, avec un psychologue en l’occurrence pour qu'on puisse vraiment avoir des bonnes réponses, être capable après cela n’empêche pas qu’il y ait des entretiens cliniques aussi qui vont avec, qui aide à recevoir ou accueillir plus de parole et donner plus de possibilité de développer un petit peu ce qui s'est passé, comment ça s'est passé. Donc comme l'échantillon il n'est pas vraiment représentatif, je reste vraiment dans la description pour vous dire que ce n’était pas étonnant qu'on va trouver, après, on n'a pas trouvé quelque chose d'extraordinaire ou génial. On le savait presque que le traumatisme était présent quoi, et que, mais encore une fois, ce qui peut être intéressant ici, on voit que sur les trois items qu'on a mesurés ou sur les grandes catégories, les femmes étaient presque plus que les garçons au niveau de comment dire, les flashbacks, au niveau d’hypersensibilité, au niveau de reviviscence.

Tous ces éléments-là étaient beaucoup plus présents chez les filles que chez les garçons, à savoir aussi que dans notre échantillon c'est peut-être un élément que je n’ai pas présenté, mais les garçons ont été éduqué militairement en quelque sorte, mais pas les filles. Donc est-ce que vraiment on mesure aujourd'hui quelque chose de concret ou pas ? Je ne suis pas sûr. Non, c'est très complexe à ce niveau avec un échantillon comme ça, parce qu'il ne faut pas oublier et je pense qu'aujourd'hui, cette communauté ou ces enfants-là en particulier, ils sont sur une protection. On minimise autant que possible des interventions ou des demandes externes ou internes. On laisse vraiment la société le faire. Je suis passé sans vouloir à un autre élément, mais ce n’est pas grave comme j'ai deux minutes, une minute. Donc comme je vous avais dit, ce n’était pas étonnant qu'on va trouver tous ces éléments-là. Mais ce qui peut s'ajouter aux traumas, ce que mes collègues aussi on a abordé, ce que ça se répète depuis, depuis l'ouverture de ce congrès et sur cet aspect aussi des problèmes de confiance en soi et envers les autres, des problèmes d'isolement social et addictions, addictions, addictions, c'est quelque chose qui se présente beaucoup, mais ça fait quand même partie du tableau clinique on va dire, ou des troubles de stress post-traumatique. C'est le comment dire, c'est l'élément caché ou enkysté, en tout cas une souffrance psychique derrière cette addiction. Parce qu'on sait que l'addiction deux ou l'une des catégories ou l'un des pourquoi quelqu'un il va se référer à l'addiction, c'est pour cacher notre souffrance ou pour être capable de gérer le stress qu'on a. Donc on va chercher, il y a une virgule de plus, réseaux sociaux et alcool et etc.

Bien sûr, il y a d'autres types d’addictions chez ces enfants et qui est lié, je pense à ce contexte là, mais malheureusement il faut vraiment, vraiment. Malheureusement, il n'y a pas. J'ai plusieurs idées qui me passent en tête et comment dire, ces enfants, on a besoin, je ne vais pas dire holistique mais pluridisciplinaire. On a besoin d'un accompagnement et d'une aide surtout, par exemple, la légalisation en Irak ne permet pas de faire un travail thérapeutique par les psychologues par exemple. Ce qui est dérangeant, il faut passer par les médecins où il faut passer par les psychiatres.

Ce n’est pas toujours facile à amener des activités, même si certaines activités, comme mon collègue parlait tout à l'heure de musicothérapie, de théâtres, on a pas mal aussi des activités si vous regardez leur site aussi, on ne va pas mal des éléments. En plus on est dans, comment dire, dans des activités différentes, on intervient ou ma collègue intervient, elle est là à gauche et c'est le directeur de centre qui est à droite, je ne sais pas si vous voyez la même chose mais qui est à droite et qui en charge vraiment travailler plusieurs aspects. On sait que ce n’est pas que l'aspect psychologique à travailler, il faut qu'il y ait une prise en charge pluridisciplinaire, il faut qu'on ait plusieurs éléments ensemble. Ce que vous avez développé tout à l'heure par rapport à le pilier juridique pilier sociaux, financière et économique ; on va créer tout ça, mais peut être les activités actuelles, ils sont plus basés vu l'absence de légalisation qui permet le travail psychologique ou clinique psychologique, c'est plutôt, on est plus dans l'éducation psychologique et des interventions plus ou moins préventifs sur la consommation. Je ne sais pas si quelqu'un lit l'arabe, mais je ne lis pas trop, c'est l'image qui m'a été envoyée par ma collègue, donc j'ai respecté ce qu'il m'a envoyé et dommage qu’il n’a pas pu venir aujourd'hui devant vous à cause des visas.

Ah oui ? Et bien merci, merci et j'espère que je vous avais apporté certaines choses dans cette rapidité, dans cette fenêtre. Merci.

Merci ! Merci pour cette intervention. On trouve vraiment des questions en effet très importantes et c'est vrai que ça on en parlait justement ce midi à la réunion du comité scientifique de dire que c'est clair qu'il y a un focus sur l'Afrique, mais il y a un focus aussi sur d'autres régions du monde et c'est très important de bien voir la réalité dans les autres régions du monde et de voir comment on peut aider ces autres régions-là, avec toutes leurs dimensions, leurs particularités culturelles parfois.

Donc merci mille fois, malheureusement, on n'a pas le temps pour des questions. Donc ce que je propose c’est que les deux présentatrices se suivent maintenant parce qu'elles vont toutes les deux parler de la psychomotricité. Donc c'est un thème relativement proche et puis alors ce que je propose, c'est qu'on pose des questions aux trois derniers intervenants. Ça va donc on vous laissera. Donc voilà, donc on va laisser la parole maintenant ici à Joëlle Ngoie Musasa qui va, je lui reprends son power point, voilà, qui va nous parler des effets de la guerre en République démocratique sur le développement psychomoteur des enfants. Et puis elle sera suivie par Sabine qui parlera aussi de la psychomotricité et puis on passera aux questions, ça va ? Voilà, je te laisse la parole Joëlle.

Bonjour à tous ! La présente étude que je vais vous présenter, c'est une étude de la revue Narrative qui est en cours de publication, qui porte sur les effets de la guerre en République démocratique du Congo, sur le développement psychomoteur des enfants, tel que l'ont souligné nos prédécesseurs, ou soit vous l'avez entendu par des médias. L'est de la RDC, elle est depuis des décennies en proie des guerres et ces guerres ont fait créer de milliers de déplacés. Et ce sont des guerres qui sont parfois caractérisées par des scènes de violence et des terreurs, des viols, des exécutions sommaires, des familles entières. Et lors de ces guerres, on oblige parfois à des relations sexuelles entre les pères et leurs propres filles.

Il y a aussi des relations sexuelles qu'on oblige entre les frères et sœurs biologiques. Il y a des têtes, par exemple de proches, qui sont décapités au vu de tous, et y compris même ces enfants. Alors, l'échantillon d'enfants dont nous allons parler ici que nous allons parler ici, ou que nous avons choisi dans notre étude, c'est un échantillon qui a évolué dans ses guerres et dans ses atrocités et toutes ces guerres en fait a créé d'impact sur le développement psychomoteur de ces enfants.

Alors le développement psychomoteur ici désigne en fait cette interaction entre les aspects psychocorporels et les aspects psychiques de l'enfant. Alors lorsqu'il y a traumatisme. Ces traumatismes, en fait, créent des conséquences néfastes sur ce développement et suite aux situations que l'enfant vit et a vu lors de la guerre. Cela impacte son développement psychomoteur et aussi son corps de manière profonde.

Alors quand il y a traumatisme, on voit que le corps de l'enfant, il est bouleversé. Et ce bouleversement impacte et provoque une certaine désorganisation psychomotrice sur l'enfant. L'objectif de notre étude, c'est de faire une synthèse et de discuter, en fait, sur la littérature qui existe, sur l'impact du traumatisme de guerre, sur la dynamique psychomotrice des enfants afin de relever toutes les différentes conséquences cliniques qu'auraient ces différents traumatismes sur le développement psychomoteur des enfants.

Pour réaliser notre étude, nous avons fait une recherche par mots clés et par dates, qui part de 2013 à 2023, que nous avons réalisée sur les différentes bases de données dans Pubmed, dans Afrique Online Journal et les autres. Et nous avons utilisé quelques termes MeSH, comme par exemple pour le stress post-traumatique, post traumatique d’Isoda et pour les enfants *children*.

Alors de cette recherche, nous avons retenu 23 articles parmi lesquels nous avons des études de cas, des études prospectives. Alors de ces 23 articles, en fait ce sont des articles qui abordent normalement les notions du développement psychomoteur des enfants suite au traumatisme de guerre subi et il ressort de ces recherches que lorsqu'un enfant est exposé au traumatisme de guerre, cela impact sur son développement qui crée différents troubles moteurs tels que le trouble de la régulation tonique, les troubles spatiotemporels et les autres, et j'en passe.

En fait, suite aux recherches, il y a différents troubles de développement psychomoteur comme je viens de le dire, qui se manifestent après l'exposition au stress post traumatique. Entre 75 % et 80 % d'enfants qui sont exposés au stress post traumatique développent des troubles de la régulation tonique. Entre 86 et 89 % d’enfants, eux, présentent le trouble du schéma corporel et de l'image du corps 59 et 78 % ont des troubles spatiotemporels. Par contre, entre 94 % et 96 % d'enfants, ils présentent des conséquences psychosociales ou psychiques de troubles de stress post traumatique. Alors l'étude, ces résultats, en fait, sont appuyés par l'étude de Bonnard qui stipule que lorsque l'enfant est exposé en fait de manière répétée aux événements traumatiques, il développe un risque relatif de troubles de régulation tonique à 5,68.

Par contre, l'étude de Kertzman et de ses collègues, eux, ils reconnaissent que les enfants qui souffrent de troubles de stress post-traumatique, ils ont des problèmes de régulation émotionnelle et cela est appuyé par un Alexopoulos, je m'excuse, qui appuie cela par le fait que le trouble tonico-émotionnel, ils sont en lien avec une hyper vigilance qui se remarquent en fait par un état d'alerte dans lequel le corps et l'esprit de l'enfant se trouvent.

Et il y a aussi Giraud qui appuie cela en disant que ce sont souvent des enfants qui présentent une anxiété qui se remarquent par une augmentation du reflexe tonique et qui auraient vraiment un impact sur leur qualité de sommeil. D'où il est important en fait pour ces enfants qui souffrent de stress post-traumatique liés aux guerres, d'avoir vraiment de lieux ressources pour pouvoir vraiment apaiser leur vigilance et aussi retrouver une bonne détente par rapport à leur forte tonicité.

Les enfants exposés aux troubles de stress post-traumatique, ils présentent également des troubles du schéma corporel et de l'image du corps, qui, ceci nous est appuyé par l’étude de Bonnard. Qui dit que lorsque le trouble de stress post-traumatique survient dans l'enfance, ceci vient modifier la perception que l'enfant a de son corps. Pour ces enfants, en fait, ils se considèrent souvent comme quelqu'un d'indigne, coupable ou soit quelqu'un de mauvais, donc qui ne mérite pas vraiment de vivre et un auteur appuie cela en mettant en évidence les enfants qui souffrent de stress post-traumatique. Pour lui, il dit que ces enfants, en fait, ils présentent une discontinuité au niveau de représentations corporelles et c'est sans …, ils vivent en fait, leur corps comme étant morcelé. Et tout ceci se manifeste parfois par les différentes douleurs musculaires qui présentent.

Et, en plus de cela, on remarque que ce sont des enfants qui ont du mal à sentir certaines informations au niveau du corps sur le plan sensoriel, tactile et proprioceptif. Dans la recherche de Lazarius c’est son collègue, eux, ils ont vraiment évalué la relation qu'il y avait entre le trouble de stress post-traumatique et le trouble de l'organisation psychospatio-temporelle.

Alors ils disent que les enfants qui ont développé le trouble de stress post-traumatique dû aux guerres, ils perçoivent souvent l'espace comme un endroit dangereux. Eux-mêmes, en fait, comme un être vulnérable à fréquenter cet endroit. Et ce sont aussi des enfants qui ont des difficultés à être en cohérence parfois avec les temps et l'espace. Et cette difficulté, parfois entraîne une certaine ou un certain désengagement au niveau du temps et aura comme conséquence des dissociations psychocorporelles qui vont entraîner en fait une perte de sentiment d'unité, d'unité corporelle.

Alors, lorsque les enfants sont exposés au trouble de stress post-traumatique. Ceci a un impact aussi au niveau psychique. On remarque vraiment que ce sont des enfants en fait, qui ? Qui en qui sont affectés. En fait, sur le plan cognitif, et cela se manifeste souvent aussi par des difficultés de sommeil et de concentration. Et nous remarquons ainsi que l'évitement en lien avec l'événement traumatique, va engendrer aussi certains troubles relationnels et sociaux qui vont contribuer parfois à des troubles d'humeur qui sera accompagné par des troubles alimentaires et addictifs.

En conclusion, en fait, cette recherche a mis en évidence le rôle de l'environnement sur la désorganisation psychomotrice et distingue en fait quatre troubles psychomoteurs principaux qui sont associés aux traumatismes vécus, tels que nous avons cité le trouble de la régulation tonique, les troubles spatiotemporels, le trouble du schéma corporel et de l’image du corps et les troubles psychiques impactant en fait indirectement la motricité, tels que l'anxiété. Ce sont des recherches, en fait, ou c'est une recherche, qui présente des limites par le fait que. Il n'y a pas d'études expérimentales des types RCT, c'est qui cause un peu problème, mais je crois que, avec la continuation de la recherche, on pourra arriver à maintenir cette étude. J'ai dit et je vous remercie.

Voilà, Merci beaucoup. On a gagné un petit peu de temps, mais je propose qu'on aille jusqu'au dernier exposé vu qu'on reste dans le domaine de la psychomotricité pour leur poser les questions à nos intervenants. Juste peut être pour revenir ici, c'est intéressant parce qu'hier, dans la session médicale, Denis Mukwege expliquait que lui donnait des miroirs aux jeunes filles pour qu'elles puissent regarder et prendre un peu conscience de leur corps.

Et donc ça, je pense qu'on pourra y revenir à de l'importance du corps dans les soins, donc du corps. Au niveau médical, il y a le psychisme, et puis alors il y a tout le reste. Et donc ici, on va évidemment peut être avoir certaines réponses à quelques questions que vous auriez, hein. Donc, c'est Sabine Michiels qui va nous présenter, qui va nous faire sa présentation sur les soins psychomoteurs et voir s'ils peuvent aider les enfants victimes de la guerre.

Bonjour à tous ! Merci de me laisser cette opportunité de parler de la psychomotricité. Alors c'est un défi, parce que parler de psychomotricité en quinze minutes, c'est un beau défi. Et comprendre la psychomotricité en quinze minutes, ça, c'est votre défi à vous. Donc juste un petit plan. Donc, je vais passer sur le plan. On va tout de suite aborder le vif du sujet.

Donc, je voulais juste peut être rappeler deux concepts que Joëlle a déjà abordé dans sa revue de littérature. Donc c'est ce concept d'unité psychocorporelle, donc ce lien, donc corps esprit qui est là, et cette unité psychocorporelle donc qui est une interaction en fait entre trois dimensions la dimension neuro motrice, la dimension cognitive et une dimension technico émotionnelle affective.

Donc ça c'est un des fondements de la psychomotricité. Et donc comme disait bien Joëlle, c'est une unité psychosomatique va être mis à mal par le trauma. Un autre élément qui est important donc à souligner au niveau conceptuel, c'est qu'évidemment l'enfant donc va se développer et va suivre donc un processus qu'on appelle le processus d'intégration psychomoteur. Et ce processus d'intégration psychomoteur va permettre à l'enfant d'intégrer progressivement différents niveaux qui soit le niveau tonique, le niveau de la sensation, mais aussi le niveau de l'émotion et le niveau donc de la représentation. Sur ce processus, donc, ce processus d'intégration psychomoteur va permettre en fait à l'enfant de pouvoir intégrer donc le vécu du corps pour aller vers donc une représentation du corps, donc pouvoir représenter son corps. Et c'est clair que ce processus est évidemment très très important parce qu'on va parler, donc on va partir d'un éprouvé corporel qui se vit, donc qui se vit tout le temps, et pour aller donc vers une mise en sens, donc de ce vécu, de ces éprouvés corporels.

Alors qu'est-ce qui se passe au niveau, est ce qu'il y a moyen d'avoir la vidéo ou pas. Voilà, juste un petit extrait pour vous mettre un peu en contact vos sensations. Voilà, en fait, en situation. Voilà, en situation de conflit, que ce soit donc par des éléments autour de la guerre ou que ce soit donc par rapport à la violence, à la violence sexuelle, donc, qu'est-ce qui va se passer ? Il va y avoir une effraction, il va y avoir, à la fois une effraction sensorielle qui va donc évidemment toucher cette dimension neuro motrice. Il va y avoir une effraction corporelle qui, elle aussi donc, va toucher cette dimension du corps, vraiment du corps somatique, on va dire. Il va y avoir aussi, une effraction psychique qui est une effraction émotionnelle et une effraction relationnelle. Donc toute cette unité psychosomatique est mise en difficulté, elle est touchée et donc ça va provoquer justement cette désorganisation psychomotrice, comme le soulignait Joëlle.

Alors c'est là le psychomotricien peut évidemment agir sur cet élément-là et donc juste vous rappeler qu'en fait donc, la psychomotricité est d'abord une approche holistique, et donc elle va vraiment prendre donc le patient dans sa globalité. Et elle se fonde aussi sur cette étroite interdépendance entre ses fonctions motrices, cognitives et les états psychiques, affectifs et relationnels, donc de la personne. On est aussi donc vraiment sur quelque chose aussi, cette unité, donc cette interdépendance entre ces différentes dimensions ne sont évidemment pas figées. C'est une dynamique psychomotrice et d'ailleurs Joëlle fait référence aussi dans son exposé.

Alors un élément qui semble qui est aussi assez intéressant à prendre en compte, c'est que aussi le psychomotricien et cette approche psychomotrice, il va aussi être très attentif et va s'intéresser à la dimension expressive du corps. Alors Monsieur, dans son exposé, parlait de la mise en sens sur le plan psychologique. Le psychomotricien va essayer aussi donc de mettre en sens ce que le corps exprime au travers du mouvement. Chez les enfants, au travers de leurs jeux. Et donc cette mise en sens permet alors évidemment de pouvoir un peu sortir de ces éprouvés corporels qui peuvent rester à l'état brut et qui vont évidemment et qui sont liés donc au trauma.

Je galope. Alors évidemment, l'installation d'une thérapie psychomotrice ne va pas se faire comme ça, de façon tout à fait empirique et donc on va d'abord donc, procéder à un bilan psychomoteur. Ce bilan psychomoteur qui comprend une anamnèse, une observation donc psychomotrice. C'est à dire que dans le cadre d'une observation plus clinique, donc avec une part de subjectivité, il faut savoir que dans la psychomotricité cette part subjective, elle est vraiment, elle est là, présente. Et donc cette observation va plutôt donc essayer de définir un peu afin d'évaluer. Mais dans le terme aussi de mettre en évidence les ressources du patient au niveau de ses compétences toniques, posturales, au niveau de ses compétences motrices locomotrices, de ses compétences relationnelles, de son expressivité corporelle. Mais aussi chez l'enfant évidemment, on va s'intéresser aussi au jeu qui va développer et à la qualité de ces jeux-là.

Après cette observation psychomotrice qui permet un peu, c'est comme un peu un entonnoir qui va permettre déjà de façon subjective objective. Je ne sais pas si ça c'est un mot, peut être que j'invente. Voilà, va permettre aussi de nous de pouvoir créer un profil psy, enfin de pouvoir visionner un peu l'enfant dans son profil psychomoteur. Et ce profil psychomoteur va alors nous permettre alors, de pointer certains éléments qui vont pouvoir être testés alors par des outils, des tests qui sont validés et standardisés. C'est en fait un petit peu sur le travail, la suite de la thèse de Joëlle.

Donc après donc ce bilan à ce moment-là, on pourra donc faire le choix d'une approche thérapeutique. Alors il faut savoir aussi qu'en psychomotricité, on a différentes modalités de travail, on va avoir une approche qui va être plus de l'ordre de la rééducation et qui est une approche qui sera plus cognitivo-comportementale et qui va être centrée sur les fonctions instrumentales. C'est comme si on allait, si vous vous rappelez mon schéma, on allait aborder la dimension motrice et la dimension cognitive pour avoir un effet aussi sur la dimension donc affective et donc vraiment centrée sur les fonctions instrumentales. Donc avec un projet thérapeutique précis et qui va évoluer et donc et qui est adaptable évidemment par rapport à la réponse du patient, donc à ce qu'on va lui proposer avec aussi évidemment une évaluation et la confrontation, donc des résultats avec donc est-ce qu’à à ce temps deux, qu'est-ce qui a évolué, comment on réajuste la prise en charge. Donc les objectifs donc de cette approche plus rééducative, c'est de restaurer, d'essayer de réduire ou de faire disparaître donc le déficit, soit de compenser et d'agir sur les situations pour que le patient puisse réaliser donc les activités. Ou alors donc apprendre si, effectivement, l'enfant reste à des déficits qui sont plus peut être de l'ordre neurologique. C'est évidemment alors lui permettre de développer des stratégies qui va lui permettre donc de réaliser une tâche d'une manière différente. Et donc dans ce cadre-là, on va plutôt donc travailler donc sur ces fonctions instrumentales qui sont le schéma corporel, l'équilibre, les coordinations, les aspects de tonus, qu'il soit postural ou d'action, mais aussi sur toutes ces capacités d'inhibition.

On a vu aussi, tant chez ma collègue que chez Monsieur, que ces enfants présentent aussi une hyperactivité et donc toute cette fonction, donc inhibitrice. Elles peuvent être des fonctions inhibitrices au niveau du corps, mais il y a aussi évidemment des fonctions inhibitrices au niveau psychique. Mais nous, on va plutôt travailler donc sur cette question d'inhibition du corps, de pouvoir donc contenir en fait un peu le corps.

On travaille sur les sensations, les perceptions et évidemment on va travailler sur toutes les questions d'espace et de temps. Et donc ici, dans la photo libre de droit, vous voyez par exemple, un exemple donc de proposition très cadrée d'exercices, donc à proposer à l'enfant. Alors, j'ai une … Ici, on est dans un contexte plus européen, mais j'ai quand même envie de vous proposer quelques secondes d'images, donc une courte partie, un extrait de séance qui a été pris, qui a été développé par mes collègues en RDC à Bukavu.

Donc les étudiants de la première année du master de spécialisation en psychomotricité et psycho trauma, je vous laisse juste en regarder. Alors ce qui est intéressant. Les déplacements, les mouvements de la verticalité vers l'horizontalité. Il y a aussi dans cet extrait-là, évidemment, tout le travail en relation avec l'autre et le plus grand des personnages. C'est un peu flouté est le psychomotricien, qui est vraiment au cœur de l'activité. Voilà un court extrait d'une séance qui dure entre 45 minutes et 1 h. Voilà.

Alors donc, la deuxième approche, je vois que le temps avant. Non, non. La deuxième approche. Donc c'est une approche plus psychocorporelle. Et donc voilà, elle va se baser plus sur une approche plus psycho dynamique. Elle va évidemment avoir comme objectif de mobiliser les ressources du patient. Donc on est vraiment à partir donc, des ressources du patient. C'est une approche aussi qui va, mais va vraiment se centrer aussi sur la mise en sens de l'expressivité corporelle, donc du patient et elle nécessite aussi alors de la part du psychomotricien, une disponibilité psychocorporelle. Donc pour pouvoir rentrer on va dire, en, on parle de dialogue tonico-émotionnel mais en relation inter corporelle avec son patient, pour pouvoir ressentir aussi justement, qu'est-ce qui se passe dans le corps du patient qui fait résonance en moi et sur lequel je pourrais m'appuyer pour faire des propositions de soins ? On utilise aussi donc les médiations, donc dans le cadre de ces approches. Alors évidemment, on recentre donc sur les enfants et donc les objectifs, évidemment, de cette approche, comme l'autre, est d'harmoniser les fonctions motrices, émotionnelles, cognitives et symboliques. C'est aussi une mise en sens de l'expressivité corporelle. Et aussi on va favoriser la communication. Rappelez-vous que la relation, il y a des mouvements d'isolement de l'enfant, donc va provoquer évidemment des difficultés de communication. Je ne vais pas rentrer dans les détails, mais bon, ça. Donc on a un cadre spatio-temporel, donc, qui est vraiment, dans un premier temps, on va soigner évidemment la sécurité physique et affective, donc des enfants, et on va utiliser une stratégie de détour qui est les jeux spontanés, jeux de plaisir sensorimoteur qui sont aussi des jeux qui vont permettre à l'enfant à la fois de restaurer son unité corporelle, à la fois aussi de développer des mécanismes de réassurance par rapport donc à certaines angoisses. Et suite à cela, on va voir aussi émerger des jeux symboliques qui vont alors permettre à l'enfant de mettre en jeu donc ses vécus traumatiques. Donc sur une ligne du temps, une séance se passe comme ceci, avec un rituel d'accueil, une verbalisation, un temps d'expressivité et de jeu. Et puis un temps de décentration, on va utiliser d'autres médias comme l'histoire, le dessin ou le modelage. Donc pour être un support à la verbalisation. Et puis on terminera par un rituel de fin.

Je voudrais encore juste dans les quelques secondes qui me restent, donc quand même aussi, donc faire un focus sur l'attitude du psychomotricien qui est donc d'abord d'assurer la sécurité affective et physique de l'enfant, mais ce qui est aussi un partenaire de jeu. C'est à dire que tout en étant un adulte, c'est un adulte qui joue avec l'enfant. Ce n’est pas un adulte qui redevient un enfant, ça c'est une subtilité qu'il faut avoir. Il va accueillir les productions de l'enfant sans jugement de valeur. Il va faire des propositions, il va contenir et il va surtout aussi écouter et mettre en sens donc l'expressivité corporelle qu'il va pouvoir observer durant les séances.

En conclusion, ce n'est pas une conclusion, ce n'est pas moi, ce ne sont pas mes paroles, mais c'est les paroles, donc c'est un écrit, donc d'une psychomotricienne, kinésithérapeute, psychomotricienne et psychologue et je trouvais que c'était intéressant de pouvoir la mettre en avant parce qu'elle montre bien cette intégration entre le corps et le psychisme. Je vous remercie.

Alors ici, on va quand même prendre quelques minutes pour s'il y a des questions ou sinon, évidemment, il va y avoir la pause qui peut être aussi un temps d'échange. Si vous voulez échanger avec les orateurs qui ont été très belles, de très belles communications, de très belles présentations et qui mettent en avant l'importance du corps, qui mettent en avant aussi d'autres fléaux dans d'autres régions du monde, avec des constantes malheureusement et des particularités qui nécessitent quand même des prises en charge parfois adaptées. C'est comme ça qu'on peut se dire que le One stop center de Bukavu ne peut pas être remis à l'identique, nécessairement partout. Il y aura aussi des questions culturelles. Voilà, on est là pour vos questions. Je ne sais pas s'il y en a. Oui.

Voilà, Bonjour, moi je m'appelle Laura Herroudi, je suis psychologue pour l'association Les Enfants de Panzi et D'ailleurs, et j'avais une question pour Monsieur Rasho par rapport à la prise en charge des enfants. J'aurais bien voulu savoir comment ça se passait culturellement, étant donné que les enfants en captivité dans les groupes de l'Etat islamique, on leur apprenait à développer un peu une haine pour la culture yézidi, pour même la langue kurde, jusqu'à même pour certains, oublier leur langue et parler exclusivement arabe. Alors la prise en charge se fait par des personnes yézidies alors au niveau psychologique ? Et si oui aussi dans quelle langue ? Est-ce que ça se fera en kurde ou en arabe ? Voilà.

Oui, ces enfants dans l'association ou dans la fondation, leur prise en charge se fait dans les deux langues, en arabe et en kurde et souvent les interventions, en tout cas, ma collègue, Jehan Omar qui intervient, elle fait dans les deux langues et c'est vrai au niveau du dialecte, en fait Kurmandji, c'est un dialecte dans le kurde, c'est là où c'est utilisé par les yézédis, avec quelques mots, quelques spécificités, mais en tout cas la prise en charge est faite par les interventions, comme je disais. Ce n’est pas vraiment de la thérapie comme il n’y a pas un cadre spécifique ou une légalisation qui le permet, c'est plutôt psychoéducation, c'est plutôt préventif, c'est plutôt comment dire, dans ce sens-là. Collectif généralement, même si j'avais un petit peu demandé ou si possible qu'on fasse un peu d'individuel, mais ce n’est pas toujours le cas. C'est cas par cas. Mais il ne faut pas oublier cet aspect culturel aussi parce que la communauté compte beaucoup : les instances religieuses, les personnes en référence, le soutien entre les enfants eux-mêmes ou avec d'autres enfants yézédis, le soutien de la communauté yézidie. Est-ce que ce n'est pas au hasard par exemple, je ne sais pas si vous avez remarqué, c'est basé à sharia, c'est une petite, je ne sais pas une petite, mais une village. Un village plutôt, pardon, qui était sous le contrôle des Kurdes. Gouvernement kurde pas comme le monde Sinjar là où c'était.

Mais là, quand ils sont accueillis, ils sont accueillis plutôt là où les camps de réfugiés on a été installés près de leur communauté parce qu'on sait que, au niveau de rapprochement culturel, au niveau de capacité d'intervenir, de proposer. En fait, l'intérêt serait ici beaucoup plus présent proprement dire clinique psychologique ou suivi psychologique. Malheureusement, ça n’existe pas. C'est plutôt cette entraide communautaire et avec quelques interventions éducatives, psycho éducatives et religieuses même des fois.