

## **LA SANTE MENTALE AU RWANDA APRES LE GENOCIDE COMMIS CONTRE LES TUTSI EN 1994**

### **1. Etat des lieux sur la maladie mentale en lien avec les conséquences du génocide**

Depuis quelques années, la santé mentale est devenue une des priorités de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Un rapport<sup>1</sup> publié en 2009 par l'OMS souligne une augmentation de la prévalence de certains troubles mentaux. Cette évolution a conduit à mettre en place des politiques de prévention des troubles mentaux au niveau mondial. La politique de prévention s'inscrit dans l'objectif général, selon lequel la santé mentale constitue un facteur fondamental pour le bien-être, la solidarité et la justice sociale. Pour l'OMS, la maladie mentale nuit à la qualité de vie des personnes et de leurs familles.

Au Rwanda, la santé mentale est un domaine encore peu exploré et accuse des retards notoires dans la connaissance des modes de vie et de prise en charge des personnes atteintes de la maladie mentale. Avec le génocide<sup>2</sup> commis contre les Tutsi en 1994, la santé mentale est devenue un problème de santé publique. Les conséquences liées à ce génocide ont été notables dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, de nombreuses personnes se sont retrouvées en grave état de souffrance psychique suivie, de crises traumatiques. En effet, une grande partie de la population a été marquée par les conséquences du génocide. Différentes études confirment cette hypothèse de risque élevé de psychopathologie de la population rwandaise (Dyregrov, Gupta, Gjestad & Mukanohehi, 2000 ; Hagengimana, Hinton, Bird, Pollack & Pitman, 2003). Une étude menée par Bolton, Neugebauer et Ndogoni (2000) montre que dans la zone rurale, 15,5 % de la population présentent les troubles dépressifs. Ces auteurs ont également constaté une part importante des « symptômes dépressifs invalidants » associés à une « insuffisance fonctionnelle des rôles les plus importants pour les hommes et les femmes ». Munyandamutsa et Mahoro (2009) ont trouvé une prévalence de l'Etat de

---

<sup>1</sup> Report on Mental Health (2008/2009 (INI)) Committee on the Environment, Public Health and Food Safety Rapporteur : Evangelia Tzampazi

<sup>2</sup> Entre le 7 avril et le 4 juillet 1994, plus d'un million de vies humaines ont été emportées lors du génocide commis contre les Tutsi au Rwanda. Il s'agissait de la première extermination planifiée par un pouvoir étatique moderne dans l'Afrique postcoloniale (Germanotta, 2010). Ce dernier génocide du 20e siècle s'est distingué par sa rapidité d'exécution (près d'un million de personnes ont péri en 100 jours seulement) et par le fait qu'il a été commis par les rwandais contre d'autres rwandais, partageant la même culture, la même croyance religieuse, la même langue, la même histoire et vivant sur les mêmes collines (IRDP, 2006).

Stress Post Traumatique (ESPT) de 28,54 % dans la population générale adulte, avec des taux importants de comorbidités, incluant l'état dépressif majeur (soit 54 % des personnes souffrant de l'ESPT), dépendance à l'alcool (10 % des personnes souffrant de l'ESPT). Les céphalées constituent le « principal trouble somatoforme », chez 71 % des personnes souffrant d'ESPT. Certains auteurs notent que ces crises post-traumatiques s'intensifieraient également pendant la période de commémoration. Selon une étude de l'OMS réalisée en 2009, les personnes ayant des crises post-traumatiques représentent environ 29% de la population rwandaise.

## **2. Prise en charge institutionnelle de la maladie mentale avant le génocide**

Au Rwanda, les souffrances associées à la santé mentale ont été toujours associées à la *folie*. Les personnes atteintes de *folie*, considérées comme dangereuses étaient isolées et enfermées. La prison de Kigali était l'un de ces endroits d'enfermement. C'est en 1951 que fut créé un service psychiatrique à l'hôpital Général Prince Régent Charles à Bujumbura (capitale du Burundi), où les malades mentaux rwandais étaient aussi pris en charge. Les mouvements d'indépendance qui débutent en 1959 ont conduit à une séparation de ces deux colonies, et tous les malades mentaux rwandais qui étaient pris en charge à Bujumbura furent ramenés à Kigali pour être internés à la prison centrale. Après l'indépendance en 1962, les autorités rwandaises et la congrégation des frères de la charité belges signèrent une convention le 4 juillet 1968 pour la mise en place d'un premier centre psychiatrique au Rwanda. Des femmes et des hommes y sont soignés. Le premier malade fut hospitalisé en 1972. A cette époque, l'hôpital était nommé « centre » et avait une capacité d'accueil de 60 malades. Le statut de l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera a été publié dans le Journal Officiel numéro 9 du 01/01/1968, il a pour mission principale de traiter et soigner les malades mentaux et neurologiques référencés par les hôpitaux de districts, et d'assurer la supervision technique en santé mentale des hôpitaux de districts. Il reçoit le soutien financier et en ressources humaines du gouvernement rwandais par l'affectation et la prise en charge du personnel soignant et administratif. La congrégation des Frères de la charité en assure la gestion, le financement des activités, la mise en place et la maintenance de l'infrastructure, l'équipement, l'approvisionnement en médicaments, la prise en charge du personnel de soutien et des autres agents non pris en charge par le gouvernement.

De 1968 à 1994, l'hôpital a connu une croissance dans ses infrastructures qu'au niveau du personnel. Une antenne a été créée à Butare au sud du Rwanda, ouverte officiellement en date du 30 octobre 1978 et fonctionnelle depuis 1980. L'hôpital a également initié des équipes mobiles pour atteindre le plus possible de malades éloignés des centres de soins. Au moment du génocide, l'hôpital n'a pas été épargné. Il est devenu un lieu de tuerie pour les Tutsi qui s'y sont réfugiés. Les patients et le personnel périrent également dès lors qu'ils étaient dénoncés par leurs compagnons ou leurs anciens collègues.

### **3. Prise en charge institutionnelle de la maladie mentale post-génocide**

Au lendemain du génocide, le pays s'est retrouvé face à la nécessité urgente de mettre en place un dispositif de prise en charge des traumatismes et des pathologies mentales. Ainsi, dans le cadre de promouvoir des soins de bonne qualité, avec la réduction de la charge de morbidité, la politique nationale a été définie en 1995 par le ministère de la santé. Elle a comme objectifs spécifiques : l'intégration des soins de santé mentale au sein de toutes les structures de santé du système national; la promotion de la collaboration de différents services; la promotion de la prise en charge communautaire en matière de santé mentale; la législation de la santé mentale ; la disponibilité des soins de qualité assurés par des ressources humaines bien qualifiées, la mobilisation d'un financement public et privé suffisant, la promotion de la recherche scientifique; une stratégie d'intervention spécifique à l'abus de substances psychoactives ; une politique de prévention et de prise en charge vis-à-vis des problèmes relatifs à la problématique du psychotraumatisme ; une stratégie de prévention et de prise en charge spécifique à l'épilepsie ; la mise en place d'un dispositif de prise en charge et de prévention des problèmes psychosociaux des enfants et adolescents.

De plus, l'Etat rwandais a adopté des politiques de développement des soins de santé primaires (exemple les mutuelles de santé comme principale stratégie dans l'amélioration de l'état de santé de la population). En 2005, le gouvernement a adopté son premier plan stratégique du secteur de la santé 2005-2009 (HSSP-I) en intégrant des changements institutionnels pour la mise en œuvre de la politique nationale de décentralisation dans le domaine de la santé. Le Rwanda a fourni des efforts du point de vue de la réalisation des objectifs de développement de santé publique. Cette stratégie vise à s'attaquer aux maladies qui causent le plus de morts.

L'organe de concrétisation de la politique nationale de la santé mentale est devenue en 2011 une direction de la santé mentale. Celle-ci a pour mandat de formuler la politique, de coordonner les actions et de superviser l'exécution jusqu'au niveau du district. Elle surveille l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires, en offrant des directives stratégiques et en établissant les normes que doivent suivre les centres médicaux. Dans une logique de décentralisation, le ministère de la santé a également doté les hôpitaux et les centres de santé du pays des possibilités d'accueillir les personnes souffrant de troubles psychologiques et psychiatriques. La communauté – à travers les agents de santé communautaire communément appelés animateurs de santé – figure parmi les acteurs en santé mentale. La société civile s'organise également, avec l'appui du ministère de la santé, pour prendre en charge les problèmes psychosociaux, plus spécialement pendant la période de commémoration du génocide commis contre les Tutsi en 1994.

Au niveau de la prise en charge des malades, les approches d'interventions ont ciblé les individus traumatisés par le génocide. La forte augmentation de consultations a donc poussé le gouvernement rwandais à trouver des solutions à ce problème, devenant ainsi, une préoccupation de santé publique majeure. Un centre national de traumatisme a donc été créé en 1995 avec pour objectif de traiter les conséquences des traumatismes psychiques. Ce centre a été développé successivement en un service de consultations psychosociales en 1999 et en un département de santé mentale du Centre hospitalier universitaire de Kigali en 2011. Il fonctionne comme une référence pour les soins ambulatoires, tandis que la référence en matière hospitalière est assumée par l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera.

Rappelons qu'après le génocide, l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera a été reconstruit et des nouvelles infrastructures ont vu le jour. Parmi ces infrastructures, deux centres psychothérapeutiques ont été ouverts entre 2003 et 2004 : le premier, celui de Kicukiro s'occupe des malades adultes présentant des traumatismes causés par le génocide, le second, accueille des enfants et adolescents. En 2005, dans le cadre de l'amélioration de la qualité de soins, un service de psychologie clinique a été ajouté au sein de l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera pour répondre aux besoins de la population traumatisée par le génocide. L'hôpital neuropsychiatrique de Ndera, structure de référence nationale en santé mentale au Rwanda, a enregistré 8 338 consultations en 2000. En 2009, il a réalisé 34 540 consultations, soit quatre fois le nombre des consultations effectuées en dix ans et en 2015 le nombre des consultations

enregistrées est 60511 (rapports annuels de l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera). En 2010, un peu plus de 18 000 cas avaient consulté les six services opérationnels de santé mentale des districts du pays.

#### **4. Conclusion : de la commémoration aux crises traumatiques : enjeux de santé mentale ?**

Après le génocide, les survivants ainsi que leurs réseaux associatifs ont pris l'initiative d'organiser l'enterrement et les cérémonies de souvenir. Vers la fin de 1994, l'État rwandais, en collaboration avec les rescapés a encadré les pratiques d'inhumation des corps dans la dignité à travers le pays. Il a aussi organisé la première commémoration nationale neuf mois plus tard après la fin du génocide. La première semaine d'avril en 1995 sera officiellement consacrée par l'État aux premières activités de commémoration du génocide.

L'espace des commémorations apparaît comme un lieu d'accueil des souffrances endurées pendant le génocide, où les cris des victimes n'avaient eu pour réponse que le silence du voisin et du monde, comme le décrit bien le titre du film d'Anne Lainé (2003) « Un cri d'un silence inouï ». Certaines victimes n'ont pas pu ouvrir la bouche et ont été violées dans le silence imposé par les tueurs. Pendant les commémorations, les silences d'autrefois, peuvent devenir des paroles exprimant à la fois la souffrance et le regret. En revanche, elles deviennent en fin de compte des paroles de confort et de protection. Les cris d'autrefois qui n'ont reçu aucun accusé de réception, peuvent y être entendus comme témoignage. On peut alors s'exprimer par les poèmes , le chant, ou par toute autre forme de création artistique. En occupant la position d'« endeuillé », la victime exprime devant la communauté durant les commémorations les cris de douleur qui ont été noyés dans le silence. Ces cris de douleur peuvent enfin voir le jour. Les commémorations constituent donc l'un de ces lieux qui accueillent la souffrance des survivants du génocide « telle qu'elle vient, sous la forme qu'elle a choisi » (Godard, 2004).

Lors des commémorations, on assiste à une adhésion à la mémoire collective, se traduisant en un mouvement général de la société qui se tourne vers le passé pour lui conférer un sens. Les moments de commémoration permettent de se souvenir des victimes et de toute personne ayant contribué à sauver les vies des Tutsi rescapés. Ils permettent aussi d'évoquer les projets de reconstruction essentiellement la réconciliation nationale. L'évocation du génocide ne se limite pas à la période de commémoration. Elle reste néanmoins dans l'espace social et

psychique des individus. Ainsi, les commémorations et les crises post-traumatiques se prolongent différemment. Pendant la période de commémoration du génocide, apparaissent des crises post-traumatiques qui sont perçues par la communauté comme normales, parce qu'on est dans un temps mémoriel. Le traumatisme qui survient pendant la commémoration renvoie à une expérience personnelle vécue pendant le génocide. En réalité un souvenir déclencheur d'une crise post-traumatique ne met pas la personne dans un état de maladie. Par ailleurs, les personnes traumatisées peuvent être socialement considérées et même désignées comme des malades mentaux. Nous sommes face à des représentations sociales collectives de la maladie mentale.

La distinction sociale entre la personne traumatisée en raison du génocide, et le malade mental « ordinaire » n'est pas nette ; mais elle reste influencée par des représentations sociales de la maladie mentale au Rwanda. Le traumatisme lié au génocide est porteur de signification mémorielle alors que le traumatisme *normal* renvoie à une expérience individuelle et sociale. Dans le dernier cas, le traumatisme du " *fou* " est potentiellement porteur d'une mémoire individuelle.

## Bibliographie

Allen, S.N. & Bloom S.L., (1994). Group and family treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am.*, 17(2), 425-37.

Altounian, J. (2000). *La Survivance. Traduire le trauma collectif*. Paris, Dunod.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2012). *DSM-V development Proposed Revision*. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165>. May- 11-2012

Anderson, G. F., Chu, E. (2007). Expanding Priorities - Confronting Chronic Disease in Countries with Low Income. *New England Journal of Medicine*, 356, 209-211.

Barth, F., *Les groupes ethniques et leurs frontières. Théories de l'ethnicité* / ed. par P. Poutignat et J. Streiff-Fenart. Paris : PUF, 1995, p. 203-249.

Baqué, S. (1998). Le lieu du juste. In Maqueda, F. (sous la Dir.) *Traumatismes de guerre, actualités cliniques et humanitaires*. Paris : Ed. Hommes et Perspectives.

Baqué, S. (2002). *Réhabiter le monde. Les fonctions soignantes des dispositifs culturels dans les situations de violences collectives majeures. Rapport d'une Recherche Action*, Handicap International.

Braeckman, C. (1994). *Rwanda : histoire d'un génocide*, Fayard, Paris.

Bolton, P., Neugebauer, R., Ndogoni, L. (2002). Prevalence of depression in rural Rwanda base on symptom and functional criteria. *J Nerv Ment Dis.*, 190(9), 631-637.

Crocq, L. (1999) *Traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Ed. Odile Jacob.

Demographic and Health Surveys (2005, 2008). Kigali.

Gentile, A. (2009). « L'après-coup : le caractère ineffaçable de la trace et la réouverture des possibles », *Revue française de psychanalyse*, 73 (5), 1673-1678.

Germanotta, M.A. (2010). *L'écriture de l'inaudible. Les narrations littéraires du génocide au Rwanda*. Inter francophonies – Mélanges.

Gishoma, D., & Kanazayire, C. (2013). Les commémorations du génocide au Rwanda : un espace transitionnel pour métaboliser le passé qui ne passe pas ?, in Brackelaire, J.L., Cornejo, M. & Kinable, J. (S.D.), *Violence politique et traumatisme. Processus d'élaboration et de création* (pp. 317-338), Louvain-la-Neuve: Academia-L'Harmattan.

- Godard, M.O. (2003). *Reves et traumatismes ou la longue nuit des rescapés*. Ramonville Saint-Agen : Érès.
- Godard, M.O. (2004). *Après l'horreur partagée, comment revivre?* *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 42 (1), 7-17.
- Hagengimana, A., Hinton, D., Bird, B., Pollack, M., & Pitman, R.K. (2003). *Somatic panic-attack equivalents in a community sample of Rwandan widows who survived the 1994 genocide*. *Psychiatry Research*, 117, 1-9.
- H N P. CARAES -NDERA, (2015), *Rapport annuel*. Kigali.
- Jacques, P. (2001). *Trauma et culture. De la mémoire collective à la reconstruction psychique*. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 189-198.
- Kaës, R. (1997). *Fractures du lien social : quelques conséquences sur les fondements de la vie psychique*. In M. Sassolas (Ed.), *Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social*. Érès.
- Kayitshonga, Y. (2011). *Étude du devenir de l'état de stress post- traumatique chez les rescapés du génocide des Tutsi du Rwanda*, université Paris 8.
- Keane, F. (1995). *Season of Blood*. London: Penguin Classics.
- Laplanche, J. (2006). *L'après-coup, Problématiques VI [Problematics, vol. VI]*. Paris: PUF.
- Laplantine, F., 1986. *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot.
- Ministère de la Santé (2005). *Politique du secteur santé au Rwanda*.
- Ministère de la Santé (2004). *Rapport annuel du Programme national de santé mentale*. Kigali.
- Ministère de la Santé (2009). *Rapport annuel du Programme national de santé mentale*. Kigali.
- Ministère de la Santé (2009). *Rwanda : prévalence de l'état de stress post- traumatique dans la population rwandaise - Diversités de figures cliniques, abus de drogues et autres comorbidités*. Kigali.
- Ministère de la Santé (2010). *Rapport annuel du Programme national de santé mentale*. Kigali.
- Ministère de la Santé (2011). *Rapport annuel du Programme national de santé mentale*. Kigali.
- Ministère de l'Administration Locale, MINALOC (2001). *Dénombrement des victimes du génocide*, Kigali, mars 2001.



Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la culture, Commission pour le mémorial du génocide et des massacres au Rwanda (1996). « Rapport préliminaire d'identification des sites du génocide et des massacres d'avril- juillet 1994 au Rwanda », Kigali, février.

Ministry of Health (2010). Rwanda Health Statistical Booklet 2009. Kigali. 135

Ministry of Health (2011). National Mental Health Policy. Kigali.

Misago, C. K. (2007). Les instruments de la mémoire. Génocide et traumatisme au Rwanda. In Assayag, J. (S.D.) Sismographie des Terreurs. Gradhiva revues,5, 62-76.

Mohand, A.A., Binagwaho, A., Gishoma, D., Kayiteshonga, Y. & Misago, C.N. (2014). Les interventions psychologiques d'urgence Durant les commémorations du deuil national: une initiative d'appui au renforcement de l'intégration des soins de santé mentale. In Kayiteshonga, Y, Misago, C.N. Achour, Munyandamutsa, N. & Binagwaho, A. (SD.). Violence de masse, reconstruction psychique et des liens sociaux. Initiative de développement de la santé mentale dans la région des grands lacs (pp167-189). Paris : L'harmattan.

Moore, L. M. (2009). (Re) Covering the Past, Remembering the Trauma: The Politics of Commemoration at Sites of Atrocity. Journal of public health and international affairs, 20, 47-64.

Munyandamutsa, N., Mahoro, P. (2009). Prévalence de l'état de stress post- traumatique dans la population rwandaise. Diversités de figures cliniques, abus de drogues et autres comorbidités. Kigali.

National Institute of Statistics of Rwanda (2010). Statistical yearbook 2010 edition. Kigali.

National Mental Health (2012). Conférence, documents de travail de la conférence. Kigali.

Olivier de Sardan J-P., 1990. « Sociétés et développement », In Fassin D. et Jaffre Y. (dir.), Sociétés, développement et santé. Paris, Les éditions Ellipses : 28-37.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips M.I R., Rahman, A. (2007). No health without mental health. The Lancet. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61238-0

Rechtman R. (2003), « *L'ethnisation de la psychiatrie : de l'universel à l'international* » In : L'information psychiatrique, v.79, n. 2, p. 161-169.

Rechtman R. (2011), « *Souffrance psychiatrique et évolution de la psychiatrie. Entretien avec Richard Rechtman* » In : Etudes, v. 4154, p. 329-339.

Taylor, C. (1999). Sacrifice as Terror: The Rwandan Genocide of 1994. Oxford: Berg.

WHO global report (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization.