

# Conséquences psychologiques des massacres de 1994 au Rwanda

## Psychological consequences of the 1994 Rwandan massacres

Guy Sydor et Pierre Philippot

Volume 21, numéro 1, printemps 1996

Les états de stress post-traumatique

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032389ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032389ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Sydor, G. & Philippot, P. (1996). Conséquences psychologiques des massacres de 1994 au Rwanda. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 229–245.  
<https://doi.org/10.7202/032389ar>

Résumé de l'article

Un programme de recherches portant sur la prévalence des réactions de stress posttraumatique est décrit. Ce programme est spécifiquement centré sur les conséquences psychologiques des événements d'avril 1994 au Rwanda et du génocide qui a suivi. Il comporte trois études psycho-épidémiologiques : une sur les enfants rwandais non accompagnés; une autre sur un petit groupe de coopérants belges; et une dernière sur un échantillon important de civils et de militaires belges ayant vécu les événements rwandais. L'impact psychologique des événements rwandais est décrit en terme de prévalence des symptômes de stress post-traumatique.



## Conséquences psychologiques des massacres de 1994 au Rwanda

---

Guy Sydor\*  
Pierre Philippot\*

Un programme de recherches portant sur la prévalence des réactions de stress post-traumatique est décrit. Ce programme est spécifiquement centré sur les conséquences psychologiques des événements d'avril 1994 au Rwanda et du génocide qui a suivi. Il comporte trois études psycho-épidémiologiques: une sur les enfants rwandais non accompagnés; une autre sur un petit groupe de coopérants belges; et une dernière sur un échantillon important de civils et de militaires belges ayant vécu les événements rwandais. L'impact psychologique des événements rwandais est décrit en terme de prévalence des symptômes de stress post-traumatique.

**L**es individus ne réagissent pas tous de même manière à un événement de vie intense. Certains y font face sans sembler en être affectés; d'autres au contraire sont profondément touchés et peuvent garder des séquelles psychologiques durant de nombreuses années. L'État de Stress Post-Traumatique (désigné ci-après par ses initiales anglaises: PTSD) est un trouble anxieux fréquemment observé suite à des événements hors du commun. Les études de prévalence concernant le PTSD montrent qu'en fonction du type d'événement vécu, de 0,6% à 75,8% des personnes qui y ont été confrontées développent le trouble (Davidson et Fairbank, 1993). À notre connaissance, aucune étude psycho-épidémiologique ne s'est intéressée aux conséquences d'une

---

\* Les auteurs sont professeurs à l'Université de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique. Les recherches présentées dans cet article ont bénéficié d'une bourse de l'Université de Louvain (FDS-1995); d'un financement du Fond National de la Recherche Scientifique de Belgique (FNRS-1.5.041.94F); de conventions entre l'Unité de Recherches en Psychologie Clinique et Sociale (CLIS) et 1) le Service International de la Croix Rouge de Belgique et 2) l'Association pour la Promotion de l'Éducation et de la Formation à l'Étranger; et d'une collaboration avec la Chaire de Psychologie de l'École Royale Militaire de Belgique. Ces données ont été récoltées dans le cadre de la thèse de doctorat du premier auteur effectuée sous la direction du second. L'aide de Nady van Broeck, Annick Pilot, et Barbara Laumont a été précieuse dans la conception, la réalisation et l'analyse des données présentées dans cet article.

catastrophe humanitaire dans des populations africaines ou parmi des coopérants en mission dans des pays en voie de développement. Dans cet article, trois études seront présentées. Elles portent: (1) sur une population d'enfants rwandais non accompagnés, (2) sur un petit groupe de coopérants belges ayant vécu les événements du Rwanda d'avril 1994, et (3) sur un groupe de militaires et de civils qui étaient présents au Rwanda en avril 1994. Après une brève présentation des événements, les aspects épidémiologiques de ces études seront exposés et discutés.

### **Les événements rwandais d'avril 1994**

Suite à l'assassinat du président Habyarimana, dont l'avion est abattu le 6 avril 1994, une guerre civile opposant les partisans du Pacte de Paix d'Arusha et les leaders de l'opposition éclate au Rwanda. Très rapidement, les combats s'étendent à tout le pays, faisant environ un million de victimes et provoquant l'exode d'un million de réfugiés.

Au cours des événements, des sentiments hostiles par rapport aux ressortissants belges sont accentués par une rumeur selon laquelle les militaires belges auraient participé à l'assassinat du président. Le 7 avril, dix militaires belges sont torturés, puis assassinés au cours d'une mission. Après cinq jours de guerre civile, le gouvernement belge décide d'envoyer des troupes de paras-commandos au Rwanda afin d'assurer le rapatriement des 1000 ressortissants belges vivant dans le pays.

Sur l'entièreté du territoire rwandais, des massacres et des pillages ont lieu, n'épargnant personne. Face à cette violence, une grande partie de la population fuit le pays. Dans la débâcle, de nombreux enfants perdent la trace de leurs parents. Les ressortissants belges présents sont fréquemment témoins du massacre de leurs employés ou d'amis autochtones. De nombreux Belges sont directement menacés par des Rwandais. Ils sont obligés d'abandonner leur habitation, leurs amis, leurs biens, et sont évacués vers la Belgique. Dans ce processus, la plupart perdent la trace de leurs amis restés sur place.

### **Études de la prévalence des réactions traumatiques**

#### *1. Chez les enfants rwandais*

Suite à une demande de prise en charge psychothérapeutique de la part du Service International de la Croix-Rouge de Belgique pour les enfants non accompagnés dont elle a la responsabilité dans ses orpheli-

nats rwandais, une étude de la prévalence du PTSD, de l'anxiété, de la dépression et des troubles comportementaux a été mise au point. Cette étude visait à dresser un bilan psychologique des enfants non accompagnés, afin de pouvoir ensuite planifier l'aide psychologique la plus adéquate possible.

### Méthode

*Participants.* Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 133 enfants et adolescents sélectionnés de manière aléatoire dans la population des enfants non accompagnés âgés de 9 à 17 ans des orphelinats de Kacyiru, Kamonyi, et Kavumu (au total, plus de 600 enfants). Cette sélection a été effectuée en respectant la répartition des âges et du sexe dans la population. Bien que des enfants plus jeunes étaient présents dans les orphelinats, ils n'ont pas été évalués car une étude pilote réalisée dans la même population a révélé des problèmes d'application des instruments d'évaluation aux enfants de moins de 9 ans.

*Questionnaires.* L'instrument utilisé pour l'évaluation des enfants était composé de plusieurs questionnaires validés ou en cours de validation. Ces questionnaires sont (1) le CDI ou Children's Depression Inventory (Kovacs, 1981), (2) le Children's PTSD Inventory (Saigh, 1989b), et (3) le CBI ou Child Behavior Inventory (Macksoud et al., 1990).

L'adaptation française du CDI (Mack et Moor, 1982) a été utilisée afin d'évaluer l'intensité de la dépression chez les enfants (mesurée par le score global au questionnaire). Comme préconisé par Smucker et al. (1986), un score de 19 a été utilisé comme seuil pathologique pour la présence d'une dépression. Le Children's PTSD Inventory a été modifié afin de correspondre aux critères du PTSD revus dans le DSM-IV (APA, 1994). Il donne d'une part un résultat en terme de présence ou d'absence du PTSD, et d'autre part un score de la sévérité du trouble. Enfin, le CBI a été utilisé pour évaluer les troubles comportementaux dans cinq domaines: agression, dépression, anxiété, comportements prosociaux, et comportements de planification. Le CBI ne propose pas de seuil de pathologie pour les différentes classes de symptômes (pour plus d'informations concernant les instruments utilisés, voir Sydor et al., 1996). Tous ces questionnaires ont été utilisés soit dans une version française (avec les enfants parlant le français), soit dans une version rwandaise, pour les enfants ne parlant pas le français. Les versions françaises du Children's PTSD Inventory et du CBI sont le reflet exact de leurs versions originales, mais n'ont pas fait l'objet de validation dans les langues dans lesquelles ils ont été utilisés.

*Procédure.* Le *testing* a été effectué au Rwanda par une psychologue belge engagée par la Croix-Rouge, et par deux assistantes sociales rwandaises formées à ce type d'entretien. L'interviewer commençait l'entretien avec le CDI (Kovacs, 1981), suivi du C-PTSD-I (Saigh, 1989b). Les enfants étaient interviewés par la psychologue belge et une assistante sociale rwandaise. L'entretien se déroulait en français ou en kinyarwanda, selon la langue parlée par l'enfant. Afin de mettre l'enfant en confiance, l'entretien se passait dans un local où d'autres enfants jouaient, le sujet pouvant ainsi garder un contact visuel avec ses pairs. Indépendamment de cet entretien, les éducateurs ou adultes proches ayant la charge quotidienne des enfants étaient priés de compléter le questionnaire concernant le comportement de l'enfant (CBI).

Certains problèmes ont été rencontrés dans la conception de cette étude. En effet, comme aucune recherche psycho-épidémiologique n'avait jamais été réalisée auprès d'enfants rwandais, on a dû développer sans expérience antérieure une méthodologie appropriée à cette population. Notre évaluation s'est heurtée à plusieurs difficultés: (1) les instruments utilisés ont été développés dans des populations occidentales, (2) bon nombre des enfants rwandais étaient non scolarisés, (3) bon nombre aussi ne parlaient pas le français, les instruments ont donc dû être adaptés au kinyarwanda, (4) certains termes utilisés n'existent pas en kinyarwanda, et (5) la culture rwandaise prescrit un contrôle sur l'expression des émotions. Ce dernier point suggère que les résultats rapportés ci-après sont sans doute sous-évalués. Afin de pallier ces difficultés, une collaboration a été établie avec quatre universitaires rwandais pour la traduction et l'adaptation des instruments en kinyarwanda. Trois étudiants rwandais ont soumis leurs traductions à un psychologue rwandais spécialisé dans la thérapie avec les enfants. Ce dernier a comparé les traductions et les a mises en commun. Les instruments ont ensuite été soumis aux deux assistantes sociales rwandaises des orphelinats collaborant au projet.

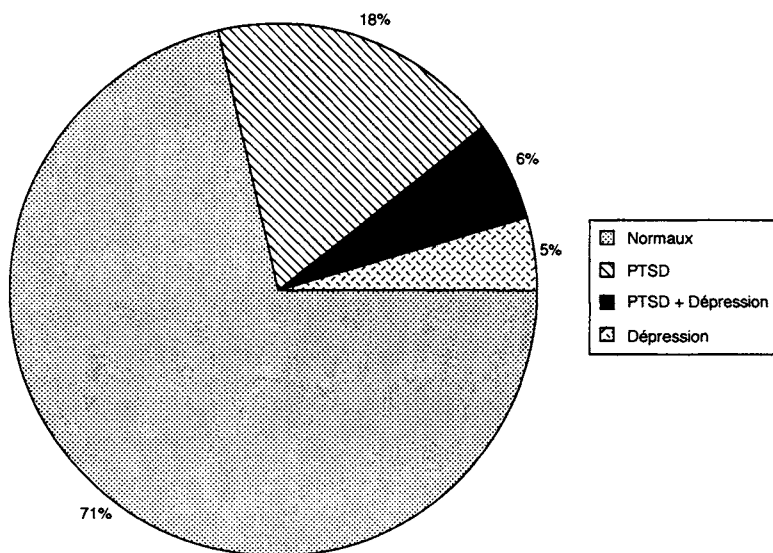
### Résultats

Parmi les 133 enfants de 9 à 17 ans, 32 (24,1 %) présentent tous les critères du PTSD selon le DSM-IV (APA, 1994). Il n'y a pas de différence de prévalence du PTSD en fonction du sexe,  $\chi^2_{(1)} = .29, n.s.$ , ni en fonction de l'âge,  $F_{(1, 131)} = .83, n.s.$

En prenant un seuil de 19 au CDI (Kovacs, 1981), on observe 14 (10,5 %) cas de dépression parmi les 133 enfants de 9 à 17 ans. Le test Chi-carré ne met pas en évidence de différence de sexe  $\chi^2_{(1)} = .65, n.s.$  De même, il n'y a pas de corrélation entre l'intensité de la dépression et l'âge,  $r_{(133)} = -.04, n.s.$

Comme le montre la Figure 1, parmi les 133 enfants de 9 à 17 ans, 97 (73%) ne présentent pas de diagnostic de PTSD ou de dépression, 24 (18%) présentent un diagnostic de PTSD, 4 (3%) présentent un diagnostic de dépression, et 8 (6%) présentent à la fois un diagnostic de PTSD et un diagnostic de dépression. Le recouvrement entre PTSD et dépression est donc fort: seuls 4 sujets souffrent de dépression et pas de PTSD.

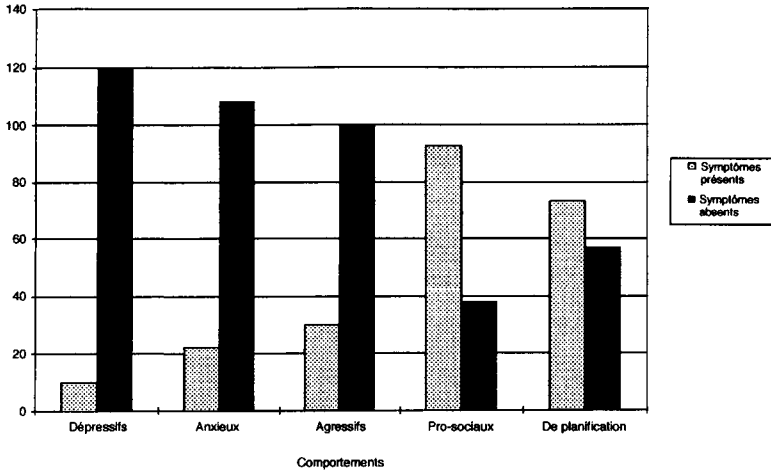
**Figure 1**



Distribution des sujets diagnostiqués comme PTSD-positifs, PTSD-positifs et dépressifs, dépressifs, et normaux ( $n = 133$ ).

Les comportements dysfonctionnels les plus fréquemment rapportés par les évaluateurs sont les comportements agressifs et anxieux, présents respectivement chez 17% et 23% des enfants (Figure 2). Ils ne mentionnent, par contre, que peu de symptômes dépressifs (8% des enfants), ce qui contraste avec l'autoévaluation réalisée à l'aide du BDI, qui met en évidence qu'une partie importante de l'échantillon présente des symptômes dépressifs. La majorité des enfants semble présenter des comportements prosociaux (présents chez 56%) et de planification (également présents chez 56%), témoignant d'une bonne adaptation générale à l'environnement social des orphelins.

Figure 2



Présence des comportements dépressifs, anxieux, agressifs, des comportements pro-sociaux et des comportements de planification chez les enfants rwandais non-accompagnés ( $n = 133$ ).

Comme mentionné dans le paragraphe précédent, les hétéro-évaluations des encadreurs, et les autoévaluations des enfants ne sont pas corrélées. La corrélation entre le CDI et la sous-échelle de dépression du CBI,  $r_{(130)} = -.06$ , *n.s.*, est totalement non significative. La corrélation entre le C-PTSD-I et la sous-échelle d'anxiété du CBI,  $r_{(128)} = .10$ , *n.s.*, est également non significative. Par contre, on peut observer une corrélation positive entre la dépression rapportée par les enfants et l'évaluation des comportements agressifs effectuée par les encadreurs,  $r_{(130)} = .26$ ,  $p < .003$ . Ceci suggère que les encadreurs ont une vision de l'état psychologique des enfants qui ne correspond pas à ce que les enfants ressentent. Les encadreurs semblent évaluer les enfants ayant des difficultés psychologiques comme étant des enfants agressifs ou à problème, mais pas comme étant des enfants confrontés à une détresse psychologique.

#### Discussion et implications

Les résultats de cette étude montrent clairement que les événements rwandais d'avril 1994 ont entraîné des conséquences psychopathologiques importantes chez les enfants rwandais non accompagnés. Pour un quart des enfants au moins, ces conséquences semblent s'être chronifiées et présentent une sévérité telle qu'une intervention psychothérapeutique est nécessaire si l'on veut éviter le maintien des trou-

bles post-traumatiques. En effet, les études prospectives ont montré que, comme pour la plupart des autres troubles anxieux, le PTSD présente très peu de rémission spontanée (Davidson et al., 1991).

Malgré l'intensité particulière des événements vécus par les enfants rwandais, la prévalence du PTSD et de la dépression concordent avec celles observées dans des échantillons d'enfants exposés à des situations de guerre (Al-Hammadi et al., 1994; Saigh, 1989a; Arrayo et Eth, 1985). Ces troubles nécessitent une intervention psychothérapeutique spécialisée. D'autre part, les enfants qui ne présentent pas un diagnostic de PTSD ou de dépression ne sont pas forcément exempts de problèmes. Ceci est mis en évidence par les scores élevés de PTSS (Post-Traumatic Stress Symptoms) et de dépression, et par les résultats du Child Behavior Inventory (CBI). Il est donc clair que la grande majorité des enfants bénéficierait de programmes d'intervention spécialisés.

On peut s'attendre à trouver également des conséquences psychologiques importantes dans le reste de la population des enfants rwandais. En effet, comme l'indique un rapport de l'UNICEF, presque tous les enfants rwandais ont été témoins ou victimes des massacres, ou ont perdu un membre de leur famille pendant les événements (UNICEF, 1995). À cet égard, il est donc capital de pouvoir développer rapidement des programmes d'intervention psychologique à grande échelle au Rwanda.

Malheureusement, l'impératif d'une intervention rapide et à grande échelle est contrecarré par deux caractéristiques de la situation rwandaise. D'une part, il n'y a pratiquement pas de personnel qualifié et formé à ce genre d'intervention au Rwanda. D'autre part, une portion non négligeable des adultes rwandais qui pourraient être formés à ce type d'intervention (enseignants, éducateurs, ou les rares psychologues rwandais) souffre également de PTSD. En effet, nous avons tout récemment évalué la présence du PTSD chez les éducateurs rwandais qui ont actuellement la charge des enfants non accompagnés. Bien qu'il s'agisse de personnes sélectionnées pour leur compétences psychologiques dans ce travail, notre étude a montré que 26% d'entre eux rapportaient les symptômes nécessaires pour poser un diagnostic de PTSD.

La présente étude a aussi mis en évidence que les éducateurs qui sont en contact quotidien avec les enfants semblent mal évaluer l'état de ces derniers. On remarque en effet des corrélations négatives ou non significatives entre l'hétéro-observation des éducateurs et l'autoévaluation par les enfants de leur dépression et de leur anxiété. Ces résultats



peuvent être expliqués en partie par un des aspects de la culture rwandaise qui veut qu'on exprime le moins possible ses émotions. D'un point de vue clinique, cela implique qu'il faille chercher des indicateurs fiables pour identifier les enfants qui présentent des symptômes de dépression ou d'anxiété, et aussi établir un climat de confiance dans lequel les enfants acceptent de parler de leurs difficultés. De plus, il semble important de former les encadreurs à percevoir comme tels les enfants présentant des difficultés psychologiques et non comme des enfants agressifs.

Malgré les difficultés que nous venons d'exposer, nous tentons de mettre en place en collaboration avec la Croix-Rouge un programme d'intervention auprès des enfants non accompagnés. Ce programme, composé de modules, est basé sur la formation des éducateurs ayant la charge quotidienne des enfants. Ce choix a été dicté, d'une part, par l'impossibilité de trouver un personnel plus qualifié sur place, d'autre part, par l'importance du nombre d'enfants à qui s'applique l'intervention. La formation s'organise autour de rencontres hebdomadaires entre un petit groupe d'éducateurs et la psychologue de la Croix-Rouge ayant la charge de la formation. Les modules qui constituent la formation abordent dans un premier temps l'évaluation psychologique des enfants. En effet, comme notre étude a mis en évidence les difficultés éprouvées par les éducateurs dans ce domaine, les premières séances ont abordé l'évaluation des symptômes post-traumatiques. Les modules suivants abordent les interventions qui peuvent être effectuées auprès des enfants en vue de réduire cette symptomatologie (réévocations des événements traumatisants dans des contes ou des jeux, participations aux rituels de deuil, activités permettant la modulation de l'activation, etc.).

## 2. *Chez les coopérants de l'APEFE*

Lors du rapatriement des coopérants belges en poste au Rwanda, notre équipe de recherche a été contactée par l'APEFE, un organisme belge chargé de la coopération dans le domaine de la formation et de l'éducation. L'APEFE a dû rapatrier d'urgence ses coopérants. Cet organisme nous a demandé d'évaluer l'état psychologique des personnes rapatriées et d'organiser une intervention psychologique si celle-ci s'avérait nécessaire.

### **Méthode**

*Participants.* L'échantillon se compose de 42 personnes (15 femmes et 27 hommes) de 25 à 63 ans qui ont été impliquées dans les événements du Rwanda. Trente-neuf sujets étaient des formateurs

belges ou des membres de leur famille. Trois étaient des membres de la Croix-Rouge de Belgique en poste au Rwanda. La majorité de ces personnes a été rapatriée dans les jours qui ont suivi le début des événements. L'ensemble des sujets possède une formation supérieure, universitaire ou non universitaire. Ils étaient tous au Rwanda depuis au moins 6 mois, et certains s'y trouvaient depuis 36 ans.

*Questionnaire.* Le PTSD a été évalué au moyen d'un questionnaire d'évaluation de l'état de stress post-traumatique mis au point pour cette étude sur la base des critères du DSM-III-R<sup>1</sup> (APA, 1987) pour le PTSD pour le contenu et du PTSD-I de Watson et al. (1991) pour la forme. C'est un questionnaire destiné à évaluer la présence et l'intensité des symptômes actuels de PTSD. Il permet d'établir un diagnostic de PTSD (excepté pour le critère A) et donne également une évaluation de la fréquence et de l'intensité de chaque symptôme mentionné par le DSM-III-R et de l'ensemble du trouble.

*Procédure.* Dans un premier temps (entre un et trois mois après les événements), les questionnaires ont été distribués aux membres de l'APEFE ayant été rapatriés du Rwanda, ainsi qu'aux membres d'une équipe de la Croix-Rouge. Au total, 61 questionnaires ont été distribués. Quarante-deux questionnaires (69%) nous ont été retournés trois mois après les événements.

Six mois après les événements (Temps 2), un second questionnaire, identique au premier, a été renvoyé aux 42 sujets ayant répondu au premier questionnaire. Vingt-neuf personnes (69%) y ont répondu. Des détails sur le questionnaire et la procédure utilisée peuvent être trouvés dans Sydor et Philippot (1996).

### Résultats

Le Tableau 1 montre que parmi les 42 sujets ayant répondu au questionnaire au Temps 1, 17 (41%) présentent les critères du PTSD tels que décrits dans le DSM-III-R. Au Temps 2, 9 sujets sur 29 (31%) présentent les critères du PTSD. Parmi ces derniers, 6 sujets présentaient déjà les critères de PTSD au Temps 1. Quatre sujets présentaient un PTSD et n'ont pas répondu au questionnaire au Temps 2. En moyenne, le score de PTSD au Temps 1 est de 32,2, et au Temps 2 de 32,6 (sur un total possible au questionnaire de 102).

Au Temps 1, les femmes ( $M = 43,54$ ;  $E.T. = 19,00$ ) présentent des scores de PTSD significativement plus élevés que les hommes ( $M = 30,72$ ;  $E.T. = 14,44$ ;  $F_{(1, 40)} = 8,72$ ,  $p < .006$ ). Au Temps 2, cette différence n'est plus significative ( $M$  femmes = 36,63;  $E.T. = 17,18$ ;  $M$  hommes = 30,33;  $E.T. = 15,62$ ).

Tableau 1

**Répartition des sujets présentant un PTSD, pas de PTSD,  
et des drop-outs aux Temps 1 et 2**

| Temps 1      | Temps 2  |           |           | Total     |
|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|
|              | PTSD     | Pas PTSD  | Drop-Out  |           |
| PTSD         | 6        | 7         | 4         | 17        |
| Pas PTSD     | 3        | 13        | 9         | 25        |
| <b>Total</b> | <b>9</b> | <b>20</b> | <b>13</b> | <b>42</b> |

Les sujets rapportent significativement plus de culpabilité — évaluée comme facteur associé au PTSD — au Temps 1 ( $M = 2,72$ ,  $S.D. = 2,23$ ) qu'au Temps 2 ( $M = 1,54$ ,  $S.D. = 1,86$ ),  $F_{(1, 26)} = 7,66$ ,  $p < .02$ . Il n'y a pas de différence de sexe pour la culpabilité, aussi bien au Temps 1 qu'au Temps 2.

Ces résultats seront discutés en parallèle avec ceux de l'étude 3.

### 3. Chez les militaires et les civils

En collaboration avec la chaire de psychologie de l'École Royale Militaire belge, nous avons conçu une troisième étude psycho-épidémiologique portant sur les conséquences psychologiques de l'exposition au génocide rwandais et sur les déterminants psychosociaux de ces conséquences. Cette étude est plus large que les deux précédentes: elle se compose d'un échantillon beaucoup plus important, et les mesures effectuées touchent un plus grand nombre de facteurs. Dans cet article, nous présentons uniquement les données relatives à la prévalence du PTSD.

#### Méthode

*Participants.* La population contactée pour cette étude est composé de 362 militaires belges (exclusivement des hommes) en mission au Rwanda comme Casques Bleus en avril 1994, et de 300 civils belges de plus de 16 ans, sélectionnés aléatoirement parmi les 954 Belges rapatriés du Rwanda en avril 1994. Les militaires proviennent de deux sous-groupes: un de 296 paras-commandos, et un autre de 66 membres d'unités logistiques et administratives.

*Questionnaire.* L'instrument utilisé pour l'évaluation de la prévalence du PTSD faisait partie d'un instrument plus général évaluant différentes dimensions psychologiques ainsi que des caractéristiques de l'événement vécu.

Le diagnostic d'État de Stress Post-Traumatique et l'intensité des symptômes de stress post-traumatique (PTSS) furent évalués par un questionnaire d'évaluation du PTSD qui se base sur les critères du DSM-IV (APA, 1994) pour le PTSD. Ce questionnaire de langue française évalue la présence et l'intensité de chaque symptôme du PTSD décrit par le DSM-IV. Les 21 items sont évalués sur une échelle Likert à 5 points. La durée de chaque symptôme a été évaluée de manière dichotomique (plus ou moins d'un mois; Critère E). Sur la base de ce questionnaire, plusieurs résultats peuvent être évalués: (a) la présence du trouble, (b) un score de sévérité totale du trouble, et (c) la sévérité de chaque classe de symptômes (pensées intrusives, évitements/émoussements, hyperactivation).

D'autres mesures ont été prises afin d'identifier les prédicteurs de l'apparition, du maintien, et de la résolution du PTSD. Cet aspect de l'étude n'étant pas développé en détail dans cet article, il ne sera présenté ici que l'échelle de prémorbidité, dont les résultats seront discutés plus loin. La prémorbidité (troubles anxieux, dépression, abus de substance, hypocondrie, comportements anti-sociaux dans l'enfance et comportements anti-sociaux à l'âge adulte) a été évaluée au moyen de six items décrivant en quelques phrases le trouble évalué. Chaque item se base sur les critères du DSM-IV pour le trouble décrit, et est évalué de manière dichotomique (présent-absent).

*Procédure.* Trois mois après les événements, 296 questionnaires ont été distribués aux soldats du deuxième bataillon de paras-commandos de Flawinnes qui étaient en service au Rwanda, et 66 ont été envoyés aux autres militaires qui étaient au Rwanda. Un total de 362 questionnaires a donc été distribué aux militaires. Trois cent ont été envoyés aux civils. Pour l'ensemble de l'échantillon, des garanties étaient données explicitement quant à l'utilisation, à la confidentialité et à l'anonymat des données. Cent vingt-quatre des 362 questionnaires (34%) distribués aux militaires, et 104 des 300 (35%) distribués aux civils furent renvoyés dûment complétés.

### Résultats

Au moment de l'étude — entre 3 et 6 mois après les événements — la prévalence du PTSD selon les critères du DSM-IV était de 6,1% pour l'ensemble de l'échantillon. La prévalence de PTSD était de 6,7% pour les civils, et de 5,6% pour les militaires. Cette différence n'est pas significative. Cependant, les civils présentent un score moyen de PTSS plus élevé que celui des militaires (4,8 vs. 3,5;  $t(226) = 3,1, p < .003$ ). Ceci indique que les civils sont plus perturbés que les militaires. Dans

le sous-échantillon de civils, il n'y a pas statistiquement plus de PTSD chez les hommes que chez les femmes,  $\chi^2_{(1)} = .58, n.s.$  Toujours dans ce sous-échantillon, on observe une corrélation négative entre l'âge et l'intensité du PTSS,  $r_{(102)} = -.21, p < .04$ . Cette relation ne se retrouve pas chez les militaires qui sont en moyenne plus jeunes, et où la variance de l'âge est moins importante  $r_{(108)} = .05, n.s.$

### Discussion des études 2 et 3

Les études 2 et 3 représentent les premières tentatives d'évaluation des conséquences d'être témoin d'une catastrophe humanitaire. Les taux de prévalence du PTSD observés dans l'étude 2 (41 % au Temps 1 et 31 % au Temps 2) sont plus élevés que les taux de prévalence observés dans des études portant sur des événements similaires. Par exemple, Aberhaim et al. (1992) observent 18% de PTSD parmi 254 victimes d'actes de terrorisme en France. Dans cette étude, les personnes sévèrement blessées présentent des taux plus élevés de PTSD (31 %). O'Brien et Hughes (1991) quant à eux observent 22 % de PTSD parmi 64 vétérans de l'armée britannique ayant pris part à la guerre des Falklands. Par contre, les taux de prévalence du PTSD observés parmi les civils et les militaires de l'étude 3 (respectivement 6,7 % et 5,6%) sont moins élevés que ceux présentés dans les études citées ci-dessus. Par ailleurs, les différences importantes entre la prévalence chez les membres de l'APEFE et chez les autres civils sont peut-être dues au fait que les membres de l'APEFE ont été contactés différemment (contact plus personnel), et plus rapidement après leur rapatriement. De plus, ils savaient qu'une aide psychothérapeutique était disponible s'ils le désiraient. Il est possible que, pour éviter la réevocation de souvenirs trop pénibles, les personnes les plus atteintes dans la population des civils «non-APEFE» n'ont pas répondu au questionnaire envoyé par la poste.

Les études 2 et 3 ont aussi mis en évidence des différences de prévalence des symptômes post-traumatiques entre hommes et femmes, et entre civils et militaires. Pour ce qui est des différences de sexe, alors que la majorité des études épidémiologiques met en évidence une prévalence du PTSD plus importante chez les femmes que chez les hommes (Davidson et al., 1991; Helzer et al., 1987; Shore et al., 1989), nous n'observons cette différence qu'au Temps 1 de l'étude 2. Dans l'étude 3, bien que les femmes de l'échantillon de civils présentent plus de PTSD que les hommes, cette différence n'est pas significative.

En ce qui concerne les différences entre civils et militaires, on a constaté une plus grande prévalence des symptômes chez les civils que

chez les militaires. Bien qu'aucune mesure n'ait été prise pour tenter de mettre en évidence des différences psychologiques entre les expatriés et les paras-commandos d'une part, et une population générale d'autre part, on peut penser que les coopérants belges partis au Rwanda et les paras-commandos présentent des différences par rapport à une population normale. En effet, s'expatrier implique l'acceptation de conditions de vie difficiles dans un environnement non familier. Les paras-commandos quant à eux sont entraînés à affronter des situations hors du commun. Des mesures de prémorbidité permettent d'isoler des caractéristiques propres à ces populations. Nous observons chez les paras-commandos moins d'anxiété,  $\chi^2_{(1)} = 11.02, p < .002$ , et de dépression prémorbide,  $\chi^2_{(1)} = 5.63, p < .02$ , et plus de comportements antisociaux à l'âge adulte,  $\chi^2_{(1)} = 5.86, p < .02$ , que chez les civils expatriés. Ces données ne permettent cependant pas de présager de différences entre d'une part des coopérants expatriés et une population normale non expatriée, et d'autre part, des militaires et une population normale.

Enfin, au delà des explications en termes de caractéristiques individuelles que nous venons de mentionner, les différences d'intensité des symptômes du PTSD entre les civils et les militaires suggèrent que le fait de subir un entraînement préalable, ou une habitude aux situations hors du commun permet d'atténuer les effets négatifs des événements extrêmes. Une hypothèse similaire a été émise par Hytten (1989) qui suggère que des personnes ayant suivi un entraînement préalable devraient présenter une réaction émotionnelle moindre dans une situation traumatique. Cet auteur a notamment observé que sur 5 pilotes d'hélicoptère impliqués dans des accidents en mer, les 4 qui ont survécu avaient suivi un entraînement préalable auquel ils attribuent leur capacité d'avoir fait face à la situation.

Bien qu'elles mettent en évidence des résultats nouveaux concernant la prévalence du PTSD, les études 2 et 3 présentent néanmoins quelques limitations. Une première limitation réside dans le faible taux de réponse de l'étude 3 (environ 30%). Un taux de réponse de cette grandeur n'est pas rare dans les études par questionnaire adressé par voie postale. Toutefois, compte tenu du taux de réponse, on ne peut exclure un biais de réponse. Notons cependant que ce biais peut s'exercer aussi bien dans le sens d'une augmentation de la prévalence du PTSD (les personnes les plus touchées évitent de répondre au questionnaire car cela réactive trop d'émotions pénibles), que dans le sens d'une diminution de cette prévalence (les personnes qui n'ont pas été touchées ne répondent pas au questionnaire qui leur paraît non-pertinent), nous ne pouvons donc pas savoir s'il s'agit d'un biais systématique.

Une seconde limitation réside dans l'instrument utilisé pour l'évaluation du PTSD. Le questionnaire d'évaluation du PTSD utilisé dans l'étude 3 est actuellement en cours de validation, et nous ne possédons pas actuellement d'évaluation de sa validité et de sa fiabilité. Toutefois, ce questionnaire a été conçu sur le modèle de questionnaires anglo-saxons validés (et dont les indices de validation sont excellents; voir Sydor, 1995), et il suit très précisément les critères diagnostics du PTSD tels qu'ils sont décrits dans le DSM-IV.

Pour conclure, nous voudrions souligner que les conséquences psychologiques des événements traumatiques sont particulièrement importantes: impact sur le fonctionnement socioprofessionnel, baisse de la qualité de vie, absentéisme, risques de suicide, etc. Il semble donc capital de pouvoir offrir une aide psychologique d'urgence aux témoins de catastrophes humanitaires. Des études montrent en effet qu'une intervention de prévention secondaire brève peut enrayer le développement de réactions pathologiques (Sydor et Philippot, 1995). Ceci concerne non seulement les populations où se déroulent ces événements, mais également les nombreux organismes internationaux qui envoient des coopérants dans des pays à risque. Ces organismes sont confrontés de plus en plus fréquemment au problème de stress post-traumatique, étant donné les évolutions de la situation politique internationale et des concepts d'ingérence humanitaire et de maintien ou d'imposition de la paix.

## **Conclusion**

Les trois études décrites dans cet article montrent que, de toute évidence, les événements qui se sont déroulés au Rwanda au mois d'avril 1994 ont laissé des traces importantes au niveau de la santé mentale, aussi bien des Rwandais eux-mêmes que des étrangers ayant assisté à ces événements. Notamment, les taux de prévalence du PTSD, qui est le trouble mental le plus susceptible d'apparaître dans ce type de contexte, sont particulièrement élevés. À ce titre, il faut noter que ces études sont les premières à évaluer la prévalence du PTSD dans un contexte africain, mais également à démontrer qu'une catastrophe humanitaire est un événement susceptible d'entraîner des réactions psychopathologiques, même chez les personnes qui en sont uniquement les témoins ou les spectateurs.

D'un point de vue clinique, ces résultats suggèrent différentes pistes thérapeutiques. D'une part, en termes de prévention primaire, la préparation des populations à risques semble importante. À ce titre, nous examinons l'exécution d'un programme de prévention auprès des

auxiliaires de la section internationale de la Croix-Rouge belge. Ce programme vise à: (1) informer les coopérants partant en mission à l'étranger des problèmes concrets qu'ils risquent d'y rencontrer, (2) informer ces personnes des réactions de stress que l'on rencontre fréquemment suite à des événements traumatiques, afin de pouvoir les identifier si elles se présentent, (3) développer des habiletés pour faire face de manière adéquate aux événements stressants, et (4) entraîner, au travers de jeux de rôle notamment, l'utilisation de stratégies de *coping* appropriées à la situation.

D'autre part, un programme d'intervention destiné aux enfants non accompagnés des orphelinats rwandais de la Croix-Rouge est en cours. Ce programme, brièvement décrit plus haut, sera évalué dans un proche avenir. Grâce à ce programme pilote, nous espérons pouvoir mettre au point un programme d'intervention standardisé permettant de faire face rapidement aux événements traumatiques.

## Note

1. Dans les études présentées dans cet article, il est fait référence à la fois au DSM-III-R et au DSM-IV. La version la plus récente du DSM a toujours été utilisée. Le DSM-III-R a été utilisé lorsque le DSM-IV n'était pas encore publié.

## RÉFÉRENCES

- ABERHAIM, L., DAB, W., SALMI, L. R., 1992, Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987), *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 103-109.
- AL-HAMMADI, A., STAEHR, A., BEHBEHANI, J., STAEHR, M., AREF, M., ALTURKAIT, F., AL-ASFOUR, A., 1994, *The Traumatic Events and Mental Health Consequences Resulting from the Iraqi Invasion and Occupation of Kuwait*, Al-Riggae Specialized Centre, Kuwait.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Rev. 3rd ed.) (DSM-III-R), Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC.
- ARRAYO, W., ETH, S., 1985, Children traumatized by Central American warfare, in Eth, S., Pynoos, R.S., eds., *Post-Traumatic Stress Disorder in Children*, American Psychiatric Press, 103-120, Washington, DC.
- DAVIDSON, J. R. T., FAIRBANK, J. A., 1993, The epidemiology of posttraumatic stress disorder, in Davidson, J.R.T., Foa, E.D., eds., *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 147-169.



- DAVIDSON, J. R. T., HUGHES, D., BLAZER, D. G., GEORGE, L. K., 1991, Post-Traumatic Stress Disorder in the Community-An Epidemiological Study, *Psychological Medicine*, 21, 3, 713-723.
- HELZER, J. E., ROBINS, L. N., McEVOY, L., 1987, Post-traumatic stress disorder in the general population, *The New England Journal of Medicine*, 317, 26, 1630-1634.
- HYTTEN, K., 1989, Helicopter crash in water: effects of simulator escape training, *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* 355, 73-78.
- KOVACS, M., 1981, *The Children's Depression Inventory*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.
- MACK, C., MOOR, L., 1982, Versions françaises d'échelles d'évaluation de la dépression, Les échelles CDI et ISC de Maria Kovacs, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 30, 10-11, 627-652.
- MACKSOUD, M., ABER, L., DYREGOV, A., RAUNDALEN, M., 1990, *Child Behavior Inventory, Project on Children and War*, Centre for the Study of Human Rights, Columbia University.
- O'BRIEN, L. S., HUGHES, S. J., 1991, Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Falklands veterans five years after the conflict, *British Journal of Psychiatry*, 159, 135-141.
- SAIGH, P.A., 1989a, The validity of the DSM-III posttraumatic stress disorder classification as applied to children, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 189-192.
- SAIGH, P.A., 1989b, The development and validation of the Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory, *International Journal of Special Education*, 4, 75-84.
- SHORE, J. H., VOLLMER, W. M., ET TATUM, E. L., 1989, Community patterns of posttraumatic stress disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 11, 681-685.
- SYDOR, G., 1995, Les méthodes d'évaluation de l'État de Stress Post-Traumatique, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 5, 3, 76-93.
- SYDOR, G., PHILIPPOT, P., VAN BROECK, N., LAUMONT, B., FILOT, A., 1996, *Post-traumatic Stress Disorder in Rwandan Non-accompanied Children*, Manuscrit soumis pour publication.
- SYDOR, G., PHILIPPOT, P., 1995, *Prévalence du stress post-traumatique et intervention de prévention secondaire auprès de coopérants belges exposés à une catastrophe humanitaire*, Manuscrit soumis pour publication.
- SYDOR, G., PHILIPPOT, P., 1996, *PTSD Symptomatology after Witnessing a Humanitarian Catastrophe: Determinants and Secondary Prevention*, Manuscrit soumis pour publication.

UNICEF, 1995, *UNICEF Rwanda weekly report*, février-mars, 1-7.

WATSON, C. G., JUBA, M. P., MANIFOLD, V., KUCALA, T., ANDERSON, P. E. D., 1991, The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique, *Journal of Clinical Psychology*, 47, 2, 179-188.

## **ABSTRACT**

### **Psychological consequences of the 1994 Rwandan massacres**

A research program on the prevalence of reactions of posttraumatic stress is described in this article. The program is specifically centered on the psychological consequences of the April 1994 events in Rwanda and the genocide that followed. It includes three psycho-epidemiologic studies: 1) a study of non-accompanied Rwandan children; 2) a study of a small group of belgian cooperants; and 3) a study of an important sample of belgian civilians and militaries having been through the rwandan events. The psychological impact of the rwandan events is described in terms of prevalence of symptoms of posttraumatic stress.

# Mosaïques

