

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UFR DES SCIENCES MEDICALES

MEMOIRE

Année : 2006- 2007

Présenté en vue de l'obtention du
DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES
de Biologie Humaine Tropicale
Option : Santé Publique

IMPACT PSYCHOPATHOLOGIQUE ET SOCIAL DE LA GUERRE SUR LES
ENFANTS EX COMBATTANTS ET ASSOCIES AUX COMBATS DANS LA
REGION DU MOYEN CAVALLY (COTE D'IVOIRE)

Soutenu publiquement le 22 Décembre 2007

Par

DIAWAR épouse TE BONLE MARGUERITE

COMPOSITION DU JURY

Président : Pr. DELAFOSSE R.C. Joseph

Directeur de mémoire : Pr. AKA Joseph

Membres : Pr. KATI- COULIBALY Séraphin

Pr. KOUASSI Dinard

Pr. N'CHO Kamon

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Dieu le Père Tout Puissant, Fidèle et Miséricordieux, que ton Nom soit Béni !

Mon époux, Mes enfants pour leur dire que le Travail est au bout de l'effort !

Tous les étudiants de DEA/BHT de 2006 – 2007 ;

La mémoire de ma sœur aînée Thérèse ;

Toutes les victimes, de guerre, particulièrement aux enfants ex combattants et associés aux combats.

REMERCIEMENTS

Sincères remerciements :

A nos Maîtres et juges,

Professeur DELAFOSSE R C Joseph, Professeur titulaire de Psychiatrie, Chef du Département de Psychiatrie et des maladies de l'Encéphale à l'UFR des Sciences Médicales à l'Université d'Abidjan Cocody, Chef du Service Hygiène Mentale et Psychiatrie Sociale à l'Institut National de Santé Publique, Directeur du Programme de Santé Mentale, Président du Jury

Professeur AKA HEPKANGJIN Joseph, Maître de Conférences Agrégé de Bio statistique et d'Informatique Médicale à l'UFR des Sciences Médicales à l'Université d'Abidjan Cocody, Directeur de la Coopération interuniversitaire à l'Université d'Abidjan Cocody, Chef du Service d'Épidémiologie et Statistique à l'Institut National de Santé Publique, Directeur du Mémoire

Professeur KATI- COULIBALY Serqphin, Maître de Conférences de Nutrition et de Pharmacologie, Doyen de l'UFR des Biosciences à l'Université d'Abidjan Cocody

Professeur KOUASSI Dinard, Maître de Conférences Agrégé de Biologie à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques à l'Université d'Abidjan Cocody, Sous Directeur des Services Medicotechniques et Sociaux à l'Institut National de Santé Publique

Professeur N'CHO KAMON, Maître de Conférence Agrégé d'Odonto Stomatologie à l'UFR d'Odonto Stomatologie à l'Université d'Abidjan Cocody.

Au Directeur et aux Enseignants du DEA de Biologie Humaine Tropicale de l'Université d'Abidjan Cocody.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I – PROBLEMATIQUE ET JUSTIFICATION	3
1. Problématique.....	3
2. Justification.....	5
3. Hypothèse de recherche et question de recherche.....	7
II - REVUE DE LA LITTERATURE.....	8
1. Etat des lieux en matière de conflits.....	9
2. Troubles psychiques lies à la guerre.....	10
3. Psychopathologie de l'enfant combattant.....	16
4. Prise en charge des conséquences des psycho traumatismes de guerre.....	17
5. Définitions des termes.....	22
III – NOTRE ETUDE.....	25
1. Objectifs.....	26
2. Matériel et Méthode.....	26
3. Résultats.....	32
4. Discussion.....	49
CONCLUSION.....	54
RECOMMANDATIONS.....	56
BIBLIOGRAPHIE.....	59
ANNEXES	

SIGLES ET ABBREVIATIONS

- ASA** : Afrique Secours et Assistance
- CICR** : Comité International de la Croix Rouge/Croissant Rouge.
- CIM 10** : Classification Internationale des Maladies 10^e Edition - OMS
- DSM IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition
(De l'Association Américaine de Psychiatrie)
- ESPT ou PTSD** : Etat de Stress Post Traumatique ou Post Traumatic Stress Disorder.
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- RDC** : République Démocratique du Congo
- SGA** : Syndrome Général d'Adaptation
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU** : Organisation des Nations Unies
- PVD** : Pays en voie de Développement
- UNICEF** : United Nations found of Children (Organisation des Nations Unies pour
l'Enfance)
- VBG** : Violence Basée sur le Genre

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Schéma de l'évolution des réactions liées au stress	11
Schéma des étapes du traitement du psycho traumatisme.....	18
Tableau I : répartition des enfants soldats par sexe.....	33
Tableau II: Répartition des enfants soldats selon la tranche d'âge.....	34
Tableau III : répartition des enfants en fonction des habitudes de vie.....	37
Tableau IV: Répartition des Symptômes avant intervention.....	38
Tableau V : Répartition des Diagnostics avant intervention.....	39
Tableau n°VI : Diagnostic et sexe.....	40
Tableau n°VII : Diagnostic et sexualité.....	41
Tableau n°VIII : Drogue et sexe.....	42
Tableau n°IX: Drogue et âge	42
Tableau n°X : Alcool et sexe.....	43
Tableau n°XI: Alcool et âge.....	43
Tableau XII : Répartition des enfants ex combattants selon les activités souhaitées... 	45
Tableau XIII : Répartition des Symptômes après intervention.....	46
Tableau XIV : Répartition des Diagnostics après intervention.....	47

INTRODUCTION

Les conflits armés constituent des formes de violences faisant de nombreuses victimes parmi la population civile, particulièrement parmi les enfants en raison de leur grande vulnérabilité. Etant censé opposer les armées régulières, ces conflits font aujourd'hui participer de plus en plus d'enfants aux hostilités surtout dans les pays en développement, les mettant ainsi, en même temps que leurs cibles, et du fait de leur immaturité comportementale, en danger de « mort » physique et psychique [14]. Ces enfants participant aux combats sont des enfants soldats ou enfants combattants.

Des programmes ont été conçus pour venir en aide à ces enfants en période de crise et en post crise ; ils s'intéressent essentiellement aux interventions urgentes portant sur les effets immédiats visibles supposés transitoires et non invalidants [6] ; ils portent également sur des actions devant favoriser leur réinsertion sociale.

En Côte d'Ivoire, au lendemain de la guerre déclenchée le 19 Septembre 2002, au moment de la conception d'un plan d'urgence pour venir en aide aux populations, on assistait à l'intensification du conflit à l'ouest du pays, dans la région du Moyen Cavally, particulièrement sur l'axe Guiglo - Toulepleu et ce, dès Décembre 2002 ; le phénomène des enfants combattants y faisait alors son apparition et des affrontements intercommunautaires faisaient de nombreuses victimes. Aujourd'hui, plus de cinq ans après le début du conflit, avec la sortie de crise, il est de plus en plus question de reconstruction nationale. Dans ce cadre, l'UNICEF et certaines ONG nationales dont « Afrique Secours et Assistance » (ASA) ont initié pour les enfants combattants de la Région du Moyen Cavally des activités à caractère socioéconomique en vue de leur réinsertion sociale ; ces activités ont été soutenues par des séances de Sensibilisation et de Communication pour le Changement de Comportement en matière de droits humains.

Comment la réinsertion sociale de ces enfants pouvait elle être réussie sans la prise en compte de la dimension médico psychologique de leur situation ?

Comment ne pas prendre en compte leur état de santé physique et mentale quand on sait qu'ils peuvent présenter, comme toute victime de conflit, des risques de développer des troubles psychopathologiques pouvant entraver le processus de réintégration sociale, la stabilité sociale et le respect des droits humains ?

Au vu de tout ce qui précède, il s'averrait utile de mener une étude portant sur l' « *Impact psychopathologique et social de la guerre sur les enfants ex combattants et associés aux combats dans la région du Moyen Cavally en Côte d'Ivoire* ».

Après cette introduction, nous aborderons le cadre théorique de cette étude et nous en présenterons et discuterons les résultats.

I – PROBLEMATIQUE ET JUSTIFICATION

1. Problématique

La guerre qui s'est déclenchée en Côte d'Ivoire dans la partie nord s'est vite installée dans la partie ouest ou elle s'est intensifiée. Elle a surpris par sa soudaineté, sa brutalité et les problèmes nouveaux qu'elle a engendré tant au plan social que sanitaire.

Au plan social, la guerre, marquée par l'émergence de conflits intercommunautaires inattendus et la problématique des enfants combattants et associés aux combats, a généré une désorganisation du tissu social; elle a entraîné des déplacements massifs de populations et des recompositions familiales; ainsi, 1,5 million (1.500.000) de personnes avaient fui les zones de combat dans le nord du pays pour les zones sud et près de 200.000 personnes en situation de précarité avaient pu bénéficier de l'aide matérielle des services d'action sociale; 2.000 Ivoiriens s'étaient réfugiés au Mali, 3.682 autres en Guinée, dans le camp de Nona, 2.000 au Ghana et 37.000 au Liberia. Parmi ces personnes qui ont été ainsi forcées de quitter les zones de conflits pour se réfugier en zone sous contrôle gouvernementale plus de la moitié était représentée par les enfants de 0 à 16 ans [7,26, 34].

Au plan sanitaire, il a été noté une désorganisation du système de santé : ainsi par exemple, de 2002 à 2004, les centres de santé étaient passés dans les régions ouest, de 11 à 5 à Bangolo, de 22 à 4 à Biankouma, de 28 à 3 à Danané, de 7 à 5 à Toulepleu et de 51 à 10 à Man [35] ; on notait une recrudescence des cas de violences physiques et sexuelles et des troubles psychologiques du fait des traumatismes subis, des dysfonctionnements familiaux et des difficultés d'adaptation au milieu d'accueil pour certains ; de nombreux cas de grossesses non désirées, d'avortements, d'IST et de Handicaps physiques avaient été mentionnés[7,26].

La Côte d'Ivoire se trouvait ainsi face à plusieurs problèmes nouveaux à gérer en urgence puis à prendre en compte dans la politique de reconstruction nationale. Parmi ces nombreuses préoccupations se trouvaient alors celles relatives aux enfants combattants et associés aux forces combattantes dans les ex zones de conflits ; dans la région du Moyen Cavally, les enfants soldats et associés avaient été estimés à plus de 1000 ; désocialisés et déscolarisés pour la plupart, leur avenir semblait profondément menacé. Plusieurs parmi eux s'adonnaient à des prises de produits toxiques (alcool, tabac, stupéfiants) et dans leurs communautés, un sentiment d'autodépréciation, d'animosité, de frustration et d'injustice était palpable chez la majorité des habitants disant avoir subis des sévices ; ces habitants se disaient animés d'un désir de vengeance, ce qui rendait précaire la paix sociale dans leurs communautés.

La Côte d'Ivoire qui a ratifié la convention internationale de 1989 relative aux droits des enfants s'est alors appropriée la politique de DDR des enfants ex combattants; elle en a fait une action prioritaire: ainsi, dans le Programme National de Réinsertion et de Réhabilitation Communautaire des victimes, déplacés et démobilisés de guerre (PNRRC) un volet est réservé à la réintégration sociale des enfants ex combattants et associés aux combats sans une prise en compte réelle de leur état de santé mentale; et pourtant, le problème des troubles psychopathologiques et du stress post traumatique chez les combattants en période de conflit et en post conflit a fait l'objet de nombreux écrits.

En Côte d'Ivoire, des études réalisées sur différents acteurs, victimes et déplacés de guerre [7,34] avaient mis en évidence chez la majorité d'entre eux l'existence de perturbations psychopathologiques deux à quatre ans après le début du conflit ; ainsi chez près de 93% des victimes civiles déplacées les conséquences restaient encore dominées par des signes de stress post traumatique.

De tout ce qui précède, des préoccupations existent : Comment réintégrer ces personnes doublement affectées du fait de leur statut d'enfant et de combattant si un état des lieux quant à leur situation psychopathologique n'est pas fait? Si le lien n'est pas clairement établi entre leur état de santé mentale et leur qualité de vie et si leurs attentes ne sont pas prises en compte dans une communauté où les populations elles mêmes aspirent à la paix?

2. Justification de l'étude

Motivation Personnelle

La problématique des enfants soldats nous a particulièrement interpellé lors de cette mission de consultance dans le Moyen Cavally auprès des enfants combattants et associés ; elle repose la question de la santé et de la vulnérabilité d'une frange de la population, celle des enfants et des adolescents de 0 à 19 ans qui représentent plus de 54% de la population Ivoirienne [RGPH-98] et qui est la cible de nos activités quotidiennes en tant que pédopsychiatre.

Pertinence Scientifique du Sujet

Ce thème portant sur les enfants combattants et associés aux combats est d'actualité ; il est une composante du problème global relatif aux Violences Basées sur le Genre (VBG) préoccupant aujourd'hui l'ONU. De plus, des études menées dans le cadre du post conflit avaient mis en évidence que des risques étaient attendus chez les personnes affectées par un stress post traumatique non pris en charge de façon adéquate: elles peuvent développer, parfois après plusieurs années de temps de latence des troubles réactionnels au traumatisme vécu [7].

Ainsi, ces risques attendus doivent être minimisés par une aide appropriée basée sur une meilleure connaissance et une documentation de la situation psychopathologique des victimes.

Les résultats de cette étude donneront donc l'occasion de mieux comprendre les comportements et attitudes de ces enfants et ils permettront de mieux cibler les interventions en vue d'une réinsertion sociale réussie et d'une paix durable dans leurs communautés et dans le pays.

Pertinence Sociale du Sujet

La guerre en Côte d'Ivoire a été d'une intensité et d'une violence extrême dans la région de l'ouest. Elle y a engendré une situation de catastrophe humanitaire avec tueries massives, divers traumatismes, stress généralisé, méfiance entre les communautés et risque élevé de réactivation des foyers de conflit et de déstabilisation sociale.

La dimension sociale du traumatisme de guerre y a été « palpable ». En effet, un traumatisme est un facteur de déstabilisation familiale et sociale ; et cette déstabilisation perçue dans la région du Moyen Cavally pouvait s'étendre à toutes les régions et au pays, nécessitant à terme une prise en charge considérable et coûteuse. La prise en compte de cette réalité était donc un pas important dans la construction de la paix ; elle recommandait la mise en place de stratégies et d'actions efficaces cadrant aux besoins réels des victimes dont les enfants ex combattants et associés aux combats.

3. Hypothèse de recherche et question de recherche

3-1 Hypothèse de Recherche

3-1-1 Hypothèse conceptuelle

La guerre prédispose à de nombreuses perturbations psychiques et sociales.

3-1-2 Hypothèses testables

- les enfants ex combattants ou associés qui ont été témoins ou auteurs de violences liées à la guerre ont été victimes d'un état de stress post traumatique tel que décrit pour les combattants des armées régulières ;
- Les événements traumatiques occasionnés ou subis par les enfants ex combattants et associés aux combats ont entraîné chez certains d'entre eux des troubles psychiatriques ;
- Les enfants qui ont pris les armes et ceux associés aux combats ont été exposés à la prise de substances psycho actives ;
- Les parents et les membres des communautés où vivent les enfants ex combattants et associés ont eu avec les enfants combattants des difficultés relationnelles imputables à la situation de conflit.

3-2 Question de Recherche

De tout ce qui précède une question se pose : quel est le point de la situation psychopathologique des enfants ex combattants et associés qui ont participé au conflit dans la région du Moyen Cavally ?

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les conflits ont toujours entraîné une désorganisation sociale et environnementale ; ils ont souvent entraîné une déstructuration mentale des victimes. Un rappel sur l'état des lieux en matière de conflits et sur les troubles psychiques réactionnels aux guerres permet d'en témoigner.

1. Etat des lieux en matière de conflits

1-1 Dans le Monde et en Afrique

Près de 400 guerres dont 150 à grande échelle ont été enregistrées dans le monde depuis 1945 ; 149 de ces 150 conflits à grande échelle ont eu lieu dans les pays en voie de développement (PVD) [9, 21,24].

Ces guerres ont fait plus de 23 millions de tués et ont généré la problématique des enfants soldats évalués en 2000 par l'UNICEF à 300.000 disséminés dans vingt (20) pays du monde [28,35].

120.000 de ces enfants combattants sont repartis dans 14 pays ayant été ou étant en conflit en Afrique. Parmi ces pays, citons le Soudan, la RDC avec 30.000 enfants soldats, la Somalie, la Sierra Leone, le Liberia et récemment la Côte d'Ivoire [41].

1-2 En Côte d'Ivoire

La guerre qui s'est déclenchée en Côte d'Ivoire le 19 Septembre 2002 a surpris par sa soudaineté; elle a fait de nombreuses victimes au nombre desquels se trouvent les enfants combattants et associés aux forces combattantes dans les ex zones de conflits.

Le nombre exact des enfants qui ont combattu en Côte d'Ivoire n'est pas connu ; plusieurs parmi eux avaient migré de la Sierra Leone et du Liberia et ils avaient alors été estimés à plus de 1000 dans la région du Moyen Cavally.

2. Troubles psychiques liés à la guerre

Pendant la deuxième guerre mondiale la psychiatrie militaire a beaucoup étudié les conséquences psychopathologiques des conflits chez les combattants des armées régulières en faisant référence aux travaux de HANS Selye sur le stress et sa physiologie.

2-1 Lien entre stress et SGA et évolution du SGA

2-1-1 Lien entre stress et SGA

Hans Selye a étudié les réactions somatiques et psychopathologiques observées dans les premières heures suivant un stimulus. Il a démontré que l'ensemble de ces réactions ou stress était un effort de l'organisme pour maintenir son équilibre biopsychologique et il a nommé ce processus « Syndrome Général d'Adaptation » ou SGA, résumé ci-dessous :

Stimulus (agression, changement, événement positif ou négatif) ⇒ Réaction ⇒ Adaptation.

2-1-2 Evolution du SGA

Le SGA, réactionnel à un stimulus, a différentes modalités évolutives ; il est caractérisé par différentes réactions passant souvent inaperçues.

En cas d'échec de l'adaptation de l'organisme, on observe une évolution des réactions en trois phases ci-dessous schématisées :

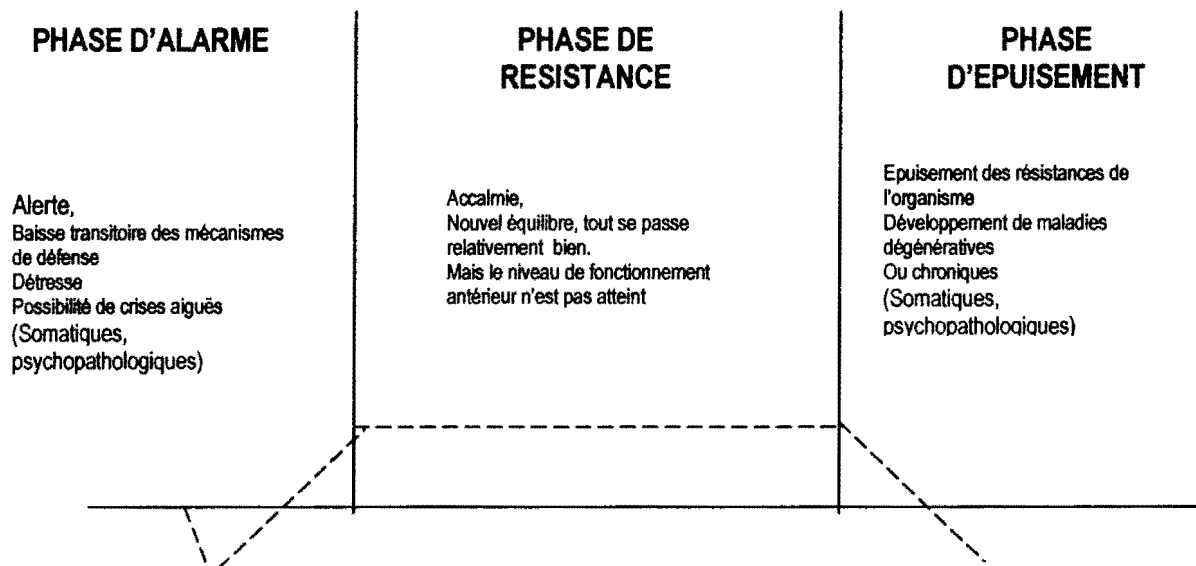


Schéma de l'évolution des réactions liées au stress [12]

- Niveau habituel de fonctionnement de l'organisme
- Niveau de fonctionnement lié au stress déstabilisateur

Cette réaction s'accompagne, au niveau intime de notre organisme, d'une sécrétion d'hormones (Adrénaline et Cortisone) qui assurent la régulation du fonctionnement de nos organes et de nos cellules. Le Syndrome Général d'Adaptation assure normalement notre équilibre interne ou homéostasie face aux crises déstabilisatrices en permettant à la victime de psycho traumatisme de s'adapter en se réorganisant psychologiquement.

Par contre, des circonstances particulières telles que l'intensité et /ou la répétition des stimuli, la surcharge de demande, l'affaiblissement de l'organisme, la perception souvent négative du ou des facteurs de stress, les événements catastrophiques comme les guerres, peuvent modifier cette réaction qui devient alors « bruyante » se traduisant soit par des signes passagers (manifestations réactionnelles immédiates de l'ESPT et/ou troubles psychiatriques aigus) ou durables (manifestations à long terme de l'ESPT et/ou troubles Psychiatriques chroniques).

Ces manifestations immédiates et conséquences à long terme peuvent avoir un impact plus ou moins durable sur la vie et déterminer la relation au monde et la qualité de la vie familiale, sociale et même nationale.

2-2 Etat de stress post traumatique (ESPT) et troubles psychiatriques liés a la guerre

2-2-1 Etat de stress post traumatique (ESPT)

Les symptômes peuvent « s'organiser » pour mettre en place un tableau clinique désigné sous l'expression de l'état de stress post-traumatique (ESPT) ou Post – Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Le stress post traumatique est entré dans les classifications des maladies mentales sous diverses appellations : « Post-Traumatic Stress Disorders » (PTSD) dans la classification Américaine des maladies mentales, 4e édition (DSM IV) ; « Etat de stress post-traumatique » (ESPT) dans la classification OMS des maladies, 10e édition (CIM 10) et « névroses traumatiques » ou « névroses de guerre » dans la classification française [1, 9.10].

L'ESPT survient après exposition à un événement brutal traumatique ou psycho traumatisme. Dans ses manifestations, on note l'évolution suivante :

Des troubles initiaux se déroulant en trois phases :

- Une phase de choc émotionnel dans les suites immédiates de l'incident critique avec sidération émotionnelle, comportements régressifs, tremblements et panique ;
- Une phase de réaction avec fuite, agitation, agressivité, colère, gestes suicidaires, crises de larmes, sursaut au moindre bruit et hyper vigilance. Chez l'enfant on peut noter, en plus des mêmes réactions, une instabilité motrice ;
- Une phase de résolution avec atténuation voire disparition des symptômes selon la qualité et la rapidité de l'aide apportée.

Des troubles tardifs survenant un mois après en absence d'aide appropriée ; ainsi peut-on noter :

- Une reviviscence de l'événement sous forme de souvenirs répétitifs et envahissants du traumatisme avec détresse, images imposées, pensées et perceptions obsédantes. Chez l'enfant, il s'agit souvent de jeux ou de rêves effrayants répétitifs relatifs au traumatisme ; Souvent, se dégage l'impression que l'événement va se reproduire avec des illusions, des hallucinations, des périodes de déstructuration de la personnalité et le moindre indice d'un aspect de l'événement (dans les média) entraîne une détresse psychique ;
- Un évitement des stimuli associés au traumatisme et une baisse de la réactivité : évitement des pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, personnes rappelant le psycho traumatisme ;
- Une baisse d'intérêt pour les activités ;
- Un sentiment d'avenir bouché ;
- Des symptômes neurovégétatifs avec troubles du sommeil, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hyper vigilance, sursaut exagéré ;
- Des symptômes physiques et psychosomatiques avec palpitations, transpiration, tremblements, et secousses musculaires, sensations d'étouffement ou d'étranglement, douleurs thoraciques, vertiges ;
- Des symptômes psychologiques avec anxiété, panique, perte de contrôle de soi, peur de devenir fou ou de mourir, sentiment de culpabilité d'avoir survécu, sentiment d'injustice et de révolte, désir de vengeance ;

- Des difficultés associées avec sentiment d'incommunicabilité (émotions vécues et réactions), vision pessimiste du monde paraissant moins sûr et plein de dangers ;
- Le deuil des personnes chères et de l'état de santé.

Les perturbations liées à l'ESPT et relevant d'un choc émotionnel prolongé, comme la situation de guerre, entraînent comme conséquences une souffrance et/ou une altération des relations interpersonnelles et du fonctionnement social, familial, professionnel avec des problèmes de santé physique ou mentale, difficultés conjugales, familiales et/ou professionnelles.

L'évolution de ces perturbations est variable :

- La guérison est possible en 3 mois pour 50% des victimes ;
- 25 à 30% des victimes peuvent développer une dépression et 50% s'adonner à la consommation abusive de produits toxiques psycho actifs (alcool, tabac, stupéfiants ou médicaments psychotropes).
- Non prises en charge, les personnes affectées par un ESPT peuvent développer, du fait de la promiscuité et de la désorganisation du tissu familial et social, une phobie sociale et des conduites d'addiction (alcoolisme et toxicomanie) [9]. Peuvent être observés chez elles, parfois après plusieurs années de temps de latence (20 à 25 ans), des troubles réactionnels au traumatisme vécu ; elles ont une tendance au suicide 6 fois plus élevée que dans la population générale ; on peut observer chez elles une orientation vers la délinquance chez les jeunes avec un taux de déscolarisation ou d'échec scolaire plus élevé de l'ordre de 40%, une diminution du rendement au travail et une augmentation de probabilité de chômage de 50% , un taux plus accru d'instabilité conjugale de l'ordre de 60%.

En résumé, les symptômes de l'état de Stress Post - Traumatique s'expriment dans les trois mois qui suivent le psycho traumatisme. Cependant, il peut être

observé une période de latence de plusieurs mois voire plusieurs années avant l'apparition des premiers symptômes ; le cycle évolutif d'un stress post-traumatique non traité est en moyenne de 20 ans, avec un minimum de 4 épisodes aigus par cycle [3,8].

2-2-2 Troubles psychiatriques réactionnels à la guerre

Divers tableaux psychiatriques peuvent se rencontrer chez les victimes de conflits.

En général

Ces tableaux peuvent couvrir tout le champ de la psychiatrie ; ils vont des troubles névrotiques aux arriérations mentales en passant par les troubles du comportement et du caractère, des troubles de la Personnalité, les états psychotiques aigus ou chroniques, les troubles de l'humeur avec dépressions et accès maniaques et les états démentiels.

En Côte d'Ivoire particulièrement

Des études réalisées sur différents acteurs, victimes et déplacés de guerre [9, 23,24] avaient mis en évidence chez la majorité d'entre eux l'existence de perturbations psychopathologiques deux à quatre ans après le début du conflit ; ainsi chez près de 93% des victimes civiles déplacées les conséquences restaient encore dominées par des signes de stress post traumatique [9].

Aucune étude n'avait été faite auparavant ni sur les combattants de l'armée régulière, ni sur les enfants combattants.

Qu'en est-il de la psychopathologie de l'enfant combattant ?

3. Psychopathologie de l'enfant combattant

Les enfants sont particulièrement vulnérables à la violence ; ils sont vulnérables au recrutement militaire et à la manipulation par les diverses factions armées du fait de leur innocence et leur grande suggestibilité.

Qu'ils soient contraints à se joindre à des groupes armés ou qu'ils y adhèrent « volontairement », les enfants sont toujours des victimes, et leur participation à des conflits a de graves séquelles sur leur bien-être physique et mental.

Leur psychisme, comme le souligne L. BAILLY, du fait de leur immaturité, garde la marque de cette violence et s'y modèle [5] ; le développement psychique s'en trouve perturbé et les troubles psychopathologiques s'installent et s'aggravent.

Ces constats viennent contredire les premières attitudes de dénégation, d'incrédulité, voire d'hostilité, des professionnels de santé face à la problématique des psycho traumatismes chez les enfants ; ainsi, Anna Freud affirmait-elle en 1944 dans « War and Children » que : « *aussi loin que nous avons pu le constater, les enfants ne présentaient pas de signe de choc traumatique* ». Il en est aujourd'hui de même de la part de nombreux cliniciens encore sceptiques à propos des pathologies post-traumatiques de l'enfant.

À la dénégation de certains professionnels s'ajoute celle de bon nombre de parents et de l'école ; Cet effet négatif de l'entourage a été décrit par Claude Barrois sous l'appellation de deuxième traumatisme [7].

Comment sont prises en charge les conséquences psychopathologiques des conflits ?

4. Prise en charge des conséquences des psycho traumatismes de guerre

La gestion pertinente des conflits en vue d'une cohésion sociale recommande d'abord et avant tout que soient traitées les conséquences des conflits sur les victimes et que soient mises en œuvre des activités dans le sens d'une culture de la paix.

4-1 gestion de l'ESPT en général

Les moyens de gestion de l'ESPT sont de divers ordres ; cette gestion recommande :

- Une action précoce, dans les 24 à 48 heures, pour prévenir des décompensations différées avec des soins prodigués relevant de l'urgence : écouter, entendre, parler, faire parler et prendre en compte la parole singulière des victimes, les apaiser. [16] ;
- Des interventions brèves, en groupe en vue d'atténuer l'impact des événements au niveau des symptômes [11,12] ;
- La prise en compte du contexte politique, social, culturel en vue de contribuer à la cohésion sociale et au traitement de la souffrance post-traumatique [28].

Différentes approches thérapeutiques sont à rappeler.

4-1-1 Le traitement curatif

La norme actuelle du traitement curatif des victimes de psycho traumatisme proposé par Courtois, Chu et d'autres chercheurs est un modèle à séquences, fait d'un rythme et d'un travail en trois étapes (préliminaire, intermédiaire et terminale) ; l'objectif de cette démarche est de faire acquérir aux victimes des aptitudes fondamentales touchant l'autogestion de la santé et la maîtrise des

symptômes tels que les rappels d'images (flash-back), les cauchemars et la dépression, et ce, avant l'exploration du traumatisme. [11,12]

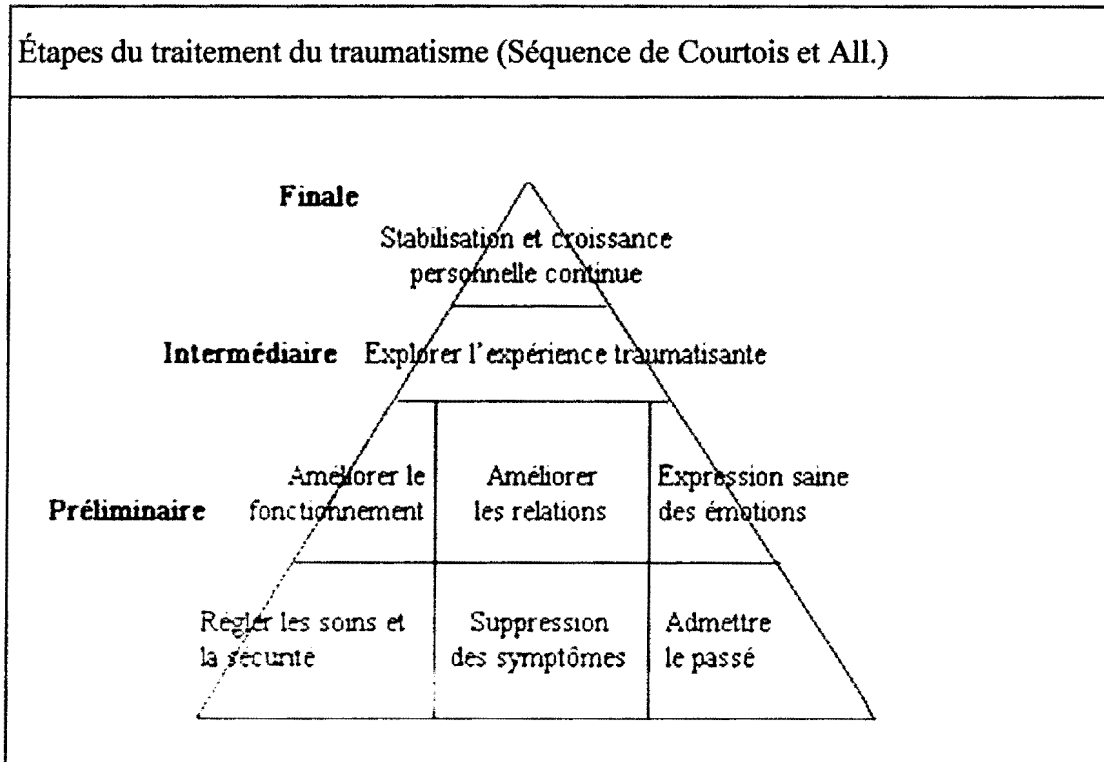


Schéma des étapes du traitement du psycho traumatisme [12]

Ce traitement curatif est fait de :

Le Débriefing

La technique psychologique du débrieffage ou débriefing est une technique psycho éducative de soutien dispensée en phase préliminaire dans les 24 heures à 48 heures après le traumatisme ; elle sert à normaliser certaines réactions au traumatisme et à renforcer les habiletés d'adaptation.

Selon Crocq [10,11], le « débriefing psychologique » permet de :

- relativiser l'événement et réinsérer la victime dans le temps et l'espace ;
- expliquer les symptômes et permettre une prise de conscience de leur normalité en entendant le récit des autres;

- favoriser un processus d’abréaction, de verbalisation sur ce qui a été ressenti plutôt que sur ce qui a été vu ;
- atténuer les sentiments d’impuissance, d’échec et de culpabilité ;
- permettre une mise à plat des tensions de groupe et repérer les sujets fragiles ;
- proposer un suivi aux victimes et les orienter vers l’avenir.

Le traitement psychiatrique à base de psychotropes

Le traitement à base de psychotropes peut aider, le cas échéant, à la résolution de l’ESPT et des troubles psychiatriques graves.

Ce traitement vise à :

- Stabiliser les crises et à gérer les symptômes comme l'anxiété, la colère, la dépression, l'abus d'alcool et/ou d'autres substances psycho actives, les problèmes de sommeil, les difficultés relationnelles et comportementales et les troubles psychotiques[24].

Les techniques de gestion du stress

L` objectif principal visé par les techniques de gestion du stress est de ramener le stress à un niveau minimal pour en atténuer les effets néfastes ; elles peuvent être utilisées a chaque étape

Elles utilisent comme méthodes essentiellement:

Le défoulement verbal (parler du traumatisme ou du sujet qui préoccupe et bénéficier d’une écoute attentive) ;

Le défoulement physique avec par exemple les exercices physiques, le sport, l’art thérapie, l’ergothérapie ;

La relaxation.

Elles présentent comme avantages de favoriser : un retour au calme, un meilleur contrôle de soi, plus d’efficacité dans la recherche de solutions, une bonne

productivité et un esprit de créativité, une meilleure disposition d'esprit pour relativiser et accueillir l'autre.

Les interventions psychosociales

Elles vont favoriser la médiation sociale et améliorer les relations interpersonnelles et contribuer à la prévention et gestion des conflits.

Les interventions psychosociales, réalisées souvent par les organisations et associations ont pour but d'apaiser les tensions et de traiter les incompréhensions ou les violences entre groupes sociaux ; elles développent les liens sociaux, suscitent les réinsertions sociales, culturelles, économiques des personnes ou groupes de personnes en difficulté.

Ces interventions prenant en compte les attentes et les ressources des communautés, se présentent sous forme de dialogue et d'échanges entre animateurs des associations et les populations, entre populations elles mêmes ; elles se présentent sous forme de projets élaborés avec les personnes concernées, d'activités génératrices de revenus ou d'emplois de proximité dans les localités.

I-4-2 Le traitement préventif

Il vise à accroître la maîtrise de soi et à minimiser le niveau de stress réactionnel au psycho traumatisme par les techniques de contrôle émotionnel (relaxation, activités physiques, détente, méthodes de gestion des conflits et de gestion du stress...)

4-2 Prise en charge particulière des enfants soldats ou combattants

4-2-1 En général

Le problème des enfants combattants est aujourd'hui au cœur des priorités internationales; cependant, les concernant, l'accent a été surtout mis sur leurs droits : ainsi, au lendemain de la deuxième guerre mondiale, de longues négociations internationales ont été lancées dès 1978 par le gouvernement polonais ; elles ont abouti à la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par les Nations Unies le 20 novembre 1989. Cette Convention protège la dignité, l'égalité et les droits fondamentaux des enfants. Elle compte 54 articles couvrant l'ensemble des domaines des droits de l'homme (droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels). Elle contient aussi une disposition, l'article 38, relative aux enfants dans les conflits armés, qui pour l'essentiel renvoie aux règles du droit international humanitaire protégeant les enfants dans ces situations [15,16]; au vu de cette convention, les organisations et associations, à travers le monde entier, consacrent l'essentiel des actions entreprises en faveur de ces enfants combattants et associés au respect de leur droit, à l'amélioration de leur environnement socio-économique, à leur désarmement, leur démobilisation en vue de leur réinsertion sociale (DDR); bref,elles consacrent l'essentiel de leurs activités de prise en charge aux interventions psychosociales sans une prise en compte réelle de l'état de santé mentale des enfants combattants et associés.

4-2-2 En Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, l'idée de réinsérer socialement les enfants combattants a été très tôt au cœur des préoccupations de l'UNICEF; dans cette perspective, cette

institution a appuyé certaines ONG dont « Afrique Secours et Assistance » (ASA), structure travaillant dans l'humanitaire.

ASA a eu, dans le cadre du programme de démobilisation et de réinsertion (PDR), la mission de réinsérer 327 enfants combattants et associés aux forces combattantes et vivant dans cinq (5) villages du Moyen Cavally sur l'axe Guiglo Toulepleu : Kaadé, Béoué, Ké-Bouébo, Péhé et Pantrokin.

Dans ce contexte, ASA a sollicité une mission de consultance qui avait pour objectif principal la prise en charge psychologique de ces enfants. Une évaluation psychopathologique de ces enfants s'avérait donc nécessaire en vue d'actions pertinentes d'aide.

5. Définitions des termes

Il convient de définir les notions suivantes : « **Enfant combattant** » « **Stress** », « **Syndrome Général d'Adaptation** », « **Psycho traumatisme** », « **Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) ou Post Traumatic Syndrome Disorder (PTSD)** »

5-1 L'Enfant Combattant

Selon l'UNICEF, l'Enfant combattant ou l'Enfant Soldat se définit comme « *toute personne âgée de moins de 18 ans qui fait partie d'une force ou d'un groupe armé régulier ou irrégulier de quelque nature que ce soit, y compris, mais sans s'y limiter, les enfants combattants, les cuisiniers, les porteurs, les messagers et ceux qui accompagnent ces groupes (autre que les membres de famille). La définition comprend également les filles enrôlées pour servir de concubines ou aux fins de mariage forcé. Cette définition ne désigne pas exclusivement les enfants qui portent ou ont porté des armes. Certains garçons et filles peuvent avoir été enlevés ou recrutés de force, d'autres ont été amenés à*

s'enrôler par la pauvreté, la maltraitance et la discrimination, les pressions de la société ou des pairs ou encore pour se venger de la violence dont eux-mêmes ou leur famille ont été victimes» [3, 41].

Ces enfants, fragilisés du fait de la guerre, font aujourd'hui l'objet d'un double intérêt au niveau international : leur situation, aujourd'hui véritable préoccupation pour l'ONU, présente un intérêt juridique du fait qu'elle symbolise une violation manifeste des droits de l'homme ; elle présente un intérêt en santé publique car elle est un cas typique de violence basée sur le genre (VBG) déstructurant l'état de santé globale telle que définie par l'OMS et mettant en péril la quiétude et le bien être des communautés où vivent ces enfants[41].

5-2 Le Stress

Le stress est la réaction de l'organisme aux stimuli, agressions ou changements. Cette réaction est non spécifique et se déroule pratiquement de façon stéréotypée

5-3 Le Syndrome Général D'adaptation ou « SGA »

Le Syndrome Général d'Adaptation (SGA) correspond aux manifestations psychopathologiques observées dans les premières heures suivant la survenue d'un psycho traumatisme. Ces manifestations correspondent à un effort général de l'organisme pour s'adapter aux nouvelles conditions et maintenir son équilibre de base. Hans Selye a décrit largement ces manifestations et les a nommé « Syndrome Général d'Adaptation » (SGA) ou, en anglais, « General Adaptation Syndrome ». Il définit ainsi ce SGA comme « *l'ensemble des réponses non spécifiques, constantes et stéréotypées dues à un agent agressif physique, quel qu'il soit* »

5-4 Le Psycho traumatisme ou Traumatisme psychique

Le Psycho traumatisme ou Traumatisme Psychique se définit comme un événement brutal et intense en émotions, un ensemble des bouleversements existentiels pouvant survenir chez les victimes de situations de catastrophe. Il est à différencier du traumatisme physique. Le traumatisme physique est facilement repérable et compréhensible par tout le monde, à l'inverse du traumatisme psychique qui marque psychologiquement toute personne victime, auteur ou témoin d'atrocités ou d'un accident ayant un très fort potentiel émotionnel.

5-5 l'Etat de Stress Post Traumatique

L'état de stress post – traumatique se définit comme un ensemble de symptômes se développant chez une personne ayant été victime, témoin ou ayant été confrontée à un événement catastrophique (incident critique) tel que la guerre en Côte d'Ivoire [12].

NOTRE ETUDE

1. Objectifs de l'étude

Objectif Général

L'objectif général était d'évaluer l'impact psychopathologique et social de la guerre sur les enfants ex combattants et associés aux combats dans la région du Moyen Cavally.

Objectifs spécifiques

Il s'agissait de :

1. Décrire les caractéristiques socio démographiques des enfants ex combattants et associés aux combats ;
2. Déterminer la situation psychopathologique de ces enfants ;
3. Analyser la situation psychopathologique des enfants combattants ;
4. Identifier les interventions à prendre en compte pour une réintégration efficiente des enfants ex combattants et associés aux combats dans la politique de reconstruction nationale.

2. Matériel et Méthode de l'étude

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une étude de base devant permettre, à terme, de cibler des interventions pour une réintégration efficiente des enfants ex combattants et associés en vue d'une paix durable dans le cadre de la reconstruction post conflit en Côte d'Ivoire.

Cadre de l'étude

Notre étude, initiée avec la collaboration de ASA et UNICEF, s'est déroulée dans la région du Moyen Cavally, plus précisément dans cinq (5) villages situés sur l'axe Guiglo-Toulepleu : Kaadé, Béoué, Ké-Bouébo, Péhé et Pantrokin.

Population d'étude

- Enfants ex Combattants (*enfants soldats, Enfants associés aux combats*) ;
- Accessoirement, Familles des enfants ex combattants et associés (pères, mères, frères, sœurs, parents adoptifs responsables de ces enfants).

Type d'étude

Il s'est agit d'une étude avant/après, transversale et descriptive à visée analytique qui s'est déroulée selon les étapes suivantes:

1. Une phase d'évaluation initiale avant intervention. Elle a fait le point de la situation psychopathologique de 327 enfants trouvés sur le terrain au moment de l'enquête sur les 500 recensés dans la région par ASA ; puis elle a permis d'identifier les interventions pertinentes pour la réintégration sociale de ces enfants ;
2. Une phase d'intervention qui a consisté à faire des consultations médico-psychologiques des enfants, à mettre en place un processus de prise en charge psychosociale au niveau communautaire, à faire des réunions d'évaluations périodiques ;
3. Enfin, après intervention, une phase d'évaluation finale de la situation psychopathologique des enfants.

Échantillonnage/Échantillon

Volet quantitatif

Il s'est agit d'un échantillon exhaustif comprenant tous les 327 enfants ex combattants et associés aux combats des cinq villages. Il se répartit comme suit : 93 enfants à Kaadé, 80 à Béoué, 100 à Ké-Bouébo, 67 à Péhé et 67 à Pantrokin.

Volet qualitatif

Le volet qualitatif a permis de recueillir des informations relatives à la perception des enfants par eux-mêmes et par les membres de leurs communautés.

A cet effet, quatre séances de focus groupe ont été réalisées par village : deux séances de groupes dont un de 10 enfants et un autre de 10 parents au 1^{er} passage du 20 au 25 août 2006 et deux autres séances de groupes au 2^e passage du 27 août au 01 septembre 2007.

Critères d'inclusion et de non inclusion

Ces critères étaient les suivants pour les différentes cibles :

Ex combattants

- Enfants ayant combattu dans la zone ;
- Enfants ayant été associés aux combats.

Familles des ex combattants

- Personnes (enfants, conjoint, parents géniteurs, frère/soeur) dont un enfant ou un parent âgé d'au plus 18 ans a combattu ou a été associé au combat.

N'ont pas été inclus :

- Les enfants ex combattants ou associés ayant refusé de faire partie de l'étude ;
- Les parents des enfants ex combattants ou associés ayant refusé de participer à l'étude.

Sélection des variables

Nous avons procédé à la définition de deux types de variables utilisées dans cette étude : une variable principale ou indépendante et des variables secondaires ou dépendantes.

Variable Principale ou Indépendante

Variable dont les fluctuations sont traitées comme conséquences du changement d'une ou de plusieurs variables dépendantes ; dans cette étude la variable indépendante est la santé mentale (avec plusieurs symptômes comme indicateurs) des enfants ex combattants et associés.

Variable Secondaire ou Dépendante

Elle est une caractéristique du sujet qui est manipulée par le chercheur en vue d'analyser ses effets sur le comportement étudié :

Dans notre étude, il s'agit des caractéristiques sociodémographiques permettant de discriminer les individus et ce sont : le sexe, l'âge, le lieu d'habitation, le statut social [profession, niveau d'instruction].

Outils de collecte et période de collecte des données

Outils de collecte des données

- Un questionnaire pour le volet quantitatif de l'étude a été élaboré à l'intention des 327 enfants ex combattants et associés aux combats ;
- Quant au volet qualitatif, un guide d'entretien a été conçu pour la conduite des entretiens de groupe (focus groupe) avec les enfants

ex combattants et associés et leurs parents des différentes communautés.

Collecte des données

Des enquêteurs ont été recrutés et formés sur les outils et les techniques de collecte des données. La collecte des données quantitatives s'est faite au moyen du questionnaire et les données qualitatives ont été transcrites par deux enquêteurs.

Les outils de l'enquête ont été affinés après un test préliminaire puis adaptés au contexte et aux enfants. L'évaluation préliminaire des outils a eu lieu sur un site choisi en dehors des zones d'étude.

Un guide-interprète a été recruté localement pour aider à la collecte des données.

Durée de l'étude

L'étude, ayant débutée en août 2006, a été programmée sur une durée de 15 mois avec une phase d'évaluation initiale de un (01) mois, une phase d'intervention de douze (12) mois, une phase d'évaluation finale de un (01) mois et la rédaction du rapport final en un (01) mois.

Analyse des données

Les données quantitatives collectées ont été saisies sur EPI Info 6.0 et Excel. Les variables pertinentes de l'étude ont été présentées sous forme de tableaux et de graphiques et de résumés statistiques associées à leur dispersion.

Les données qualitatives recueillies ont été saisies sur le logiciel Word et ont fait l'objet d'analyse de contenu.

Aspects Éthiques

- Pour garantir l'usage de bonnes pratiques éthiques dans toutes les phases de l'enquête, l'accent a été mis sur la protection de la vie privée et la confidentialité de tous les participants. L'accord des participants eux-mêmes, ainsi que celui d'un parent ou tuteur a été obtenu. (Consentement éclairé oral des populations et des enfants) ;
- L'étude, élaborée sur la base des principes éthiques de respect de la bienfaisance, a exclu toute stigmatisation d'individus, familles ou communautés ;
- Les résultats de l'étude ont été communiqués aux enfants enquêtés et à leurs parents ;
- Les personnes malades identifiées au cours de l'enquête ont été prises en charge par des professionnels sur le plan psychiatrique et médical.

3. Difficultés rencontrées

- La mission a été difficilement menée du fait que les distances à parcourir étaient longues et les routes parfois impraticables ;
- Les agents ASA de terrain qui ont été les enquêteurs n'étaient pas sensibilisés à la problématique des psycho traumatismes de guerre ; il a fallu faire une petite formation en vue de la collecte des données et de l'encadrement psychosocial des enfants sur le terrain ;

Une forte demande de consultations adultes non honorée du fait qu'ils constituaient une cible secondaire et les moyens pour leur prise en charge étaient limités.

4. Résultats

Les résultats de l'étude ont concerné :

- Les caractéristiques socio démographiques et sociales des enfants ;
- Les données psychopathologiques des enfants avant intervention, l'analyse de ces données et les attentes de ces enfants en vue de déterminer les actions à mettre en œuvre pour leur réintégration efficiente ;
- Les données psychopathologiques des enfants après la phase d'intervention ;
- La perception des enfants par eux-mêmes et par les membres de leurs communautés.

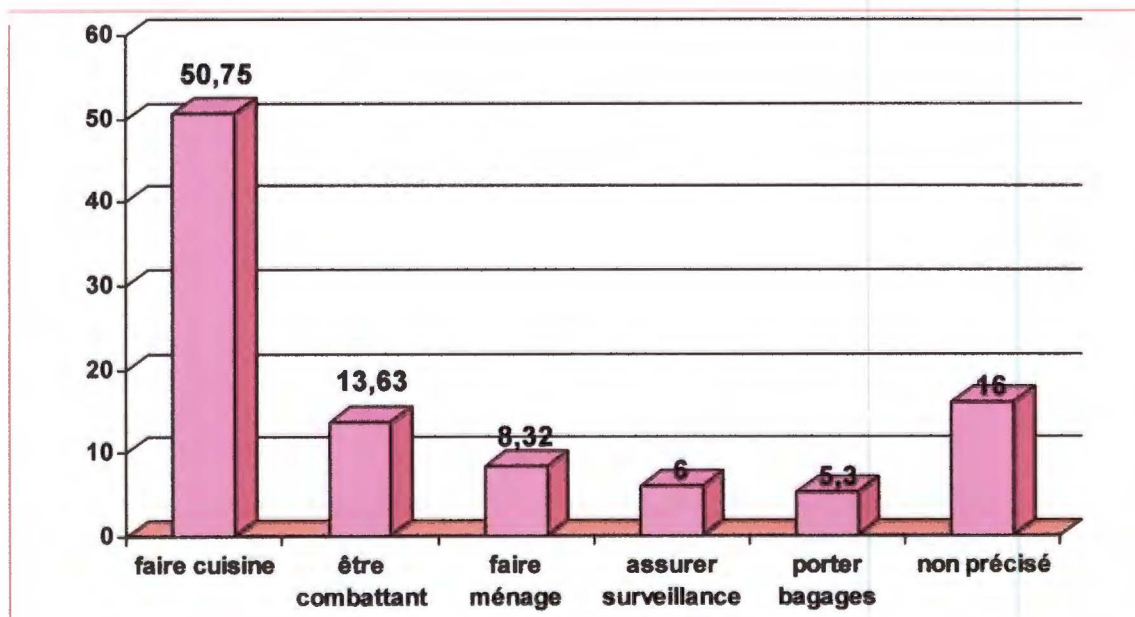
1- Les caractéristiques sociodémographiques et sociales des enfants combattants et associés ;

Tableau n° I : répartition des enfants soldats par sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	195	59,6
Féminin	132	40,4
Total	327	100

Plus de 40% des enfants soldats et associés étaient de sexe féminin.

Les filles avaient pour activités de : i) Faire la cuisine ; ii) Etre combattantes; iii) Faire le ménage (vaisselle et lessive); iv) Assurer la surveillance ;v) Porter les bagages selon la répartition dans l'Histogramme ci dessous:



- Pour la majorité (50,75%), il s'agissait de faire la cuisine et pour 16% d'entre elles, aucune précision n'avait été donnée.

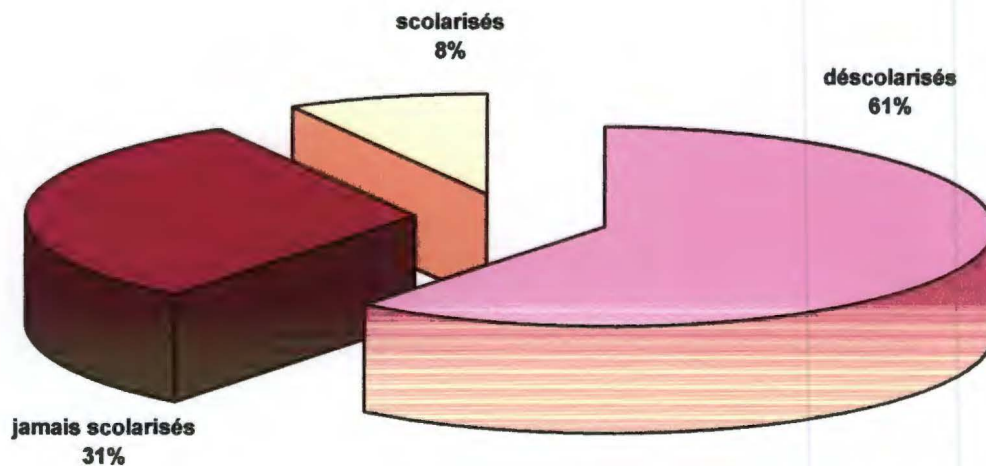
Tableau n°II: Répartition des enfants soldats selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (année)	Effectif	Pourcentage
[0-5[	3	0,9
[5-10[	51	15,6
[10-15[	132	40,4
>= 15	141	43,1
Total	327	100

- 56% de ces enfants avaient entre 5 et 15 ans
- Près de 64% vivaient avec au moins un des deux parents [30,3% avec père et mère, 10,7% avec le père seul et 22,9% avec la mère seule] ;
- Concernant la nationalité, 96,9% étaient ivoiriens ;
- Concernant la Religion, 41% étaient chrétiens, 2,8% musulmans, 15,9% animistes et 40,4% sans religion ;
- S'agissant de la Situation Matrimoniale, 1,2% étaient mariés et 98,8% célibataires.

- Concernant **la Situation Sociale des enfants** au moment de l'enquête de base, il avait été noté que :

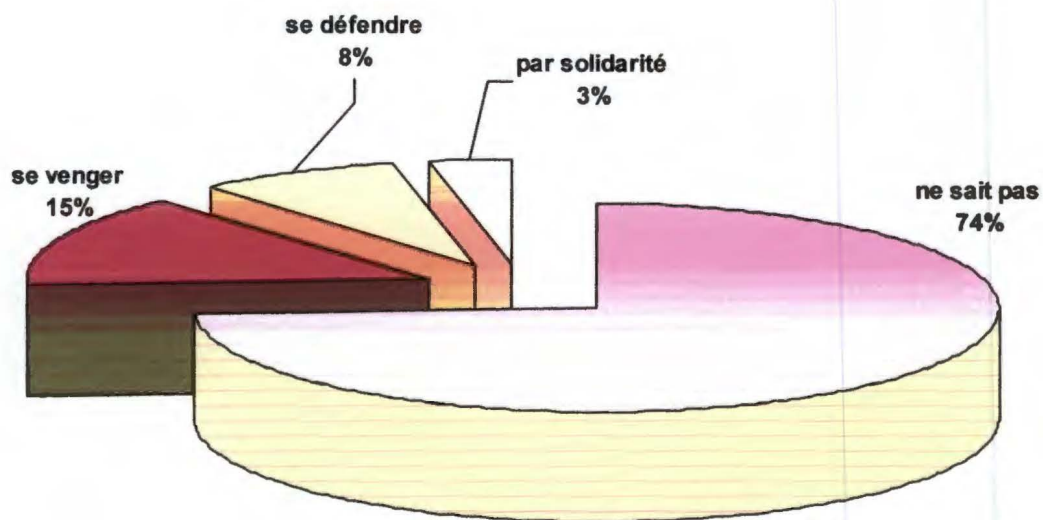
Au niveau du statut scolaire



- 61% étaient déscolarisés du fait de la guerre (56% du cycle primaire et 5% du cycle secondaire) et 08, % étaient scolarisés (5% au cycle primaire et 3% au cycle secondaire).

Sur le Plan économique, seuls 13,1% exerçaient une Activité Génératrice de Revenus (avec 10,7% pour les travaux champêtres, 1,5% pour la pêche et 0,9% pour le petit commerce.)

Concernant les raisons qui ont emmené les enfants à prendre les armes :



- 74% disaient ne pas savoir pourquoi et 08% disaient l'avoir fait pour défendre la communauté et/ou libérer les plantations ;

Concernant la consommation de substances psycho actives :

Elle est résumée dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°III : répartition des enfants selon la consommation de substances psycho actives

Habitudes	Effectif	Pourcentage
Drogues (chanvre, poudre de canon)	50	15,29
Alcool frelaté	127	38,80
Colle	1	00,30
Tabac	57	17,40

La plupart des enfants ex combattants s'adonnaient à la prise de substances psycho actives (alcool, tabac, stupéfiants); l'alcool frelaté était le plus consommé par 38,80% d'entre eux.

Les Antécédents étaient marqués :

-**Au niveau médical** : par des affections somatiques diverses passées ou en cours au moment de l'enquête chez 233 enfants soit 71,3%;

-**Au niveau chirurgical** : par des affections chirurgicales ayant fait l'objet de soins chez 24 des enfants soit 7,3%;

-**Au niveau juridique** : par l'interpellation de 9 des enfants soit 2,7% d'entre eux pour des infractions ;

-**Au niveau de la sexualité** : par la violence et l'abus sexuel subis en période de guerre chez 33 soit 18,5% des enfants, une sexualité active chez 178 (54,40%) avec 2 partenaires ou plus chez 36,5% des actifs sexuels ; 37 des 132 filles, soit 28,03% d'entre elles, étaient filles mères en pleine adolescence ;

-**Au niveau familial** : par le décès de 326 parents tués pendant le conflit, avec 119 pères tués, 76 mères tuées, 70 sœurs tuées pour 46 enfants, 61 frères tués pour 49 enfants.

2-Les caractéristiques psychopathologiques et leur analyse avant intervention et les attentes des enfants :

2-1 les caractéristiques psychopathologiques avant intervention

2-1-1 S'agissant des Symptômes les plus fréquents, on notait :

Tableau n°IV : Répartition des Symptômes avant intervention

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Enurésie	20	06,10
Angoisse/ Peur	199	60,90
Tristesse Humeur	108	33,00
Crises de larmes	136	41,60
Troubles Sommeil	210	64,30
Céphalées	203	62,10
Palpitations	184	56,30
Sensation étouffement	95	29,10
Gestes/comportements suicidaires	38	11,60
Troubles Mémoire	45	13,8
Vision pessimiste monde	25	07,6
Logorrhée	37	11,3
Délire/Hallucinations	51	15,6
Isolement/repli sur soi	93	28,4
Instabilité psychomotrice	136	41,50
Troubles Appétit	73	22,30
Trouble Comportement (vol, fugue, agressivité)	217	66,40
Troubles Caractériels	178	54,50

Les symptômes les plus fréquents étaient les troubles du comportement (66,40%), les troubles du sommeil chez plus de 64% des enfants, les céphalées chez 62,10%, l'angoisse et la peur (60,90%), les palpitations (56,30%), les troubles caractériels (54,50%).

2-1-2 S'agissant des Pathologies

Chez 274 enfants, soit chez 83,80% de l'ensemble, des diagnostics avaient pu être posés avant l'intervention, se répartissant comme suit :

Tableau n°V : Répartition des Diagnostics avant intervention

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Dépressions	54	16,51
ESPT	151	46,17
Troubles Anxieux	29	08,86
Psychoses	36	11,00
Schizophrénies	4	1,22
RAS	53	16,20
Total	327	100

La majorité des enfants (46,17%) présentaient des manifestations de l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) ; 16,51% souffraient de Dépression.

2-2 Analyse de la situation Psychopathologique des Enfants

Elle fait le point des relations entre : i) les psychopathologies (Diagnostics) et le sexe et la sexualité, ii) la consommation de substances psycho actives (drogues et alcool), le sexe et l'âge.

Tableau n°VI : Diagnostic et sexe

Diagnostic	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Dépressions	32	22	54
ESPT	96	55	151
Troubles Anxieux	17	12	29
Psychoses	23	13	36
Schizophrénies	4	0	4
RAS	23	30	53
Total	195	132	327

Khi = 9.77

p = 0.081

P étant > 0.05, le test est non significatif.

Il n'y a donc pas de relation entre le diagnostic et le sexe.

Tableau n°VII : Diagnostic et sexualité

Diagnostic	Sexualité		Total
	Oui	Non	
Dépressions	38	16	54
ESPT	85	64	151
Troubles Anxieux	15	14	29
Psychoses	22	14	36
Schizophrénies	2	2	4
RAS	17	36	53
Total	181	146	327

Khi = 17.37

p = 0.00038

P étant < 0.05, le test est significatif.

Il existe donc une relation entre le diagnostic, la psychopathologie et l'activité sexuelle : ceux présentant des troubles psychopathologiques sont les plus actifs sexuellement.

Cette donnée confirme les dires d'un des enfants ex combattant qui établissait un lien entre sa sexualité et ses troubles psychopathologiques : « *quand je pense a tout ce qui s'est passé et que j'ai vu pendant la guerre, je ne dors pas et comme ça, je peux aller avec cinq ou six femmes par jour.* »

Tableau n°VIII : Drogue et sexe

Drogue	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	45	5	50
Non	150	127	277
Total	195	132	327

$Khi = 22.61$

$p = 0.0000020$

P étant < 0.05 , le test est significatif.

Il existe donc une relation entre la consommation de drogue et le sexe : les garçons consommaient plus la drogue que les filles.

Tableau n°IX: Drogue et âge

Tranche d'âge (année)	Drogue		Total
	Oui	Non	
[0-5[	0	3	3
[5-10[	1	50	51
[10-15[	24	108	132
≥ 15	25	116	141
Total	50	277	327

$Khi = 1.14$

$p = 0.28$

P étant > 0.05 , le test n'est pas significatif.

Il n'existe donc pas de relation entre la consommation de drogue et l'âge des enfants ; ceux-ci en consommaient quelque soit leur âge.

Tableau n°X : Alcool et sexe

Alcool	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	96	31	127
Non	99	101	200
Total	195	132	327

Khi = 21.97

p = 0.0000028

P étant <0.05, le test est significatif.

Il existe donc une relation entre la consommation d'alcool et le sexe : les garçons avaient plus tendance à consommer de l'alcool que les filles.

Tableau n°XI: Alcool et âge

Tranche d'âge (année)	Alcool		Total
	Oui	Non	
[0-5[	0	3	3
[5-10[	5	46	51
[10-15[	59	73	132
>= 15	63	78	141
Total	127	200	327

Khi = 3.56

p = 0.059

P étant <0.05, le test est significatif.

Il existe donc une relation entre la consommation d'alcool et l'âge : plus l'enfant combattant était âgé, plus il avait tendance à consommer de l'alcool, surtout lorsqu'il était de sexe masculin.

2-3 Les attentes des enfants

Les séances de sensibilisation de masse, les entretiens de groupes et les données des fiches d'enquête ont permis de recueillir les attentes de ces enfants pour leur réintégration sociale. En plus de la prise en charge médico psychologique souhaitée par leurs parents et par presque eux tous, ils ont émis le désir d'activités occupationnelles. Ces activités sont consignées dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°XII : Répartition des enfants ex combattants selon les activités souhaitées

Désirs/souhaits	Effectif	Pourcentage
Agriculture	31	09,5
Commerce	66	20,2
Couture	94	28,7
Elevage	12	03,7
Electricité	2	00,6
Etude	62	19,0
Football	3	00,9
Mécanique	18	05,5
Menuiserie	5	01,5
Transport	5	01,5
Maçonnerie	4	01,2
Photographe	1	00,3
Coiffure	7	02,1
Non précisé	17	05,2
Total	327	100

Seuls 19% avaient souhaité reprendre leurs études.

5,2% ne s'étaient pas exprimé sur leurs attentes.

Les autres (75,80%) ont souhaité exercer de petits métiers pour une autonomie financière.

Ces préoccupations ont été prises en compte et ont déterminé les activités mises en œuvre, soutenues par l'alphabétisation pour certains.

Ces données traduisent la situation d'extrême pauvreté dans cette zone en post conflit.

3- Données Psychopathologiques après intervention :

3 -1 S'agissant des Symptômes les plus fréquents :

Tableau n°XIII : Répartition des Symptômes après intervention

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Enurésie	5	01,52
Angoisse/ Peur	10	03,04
Tristesse Humeur	1	00,30
Crises de larmes	00	00,00
Troubles Sommeil	10	03,04
Céphalées	10	03,04
Palpitations	00	00,00
Sensation étouffement	00	00,00
Gestes/comportements suicidaires	00	00,00
Troubles Mémoire	04	01,20
Vision pessimiste monde	00	00,00
Logorrhée	00	00,00
Délire/Hallucinations	02	00,60
Isolement/repli sur soi	03	00,90
Instabilité psychomotrice	00	00,00
Troubles Appétit	00	00,00
Trouble Comportement (vol, fugue, agressivité)	20	06,10
Troubles Caractériels	10	03,04

Le nombre d'enfants présentant les troubles avait considérablement diminué : ainsi, les troubles comportementaux ne concernaient plus que 06,10% des enfants contre les 66,40% avant l'intervention ; juste 03,04% des enfants présentaient les troubles du sommeil contre 64% au début ; de 62% présentant des céphalées au début nous sommes descendu à 03% ; il en a été de même pour l'angoisse et la peur (de 61% à 03%), pour les palpitations (de 56% à 00%) et les troubles du caractère (de 54% à 03%).

3 -2 S'agissant des Pathologies :

Chez 238 des 274 enfants diagnostiqués sur un total de 327, il a été noté une amélioration après intervention :

Tableau n°XIV : Répartition des Diagnostics après intervention

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Dépressions	5	01,52
ESPT	10	03,04
Troubles Anxieux	2	00,60
Psychoses	15	04,60
Schizophrénies	4	01,22
RAS	53	16,20
Amélioration Etat Santé	238	72,78
Total	327	100

L'état de santé mentale était globalement amélioré chez 72,78% des enfants. En rapportant ce taux aux 274 enfants diagnostiqués au départ, on note un taux d'amélioration de 86,85% avec la diminution du pourcentage des :

- Déprimés passant de 16,51% à 01,52% après intervention ;
- ESPT passant de 46,17% à 03,04% après intervention ;
- Troubles anxieux passant de 08,86% à 00,60% après interventions ;
- Psychoses passant de 11% à 04,60% après intervention.

L'état psychopathologique des schizophrènes est resté stationnaire.

4 - Perception des enfants

Les entretiens de groupes et l'exploitation des fiches d'enquête a permis de recueillir ces perceptions.

4-1 Par les enfants eux-mêmes

La majorité disait avoir changé de comportement et de caractère du fait de la guerre : ces enfants se décrivaient comme étant devenus plus agressifs et moins respectueux vis-à-vis des parents. Ils disaient avoir une santé plus fragile qu'avant la guerre. En effet, bon nombre souffraient d'affections organiques parmi lesquelles les IST, les affections ORL, les hernies inguinoscrotales, etc. Après les diverses interventions, 61,50% disaient mieux se sentir dans leurs communautés ; 78,30% disaient avoir de bons rapports avec les membres de leurs communautés contre 06,70%.

4-2 Par les membres de la communauté

Les parents eux-mêmes reconnaissaient que leurs enfants avaient beaucoup changés ; ils étaient devenus plus caractériels du fait de la guerre et du fait de la défaillance de leur rôle de parents protecteurs. Ils culpabilisaient d'avoir susciter la « parentalisation » de leurs enfants par la force des choses tandis que eux-mêmes, parents, s'étaient sentis « infantilisés » dans une sorte d'inversion des rôles.

Les interventions menées avaient, selon les parents améliorées les comportements des enfants ; ainsi 84,40% des parents disaient avoir une bonne image de ces enfants contre 03,40% qui avaient une image négative d'eux.

Eux-mêmes disaient en souffrir et avoir besoin d'aide médico psychologique.

5. Discussion

Au terme de cette étude nous notons que :

- **S'agissant des caractéristiques sociodémographiques :**

Sur un total de 327 enfants ex combattants et associés enquêtés (96,9%) étaient ivoiriens; plus de 40% étaient de sexe féminin et 50,75% de ces jeunes filles avaient pour rôle de faire la cuisine tandis que 13,63% étaient des combattantes.

Ailleurs ces enfants sont enrôlés pour des activités dangereuses et aliénantes : Ainsi, ils sont combattants, domestiques, espions, messagers, esclaves sexuels.

Le taux élevé d'Ivoiriens retrouvés dans la zone où s'est déroulée l'étude témoigne du fait que les enfants soldats venus du Liberia et de la Sierra Leone pour combattre aux cotés des enfants Ivoiriens sont retournés chez eux avec l'accalmie observée. Cette donnée pose le problème de la nécessité d'actions concertées et globales au niveau sous régional et même continental.

Concernant l'âge, 56% des enfants de notre étude avaient de 6 à 15 ans. ; Cet âge était souvent de 7 à 18 ans au Soudan, en RDC, en Sierra Leone et près de nous au Liberia [6]. Il était sensiblement le même que celui de notre population d'étude ; cet age, expliquant de fait leur déscolarisation massive (60,50%), est une période de grande vulnérabilité psychologique. Aux remaniements psychologiques habituels de la puberté et de l'adolescence, sont venues s'ajouter les perturbations psychiques liées à la problématique de la guerre.

En ce qui concerne les raisons de leur enrôlement dans le conflit, 74% d'entre eux disaient ne pas savoir pourquoi ils avaient pris les armes et 26% disaient l'avoir fait par solidarité, pour défendre la communauté ou pour se venger du meurtre de leurs parents, frères et sœurs.

Enfin, concernant la sexualité, 18,50% disaient avoir été victimes de violences sexuelles et marqués à jamais par cette agression ; 54,40% étaient actifs et parmi eux 36,50% avaient plusieurs partenaires ; 28,03% des combattantes étaient filles mères adolescentes ; certaines études ailleurs avaient mis en évidence une remontée de la séroprévalence au VIH/SIDA estimée en post conflit supérieure à la moyenne nationale de 60% [27] ; ces données interpellent quant à l'évidence des problèmes de santé génésique en milieu jeune dans cette région. Des préoccupations existent également en ce qui concerne le devenir des enfants nés en pleine violence, de mères elles mêmes victimes de violence

- Quant aux données psychopathologiques :

Elles se résumaient comme ci-dessous avant intervention :

Les symptômes étaient dominés par les troubles du comportement (66,40%), les troubles du sommeil chez plus de 64% des enfants, les céphalées chez 62,10%, l'angoisse et la peur (60,90%), les palpitations (56,30%) et les troubles caractériels (54,50%) ; souvent un même enfant pouvait présenter plusieurs symptômes à la fois.

Les diagnostics posés relevaient que la majorité des enfants (46,17%) présentaient des manifestations de l'Etat de Stress Post Traumatique ; 16,51% souffraient de Dépression et 12,22% de psychoses dont 1,22% de schizophrénie.

Ces résultats concordent avec ceux qui ont été observés ailleurs. Ainsi,

Chez les vétérans de la guerre du Viêt-Nam par exemple, il a été noté de nombreuses séquelles psychiques durables. Une étude sur 2092 monozygotes mâles ayant servi entre 1965 et 1975 rend compte d'une prévalence à 15 ans de 12,9 % et 16,8 % chez les vétérans du Viêt-nam (selon que leur frère a servi en même temps qu'eux ou non au Viêt-nam), contre 5 % chez ceux n'ayant pas servi au Viêt-nam [20, 21].

Chez les militaires et miliciens impliqués dans la guerre civile du Liban, la prévalence du PTSD a été respectivement de 24 % et 8 % quatorze ans après le début du conflit; sur 60 vétérans israéliens faisant une demande de soins quatre à six ans après la guerre du Liban, tous ont présenté un PTSD au moment du conflit et 87 % en souffraient encore au moment de la demande de soins [20, 21].

Cinq ans après le conflit en Côte d'Ivoire, nous notons un pourcentage élevé(83,80%) de séquelles psychiques chez les enfants ex combattants enquêtés et ce, avant intervention.

Les mêmes constats ont été fait chez les enfants et adolescents victimes de la guerre dans d'autres zones : ainsi, un an après la guerre du golf, chez 326 enfants d'Israël victime d'attaques irakiennes, selon une étude menée par Schwarzwald & al. en 1994 et citée par Jolly, on notait un PTSD chez 12 % d'entre eux. Ceux dont la maison avait été bombardée présentaient une prévalence significativement plus élevée : 23.8 % *versus* 9.1 % [21]

En 1994, pendant les conflits qui opposaient musulmans, croates et serbes, une étude sur des enfants bosniaques déplacés, âgés de 6 à 12 ans, signalait un taux de PTSD de 93,8 % et des troubles associés étaient observés : tristesse (90,6 %), anxiété (95,5 %), sentiment de culpabilité (66,6 %) et anorexie (59,7 %) (Goldstein & al. 1997). Ces constats sont pratiquement pareils à ceux observés dans notre étude [21].

- **L'Analyse des données psychopathologiques** de notre population d'étude révèlent :

Une sexualité plus active et plus désordonnée en lien avec un double risque : la situation psychopathologique des enfants et leur statut d'adolescent. Ce double risque les expose aux comportements sexuels à risque et aux problèmes de santé génésique (grossesses précoces et non désirées, IST/VIH/SIDA.).

S'agissant des substances psycho actives comme les stupéfiants et l'alcool, elles sont plus consommées par les garçons. Cela se comprend dans la mesure où ce sont plus eux qui étaient au front et qui ont été plus auteurs et témoins des atrocités de guerre.

- **Concernant les perceptions des enfants et des parents**

La quasi totalité des enfants se percevaient avoir changé de comportement et de caractère du fait de la guerre : ils se décrivaient comme étant devenus plus agressifs et moins respectueux vis-à-vis des parents.

Les interventions menées avaient, selon les parents améliorées les comportements des enfants ; ainsi 84,40% des parents disaient avoir une bonne image de leurs enfants contre 03,40% qui en avaient une image négative. Ces données sont contraires à celles observées ailleurs, au Mozambique par exemple où les enfants ex combattants, victimes de rejet familial, avaient des difficultés de réintégration sociale [19]. La justification de cette différence réside dans la motivation de l'enrôlement : au Mozambique les enfants allaient combattre en dehors de leurs communautés tandis que ceux du Moyen Cavally s'étaient engagés pour défendre leurs communautés.

- **Quant aux interventions**

La demande de soins médicaux et psychiatriques et les activités génératrices de revenus ont été les plus ciblées par les enfants en majorité en âge scolaire ; cela témoigne de la situation d'extrême pauvreté de cette région en post conflit.

Ainsi sont apparues comme prioritaires,

- la Rescolarisation des enfants ou l'alphabétisation fonctionnelle,
- les activités de lutte contre la pauvreté,
- les soins medicopsychologiques avec les actions de gestion des psycho traumatismes, de prévention et de prise en charge des IST et du VIH/SIDA.

CONCLUSION

Le conflit en Côte d'Ivoire, débuté le 19 Septembre 2002 et qui a officiellement pris fin en Juillet 2007, a entraîné des préoccupations alarmantes et nouvelles. Parmi ces préoccupations on note la problématique des enfants ex combattants.

Cette étude ayant trait à l'impact psychopathologique de la guerre sur 387 enfants ex combattants et associés de la région du Moyen Cavally de la Côte d'Ivoire s'est déroulée sur quinze mois, de août 2006 à octobre 2007. Elle a permis d'étudier les caractéristiques sociodémographiques des enfants, leur situation psychopathologique avant et après intervention, leur perception d'eux-mêmes et celle de leurs parents les concernant.

De ce travail, il est ressorti ce qui suit :

- Les enfants ex combattants enquêtés pendant l'étude sont en majorité des ivoiriens (96,9%) des deux sexes (40,40% de filles), âgés en majorité de 6 à 15 ans.
- Ils souffraient de problèmes de santé physique avec des préoccupations quant a leur santé sexuelle comme en témoigne l'importance des filles mères et des IST.
- De nombreux enfants (274) souffraient d'affections psychopathologiques et 86,85% d'entre eux avaient eu leur état de santé amélioré en fin d'intervention.
- La perception des enfants s'était améliorée et des interventions en vue de leur réinsertion sociale avaient pu être identifiées.

Au terme de ce travail qui a montré l'importance des perturbations mentales chez les enfants ex combattants, des recommandations peuvent être faites en vue de leur reconstruction mentale.

RECOMMENDATIONS

Au terme de cette étude des recommandations peuvent être faites en direction de l'État de Cote d'Ivoire par l'intermédiaire de l'Institut National de Santé Publique (INSP) et du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique :

1-Susciter l'organisation par l'INSP et le Ministère de tutelle d'une vulgarisation des résultats de recherche effectuées et portant sur les conséquences medico psychologiques de la guerre sur les victimes, particulièrement sur les enfants ex combattants et associés;

2-Réévaluer la séroprévalence au VIH en milieu jeune dans les zones d'ex conflit surtout dans la Région du moyen Cavally

3-Evaluer l'état de santé globale et les besoins des populations en post conflit et identifier les actions à mener dans le domaine de leur santé ;

4-Faire un plaidoyer pour l'Alphabétisation et éventuellement la Rescolarisation des enfants ex combattants et associés qui le désirent en reconsidérant pour eux, exceptionnellement, les limites d'âge scolaire ;

5-Renforcer les compétences des personnels de santé des ex zones de conflit en vue de l'intégration des soins de santé mentale dans la prise en charge médicale des populations victimes de la guerre ;

6- Inclure dans la formation (initiale ou continue) des médecins et personnels de santé un module sur les psycho traumatismes et leurs conséquences medicopsychologiques ;

7-Enfin susciter la collaboration et le partenariat entre les ONG de santé et les structures sanitaires gouvernementales pour l'amélioration des soins de santé communautaire dans les ex zones de conflit.

BIBLIOGRAPHIE

1-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM IV,
Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie, 4eme Edition.
Paris, Masson, 1996, 1056 p.

2-ANDERSON Mary
Renforcer les capacités locales de paix
2000 / 421 (pages 252-259) / Mai 2003
<http://www.irenees.net>

3-ARIAS Victoria
Contribution à l'étude du stress post-traumatique : cas de la Colombie
<http://ssd.u-bordeaux2.fr/faf/derniere-ed/volte-fac.htm>

4-ARTERO Sylvaine, Isabelle BELUCHE, Jean-Philippe BOULENGER, Karen RITCHIE
Prévalence des troubles psychiatriques dans une population âgée exposée aux psycho traumatismes de la guerre d'Algérie
INSERM, Montpellier

5- BAILLY. L
Traumatismes de guerre chez l'enfant et conséquences mnésiques
Perso.wanadoo.fr/fripsi/VIDEOTHE.html

6- BAINGANA Florence, BANNON Ian :
Intégrer les interventions psychosociales et la santé mentale dans les opérations de prêt de la Banque mondiale pour les populations touchées par des conflits : Un ensemble d'outils
Document Banque Mondiale, Septembre 2004

7-BARROIS C, PAILLER JL, BRINQUIN L
Physical and psychological traumatism.Dialectic of singular tragedy and biology
Agressologie. 1990; vol.31, 2, 579-84.

8-BISMUTH C; BORRON SW
Syndrome de la Guerre du Golfe : Revendication ou réalité médicale ?
Réanimation, soins intensifs, médecine d'urgence
1996; vol. 12, 5, 238-242.

9-BISSOUMA Anna Corinne
Guerre et situations médico-psychologiques des déplacés en Côte d'Ivoire : cas des victimes recensées au Centre de guidance infantile (CGI/INSP) et données d'entretiens individuels approfondis
Mémoire de CES Psychiatrie, Abidjan, 2004, nombre pages ?

10-Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition (CIM-10) ; chap. V : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement.
Critères diagnostiques pour la recherche. F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress troubles somatoformes.
C.B.PULL (Luxembourg), Masson, 1994, 226p, 85-103.

11-CROCQ L., SAILHAN M. et BARROIS C.

Névroses traumatiques (Névrose d'effroi, névrose de guerre).
Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37329 A10, 2.1983.

12-CROCQ L, DOUTHEAU C, SAILHAN M

Les réactions émotionnelles dans les catastrophes
EMC (Paris- France), psychiatrie, 37113 D10, 2-1987.

13-DE CLERCQ M; DE CLERQ M

*Les répercussions psychiatriques et psychosociales des catastrophes et trauma graves ;
Médecine de catastrophe urgences collectives;*
Congrès mondial de l'Association internationale pour la psychiatrie d'urgence, Bruxelles, 15-17 octobre 1998.
Document de Rapport. 1999; vol. 2; 3-4; 73-78.

14-DE MONTLEAU F; FAVRE JD; LASSAGNE M; MORAUD C

De la guerre du Viêt-nam au conflit de l'ex-Yougoslavie, le point sur l'épidémiologie des troubles psychiques de guerre
Annales de Psychiatrie. 2000; vol. 15; 1; 4-15.

15-DURAND A.

Histoire du Comité international de la Croix-Rouge - De Sarajevo à Hiroshima
Institut Henry Dunant, Genève, RICR. 1978 ; vol. 2 ; 133-136.

16-DUTLI M. T.

Enfants combattants prisonniers
Revue internationale de la Croix-Rouge ; 785 ; 456-470
Site web du Comité international de la Croix-Rouge :
<http://www.icrc.org/web/fre/sitefre0.nsf/html/5FZH5Y>

17-ELIE J.; DU BOIS P.

Victimes des guerres civiles : le dilemme de l'évaluation doit-il grever l'analyse ?
In « Guerres civiles et relations internationales » 2001; 105; 109-128.

18-GALAND. M.

Rapport du Sénat de Belgique sur les « Proposition de résolution concernant les enfants dans les conflits armés »
Session du 21 Mars 2006.

19-GREEN E.C., HONWANA A.

Des thérapeutiques autochtones pour soigner les enfants traumatisés par les guerres en Afrique
2001/03/30
<http://www.irenees.net>

20-JOLLY A.

Événements traumatiques et Etat de stress post-traumatique
Une revue de la littérature épidémiologique
Annales Médico-psychologiques ; 2000 ; 158 ; 5.

21-JOLLY A.

Epidémiologie des PTSD (Post-traumatic Stress Disorder)

Journal International De Victimologie (JIDV) Année 2, Octobre 2003, 1.

22-JUDY A. [Rédactrice du « Washington File »]

Sur « Paix et sécurité en Afrique- Le recrutement d'enfants soldats »

Résumé du rapport d'information de M. Kofi Annan au département d'état (USA) 17
Novembre 2003

23-KOUAKOU KOUAKOU A.

Profil médico-psychologique de 101 patients déplacés recensés au centre Mie N'gou

Thèse de médecine, Bouaké, 2003, nombre de pages ?

24-KOUADIO YA O.

Traumatisme psychique chez les adultes à propos de la situation de crise en Côte d'Ivoire,

Thèse de médecine, Abidjan ; 3635 ; 2004, nombre de pages ?

25- KUNTZ I. L.

Libéria : la paix marque des buts.

Le courrier de l'UNESCO ; 4 ; Avril 2001 ; 4-9.

26-LEBIGOT J.F.

De l'état du stress post-traumatique aux troubles psycho traumatiques : évaluations, soins et cliniques

Congrès de l'European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), date et lieu?

27-LEBLANC Henri, administrateur - UNICEF France

La situation mondiale des enfants soldats en 2004

www.unicef.fr/mediastore/7/2075-4.pdf.

28-MAJA S.R., A. LEHMANN .

Le sport et ses plus-values, Stratégies d'action préventive et de promotion de la santé,

Macolin (Suisse), mars 2003, 108p.

29-MARIANI Y.

Guerre : un document pour réfléchir, comprendre, éduquer

Parution hors série de « Témoignage Chrétien » du 7 avril 2003 ; 2.

30-MAURIN L.

Trauma : Rencontre symbolique ou réelle avec la mort

Frontières: (Montréal); 1998; vol. 10; 3; 5-7

31-OCHA Office for the Coordination of Humanitarian Affairs/ united nations

Rapport sur la situation humanitaire.

Rapport du 28 Juillet au 10 Septembre 2004 ; 31.

32-OLLAGNON M.

La névrose traumatique, une dimension psychologique des séquelles d'un conflit

<http://www.irenees.net>

33-Organisation des Nations Unies

La promotion et la protection des droits de l'enfant : l'amélioration de la condition des enfants dans les conflits armés et l'application des normes internationales

Rapport de la Troisième Commission (sociale, humanitaire et culturelle)

14 Octobre 2005, New York

34-Organisation des Nations Unies

Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays

Revue internationale de la Croix-Rouge, 30 Septembre 1998 ; 831 ; 585-597

35-PLATTNER D.

La protection de l'enfant dans le droit international humanitaire

Revue internationale de la Croix-Rouge, Mai -Juin 1984 ; 747 ; 148-161

36-PRELAZ C.

Une vie après la guerre

www.jmolivier.ch/oeuvres.htm

37-SADLIER K.

L'Etat de Stress Post Traumatique chez l'enfant

Coll. Médecine et société, février 2001 ; 128p.

38-SAVARY Pierre-Alain

Après la catastrophe: le temps de la prise en charge psychologique des victimes

Bulletin des médecins suisses, 2001; vol. 82 ; 39 ; 2069-2070

Editores Medicorum Helveticorum

39-SYDOR, G. & PHILIPPOT, P.

Prévalence des symptômes de stress post-traumatique et intervention de prévention secondaire suite à une catastrophe humanitaire.

Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 1996 ; 46 ; 269-275.

40-TE BONLE D. M., BISSOUMA A. C. et Coll.

Guerre et situations médico-psychologiques des victimes et déplacés en Côte d'Ivoire : cas colligés dans la communauté et au Centre de Guidance Infantile (CGI) de l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan.

Rev. Int. Sc. Méd. (RISM) de l'EDUCI, 2005 ; vol.7 ; 1 ; 18-26.

41-UNICEF :

Problématique des enfants soldats et associés aux combats

www.unicef.fr/mediastore/7/20754.pdf

42-VIÑAR MN, ULRIKSEN- VIÑAR M, BLEGER L

Troubles psychologiques et psychiatriques induits par la torture

EMC (Paris- France), psychiatrie, 37889 A20, 5-1989, 4p

43- YOBOUE T. H. F.

Impact de la guerre sur la santé mentale des femmes : à propos de 30 patientes recensées à l'hôpital psychiatrique de Bingerville

Mémoire de DEA, 2006, Institut des Sciences Anthropologiques du Développement, nombre de pages ?

44-ZILLHARDT P; AIT SAADA T; LEJOYEUX M

Alcool et état de stress post-traumatique : Alcoolisme

Perspectives Psychiatriques, 1999; vol.38; 5; 362-368.

ANNEXES

- 1 - Fiche de Recueil des données
- 2- Guide pour l'entretien de groupe
- 3- Guide pour la sensibilisation sur le psycho traumatisme
- 4- carte de la Cote d'Ivoire

FICHE DE RECUEIL DES DONNEES ENFANTS COMBATTANTS

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

-Identité

- Nom de famille.....
- Prénoms.....
- Age : 0-5 6-10 11-15 >15
- lieu de naissance.....
- Niveau d'instruction : .NS scolarisé déscolarisé
 - préscolaire primaire secondaire supérieur
- Nationalité : ivoirien autres
précisez.....
- Groupe ethnique :
- Pays d'origine, ville, quartier :
- Adresse/tel.....
.....
- Religion : sans animiste chrétien musulman
autres.....
- Situation matrimoniale : célibataire marié veuf
- Occupation actuelle : sans école travail

précisez

.....

- Nombre d'enfants :
- Langue : français anglais langue locale
- Fratrie :
 - nb de frère.....vivant décédé (lié à la guerre)
 - nb de sœur.....vivant décédée (lié à la guerre)
 - rang.....

- Parents :

- Père : vivant décédé
- Mère : vivante décédée
- Avec qui vit l'enfant (précisez lien de parenté)?.....

.....

..

- Localisation antérieure des parents.....
- Localisation actuelle des parents.....

- Lieux de

vie.....

- Sexualité : oui non

- Abus/ Violence sexuelle : oui non
- Nombre de partenaires.....

- Situation :

- Enfants soldats
- Enfants associés : cuisine transport surveillance
- Enfants à risque : orphelin réfugié ES/ENA

précisez.....

.....

- Vulnérabilité : HP ENA EE ESD EXC
ED EVT Autres

précisez.....

(HP= handicapé physique ENA = enfant non accompagné EE= enfant égaré EVT=enfant victime de trafic EXC=enfant ex-combattant ED=enfant drogué ESD=enfant en situation difficile)

- Es-tu déjà assisté par une organisation ? oui non
laquelle.....

- **CARACTERISTIQUES CLINIQUES**

- Histoire personnelle de l'enfant (où et avec qui a-t-il vécu, souvenirs et moments heureux, avec qui était l'enfant, histoire de la séparation d'avec les parents, dernière rencontre avec les parents, personnes importantes dans la vie de l'enfant, traumatismes vécus...)
- ATCD médicaux oui non
précisez.....
- ATCD chirurgicaux : oui non
précisez.....
- ATCD judiciaires : oui non
précisez.....
- Mode de vie et conduite addictives :
 - Drogue : oui non
précisez.....
 - Alcool : oui non précisez.....
 - Médicament : oui non précisez.....
 - Colle : oui non précisez.....
 - Tabac : oui non précisez.....
 - Alimentation :
- Etat de santé physique :
 - Sommeil : insomnie
précisez.....
normal hypersomnie cauchemar
 - Appétit : normal anorexie hyperphagie
 - Céphalée : oui non
 - Palpitation : oui non

- Etat psychologique :

• Caractère :

CARACTERE	AVANT	APRES
émotif		
colérique		
lymphatique		
psychasthénique		

• Comportement :

- Agressivité : oui non
- Instabilité psychomotrice : oui non
- Hyperactivité : oui non
- Vols : oui non
- Fugues : oui non
- Mensonge : oui non

• Troubles de la pensée logique

- logorrhée : oui non
- pauvreté du discours : oui non
- barrage : oui non
- rumination : oui non
- délire : oui non

précisez thèmes et

mécanismes.....

- Hallucination : auditive visuelle olfactive
cénesthésique gustative psychique
- Mémoire : normale amnésie hypermnésie
- Gestes ou comportements suicidaires : oui non

précisez.....

.....

- Enurésie : oui non primaire secondaire
- Encoprésie : oui non primaire secondaire
- Angoisse : oui non
- Phobies/peur : oui non

Précisez.....

.....

- Sensation d'étouffement : oui non
- Isolement/ Repli sur soi : oui non
- bizarrerie comportementale : oui non
- Froideur affective : oui non
- Humeur : normale tristesse exaltée
- Crises de larmes : oui non
- Pessimisme : oui non
- Adaptation sociale : oui non

précisez.....

2. ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL

- Qualité des rapports avec le parent/tuteur : bon mauvais

Selon l'enfant

Selon le parent/tuteur

- Quelle image les parents/tuteurs ont de l'enfant ? bon mauvais
- Quelle image les éducateurs (personnel d'encadrement, instituteurs) ont de l'enfant ? bon mauvais
- Quelle image la communauté a de l'enfant ? bon mauvais
- groupes fréquentés :
 - l'enfant a t'il des amis : oui non
 - groupe d'amis : oui non

3. MOTIVATIONS

Pourquoi as-tu pris les armes ?

Quand as-tu commencé et à quel âge?

As-tu vu un homme tué devant toi ? Oui non

Quelle a été ta réaction ?

Es-tu parti seul dans ce groupe ?

As-tu suivi un parent ? Oui non qui ?

As-tu déjà manié une arme ? oui non

Comment ?.....

Démonté Remonté démonté et remonté

Pourquoi t'es-tu associé aux combats ou aux combattants ?

As-tu déjà fait un camp de formation ? Oui non

Quelle est ta

compagnie ?.....

Y avait-il des enfants ? Oui non

Nombre d'enfants..... Nombre de filles

.....

Quel âge avaient-ils ?

Que faisaient les filles.....Etais-tu tout seul ?

Où sont ces enfants actuellement ?

Que font-ils actuellement ?

.....

4. SOUHAIT

Désirs et souhaits de l'enfant

Attentes de l'enfant vis-à-vis du tuteur/parent

DESSIN : 3 dessins

1. dessin de la maison et de la famille avant la guerre
2. dessin de la maison et de la famille pendant la guerre
3. dessin de la maison et de la famille après la guerre (souhait)

GUIDE POUR L'ENTRETIEN DE GROUPE

- 1) Comment avez- vous vécu la guerre ?
- 2) Comment vous sentiez vous avant la guerre ?
- 3) Comment vous sentez vous maintenant ?
- 4) Que pensez vous des enfants qui ont participé a la guerre ?
- 5) Que souhaitez vous maintenant ?

SUPPORT POUR LA SENSIBILISATION DE MASSE

GENERALITES SUR LES PSYCHOTRAUMATISMES

La guerre est une situation de catastrophe qui entraîne une désorganisation générale au niveau de tous les systèmes (sociaux, humains).

Au niveau individuel, la désorganisation est souvent insoupçonnée avec des conséquences souvent insidieuses. A terme, il y a un impact négatif sur le développement.

Le psycho traumatisme est un événement violent, exceptionnel et brutal qui fait irruption dans la vie d'un individu et qui entraîne chez lui un déséquilibre psychologique et des réactions au niveau du corps et du psychisme.

Quand ces réactions bouleversent l'existence de la victime, on parle de **traumatisme psychique**.

LES SIGNES DES PSYCHO-TRAUMATISMES DE GUERRE

On note chez les victimes que + de 90% présentent des signes de stress post traumatique avec au 1er plan :

- des troubles du sommeil et de l'appétit.
- une angoisse massive avec dépression franche pour certains et une augmentation des prises de produits toxiques (alcool, tabac, drogue)
- une irritabilité accrue ou un repli sur soi
- des difficultés d'adaptation au niveau familial, social et même professionnel avec un degré d'invalidation sociale pour bon nombre

Les personnes affectées par un stress post traumatique et non prises en charge peuvent développer, après plusieurs années de temps de latence, des troubles en réaction au traumatisme vécu.

Elles ont une tendance au suicide 6 fois plus élevée que dans la population générale; un taux d'échec scolaire plus élevé de 40%; une augmentation des probabilités de chômage de 50% , un taux plus accru d'instabilité conjugale de l'ordre de 60% : et une diminution du rendement au travail.

Il y a donc impérieuse nécessité de prise en compte et de gestion des psycho traumatismes dans le processus de reconstruction nationale; autrement si rien n'est fait, des risques évidents doivent être attendus.

RISQUES A LONG TERME :

- Recrudescence de la délinquance juvénile (du fait de la promiscuité et de la désorganisation du tissu familial).
- Troubles psychiques et psychosomatiques à terme (hypertension, maladies cardiaques, troubles sexuels, etc.)
- chômage et pauvreté exacerbée du fait de la démotivation actuelle observée au sein des populations déplacées ou traumatisées;
- re-émergence des conflits du fait de l'animosité, de l'agressivité latente ou manifeste et des frustrations non prises en compte ;
- frein au développement du fait de la démotivation, du chômage, de la pauvreté et des conflits répétitifs. (cercle vicieux)

CONCLUSION :

Les psycho traumatismes sont une réalité douloureuse pour les victimes; non pris en compte, ils constituent un frein au développement personnel et au développement des communautés.

Ils doivent être gérés dans un contexte de cohésion sociale.

GENERALITES SUR LE STRESS

DEFINITION DU STRESS

C'est la réponse de l'organisme à toute demande qui lui est faite (réponse biologique, stéréotypée, instinctive ; se déroulant de la même façon quel que soit le stimulus => notion de Syndrome Général d'Adaptation)

- Le stress peut être aigu ou chronique
- Il joue un rôle positif, s'il est stimulateur, et un rôle négatif, s'il est source de conséquences négatives

FACTEURS DU STRESS

- Professionnels (stress au travail)
- Familiaux, sociaux (stress de la vie quotidienne)
- Environnementaux
- Catastrophes naturelles, biologiques, technologiques, sociologiques, de guerre (caractère brutal, inattendu)

MANIFESTATIONS DU STRESS

Au plan psychique :

- Irritabilité, anxiété, tremblements
- Difficultés de concentration, troubles de la mémoire
- Insomnie
- Trouble de l'humeur (tristesse, découragement, dépression)
- Perte de confiance en soi, de ses moyens
- Attitude de suspicion, de jalousie

Au plan physique :

- Fatigue, maux de tête, vertiges
- Amaigrissement ou obésité
- Palpitation, douleurs cardiaques, tension
- Diarrhée, constipation, ulcères
- Rhumatismes
- Infections répétées, VIH, cancers
- Diabète, cholestérol
- Douleurs chroniques

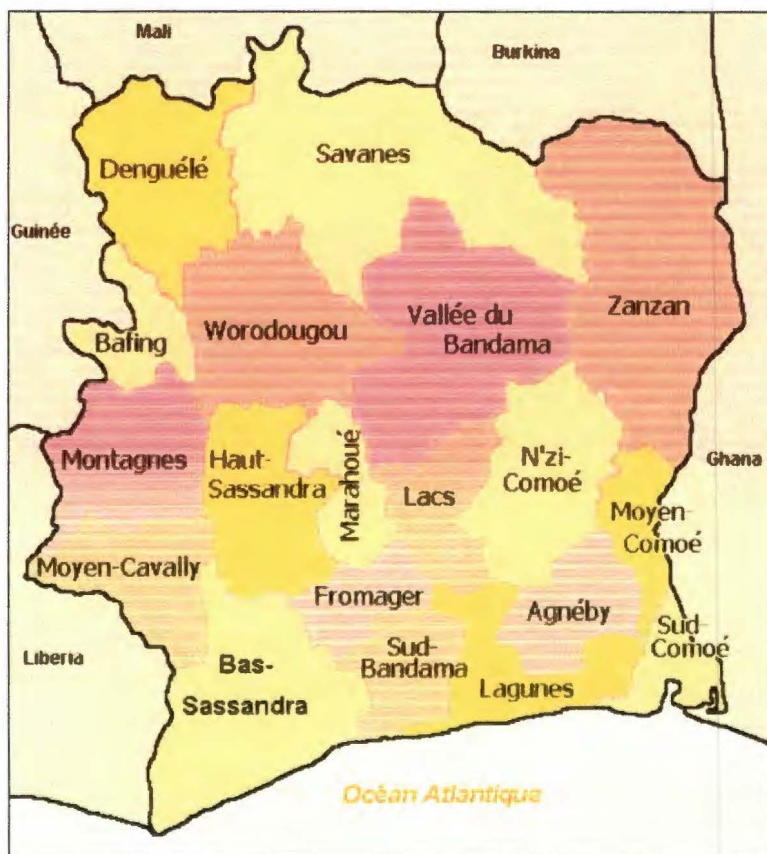
Au plan professionnel

- Moins de travail
- Erreurs
- Absences fréquentes

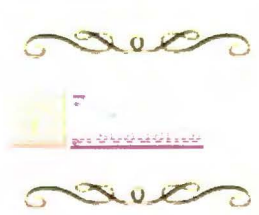
Au plan social

- Conflits
- Mauvais comportements (violences, drogue)

Les régions administratives de la Côte d'Ivoire



Source: d'après *The World Gazetteer*.
http://www.world-gazetteer.com/s/s_ci.htm



Accueil: [Le Monde](#)
[Inquisition dans le monde](#)

RESUME : Cette étude avant/après, transversale et descriptive a visée analytique portait sur l'impact psychopathologique et social de la guerre sur les enfants ex combattants et associés aux combats dans la région du Moyen Cavally. Elle avait pour objectif d'évaluer la situation psychopathologique de ces enfants avant et après intervention.

S'étant déroulée de août 2006 à septembre 2007, elle a concerné 387 enfants ex combattants et associés vivant dans cinq villages situés sur l'axe Guiglo Toulepleu à l'ouest de la Côte d'Ivoire ; sexuellement actifs dans 54,40% des cas, ces enfants étaient dans 40,40% des cas des jeunes filles, mères pour 28,03% d'entre elles.

Le nombre élevé d'enfants(274 sur 387) présentant des troubles psychopathologiques avant intervention avait considérablement diminué : ainsi, les troubles comportementaux observés chez 66,40% des enfants avant intervention ne concernaient plus que 06,10% d'entre eux ; des 64% des enfants présentant les troubles du sommeil au début, seuls 03,04% en souffraient encore en fin d'intervention ; de 62% présentant des céphalées au début nous sommes descendu à 03% ; il en a été de même pour l'anxiété et la peur (de 61% à 03%), pour les palpitations(de 56% à 00%) et les troubles du caractère (de 54% à 03%).

En tenant compte des diagnostics posés avant intervention, l'état de santé mentale, ayant un lien avec la prise de toxiques et l'activité sexuelle, s'était globalement amélioré chez 72,78% des enfants ; en rapportant ce taux aux 274 enfants souffrant diagnostiqués au départ, le taux d'amélioration était passé à 86,85%.

61,50% des enfants trouvaient que les diverses interventions avaient amélioré leurs comportements, leurs caractères et leur vécu dans leurs communautés ; ainsi, 78,30% disaient avoir de bons rapports avec les membres de leurs communautés contre 06,70%.

S'agissant des parents, ils estimaient également que les interventions menées avaient amélioré les comportements des enfants ; ainsi 84,40% d'entre eux disaient avoir une bonne image de ces enfants contre 03,40% qui en avaient une image négative.

Au terme de cette étude nous retenons que la guerre a laissé des séquelles aux enfants combattants ; la composante santé mentale doit donc être prise en compte dans les actions d'aide en vue de leur intégration sociale.

Mots Clés: Enfants ex combattants – Guerre-ESPT-Reinsertion- Moyen Cavally- Côte d'Ivoire.