

Panser les blessures de guerre : le potentiel de l'art-thérapie  
auprès des enfants-soldats démobilisés

Caroline Beauregard

Un travail de recherche

présenté

au

Département des thérapies par les arts

comme exigence partielle en vue de l'obtention  
du grade de Maîtrise ès arts (M.A.)  
Université Concordia  
Montréal, Québec, Canada

Avril 2010

© Caroline Beauregard, 2010



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*  
ISBN: 978-0-494-67236-5  
*Our file* *Notre référence*  
ISBN: 978-0-494-67236-5

**NOTICE:**

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

**AVIS:**

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

  
**Canada**

## Résumé

Panser les blessures de guerre : le potentiel de l'art-thérapie

auprès des enfants-soldats démobilisés

Caroline Beauregard

L'expérience vécue par l'enfant-soldat le marque profondément. En plus d'avoir subi les effets de la violence organisée, il doit souvent vivre le rejet de la communauté, ce qui complique sa réinsertion à l'intérieur de celle-ci. Bien que l'art-thérapie soit un traitement issu de la pensée occidentale, l'inclusion de celle-ci à un programme de réinsertion sociale d'enfants-soldats démobilisés pourrait s'avérer bénéfique. En effet, l'art-thérapie est un outil d'intervention unique, puisqu'elle offre la possibilité d'aborder l'expérience traumatique par le biais de l'expression artistique et ce, dans un espace de création ludique, permettant entre autres à l'enfant de se distancier d'affects parfois très intenses. L'art-thérapie peut également permettre de reprendre le contrôle de l'expérience vécue et d'en réorganiser les fragments en une trame narrative cohérente. À partir d'une étude approfondie des publications portant sur la santé mentale des enfants-soldats, l'état de stress post-traumatique (ÉSPT), la thérapie en milieu transculturel, ainsi que celle traitant de l'utilisation de l'art-thérapie dans le traitement de l'ÉSPT, les lignes directrices d'un programme d'intervention visant à favoriser l'élaboration éventuelle du trauma chez les enfants-soldats démobilisés seront présentées. Ce travail de recherche se veut un point de départ pour tout art-thérapeute qui souhaite intégrer l'art-thérapie au traitement des enfants affectés par la guerre et présentant des signes de détresse psychosociale et ce, en contexte de transculturalité.

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les enfants de la rue que j'ai eu la chance de côtoyer au Rwanda et qui ont su m'inspirer mon sujet de mémoire. Sans eux, ce travail de recherche n'aurait pu exister et il leur est donc dédié.

J'aimerais également témoigner ma reconnaissance aux membres du personnel enseignant du Département des thérapies par les arts de l'Université Concordia, plus spécialement à Josée Leclerc, ma directrice de recherche, qui ont cru en mon projet et qui m'ont encouragée à le mener à terme et ce, malgré les difficultés rencontrées.

De plus, je souhaiterais souligner l'aide financière qui m'a été accordée par le *Fonds de recherche sur la société et la culture* du gouvernement du Québec, qui m'a permis de me consacrer à temps plein à la rédaction de ce mémoire.

Finalement, je voudrais dire un merci tout spécial à mon conjoint, Maxime Vallée-Landry, qui a su écouter mes questionnements et m'épauler tout au long de ma démarche d'écriture.

- *PCT* [profound catastrophic trauma] *steals a child's innocence, creating gaping emotional holes—secret wounds that intensify a sense of betrayal. Yet when transformed these wounds become instruments for hope—hope for healing and greatness.*

- Jenifer Gregory et David Embrey, (2009a)

## Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre 1- D'enfant à soldat.....	7
Définition de l'enfant-soldat.....	7
Contexte propice à l'enrôlement des enfants-soldats .....	8
Chapitre 2 - Les différentes dimensions du trauma.....	11
La conception culturelle du trauma : universalités et spécificités .....	11
Reconnaître l'état de stress post-traumatique chez l'enfant ....	16
Trauma de guerre.....	19
L'expérience traumatique chez l'enfant-soldat.....	21
Chapitre 3 - L'intervention thérapeutique en milieu transculturel .....	25
Culture et espace thérapeutique.....	26
Défis spécifiques à l'art-thérapie en milieu transculturel.....	32
Chapitre 4 - Art-thérapie et trauma.....	36
Principes art-thérapeutiques favorisant l'élaboration du trauma .....	37
L'art-thérapie à court terme dans le traitement de l'ÉSPT .....	44
Chapitre 5 - Élaboration d'un programme d'art-thérapie auprès d'enfants-soldats .....	48
Principes à la base du traitement.....	49
Clientèle visée et contexte .....	56
Description des activités art-thérapeutiques .....	59
Portée du programme.....	67
Conclusion.....	69
Bibliographie .....	74

## Panser les blessures de guerre : le potentiel de l'art-thérapie auprès des enfants-soldats démobilisés

Nombreux sont les pays qui se voient aujourd'hui confrontés au quotidien à la réalité d'un conflit armé. Dans certaines régions du monde, des enfants participent activement à la guerre, volontairement ou sous la contrainte, un phénomène qui est généralement aggravé par le manque de ressources humaines, matérielles, structurelles et financières d'un pays. L'expérience des enfants au sein des groupes armés les marque profondément sur les plans émotionnel et psychique. En effet, plusieurs de ces enfants montrent des signes d'état de stress post-traumatique (ÉSPT)<sup>1</sup> et éprouvent des difficultés psychosociales. Cette détresse est souvent exacerbée par les problèmes qu'ils éprouvent à se réintégrer à la vie civile, puisque la communauté est généralement hostile à l'idée de les accueillir à nouveau et ce, en raison des actes horribles et violents qu'ils ont dû subir et commettre.

Le présent travail de recherche aborde les effets de l'expérience de guerre chez les enfants-soldats et les impacts possibles de celle-ci sur leur réintégration à la communauté. L'auteure y soutient que, malgré les forces de résilience pouvant être présentes chez l'enfant-militaire, celui-ci subira les répercussions, majoritairement traumatiques, de cette expérience. Souvent, l'enrôlement de l'enfant aura des conséquences néfastes sur son sens moral, son développement émotionnel et sur son identité. À cet égard, les difficultés

---

<sup>1</sup> Dans le cadre du présent travail, la notion d' « état de stress post-traumatique » a été préférée à tout autre concept représentant dans d'autres cultures des manifestations ou compréhensions locales de phénomènes similaires à l'ÉSPT et ce, dans le but de faire correspondre la réalité culturelle de l'auteure avec celle des interventions proposées. Cela ne sous-entend nullement la supériorité de l'expression « état de stress post-traumatique » sur celles de « *cen* » ou de « *noro* », par exemple, qui sont utilisées dans le nord de l'Ouganda et en Sierra Leone, respectivement, pour décrire un état psychologique ou physiologique qui survient suite à une expérience traumatique. Au contraire, l'appropriation de tels termes par l'auteure aurait constitué une sorte de dissonance culturelle, celle-ci ne pouvant prétendre détenir les référents culturels nécessaires à la compréhension de ces phénomènes qui lui sont étrangers.

développées en raison de l'expérience de l'enfant au sein des groupes armés rendront la réinsertion de celui-ci à l'intérieur de la communauté plus ardue.

Le phénomène d'enfant-soldat étant le plus souvent présent dans des pays non-occidentaux, une large part du présent travail est consacrée à l'étude de l'intervention thérapeutique en milieu transculturel. En effet, tout traitement, quel qu'il soit, repose sur des croyances et des valeurs culturelles qui lui sont sous-jacentes. Ainsi, la compréhension de l'ÉSPT et de ce qui définit l'intervention thérapeutique, incluant l'art-thérapie, change nécessairement d'un milieu culturel à l'autre. Ces aspects seront développés en profondeur tout au long du présent travail.

Alors que dans plusieurs pays des programmes de désarmement, de démobilisation et de réintégration (DDR) existent afin de faciliter la réinsertion sociale des enfants-soldats, peu de ces programmes mettent l'accent sur l'élaboration traumatique de leur expérience en tant que soldat. Il y a donc un besoin criant pour des programmes qui puissent offrir à ces enfants le soutien thérapeutique dont ils ont besoin, ce qui favorisera aussi leur réinsertion sociale au sein de la communauté.

C'est pourquoi le présent projet de recherche entend explorer les contributions potentielles de l'art-thérapie à l'élaboration traumatique des populations touchées par les conflits armés, en particulier les enfants-soldats. En effet, l'art-thérapie repose sur des principes thérapeutiques uniques qui peuvent faciliter le traitement du trauma sur le plan psychique. Un de ces principes est celui de la distanciation, processus suivant lequel en réalisant une production artistique, il devient possible de se distancier de l'expérience traumatique vécue. Par ailleurs, l'art-thérapie peut également favoriser l'élaboration du trauma en facilitant la réorganisation des fragments de souvenirs traumatiques en un récit

cohérent pour l'enfant. Puisque plusieurs auteurs s'entendent à dire que le travail d'élaboration du trauma ne peut s'enclencher avant que les souvenirs associés à l'événement traumatique ne soient organisés de façon logique (Avrahami, 2005; Hanney & Kozłowska, 2002), l'expression artistique pourrait s'avérer un bon outil d'intervention auprès d'enfants-soldats démobilisés présentant des signes d'ÉSPT. Enfin, l'art-thérapie représente une forme de traitement unique en ce sens qu'elle offre à l'enfant la possibilité d'aborder l'expérience traumatique à l'intérieur d'un espace de création potentiellement ludique. D'une part, l'état de relaxation parfois engendré par l'expression artistique pourrait permettre à l'enfant d'aborder graduellement certains aspects de l'expérience traumatique. D'autre part, cet espace de création permet à l'enfant de contrôler la production de l'image et l'utilisation des matériaux artistiques, de décider, par exemple, de ce qu'il va représenter et avec quels médias artistiques il le fera, ce qui peut lui conférer un sentiment de maîtrise. Ces aspects feront l'objet d'un développement exhaustif au quatrième chapitre.

Il convient cependant de noter qu'il existe relativement peu de publications portant sur l'intervention art-thérapeutique auprès des enfants-soldats. Ainsi, l'objectif du présent travail de recherche est de proposer la mise sur pied d'un programme d'intervention en art-thérapie visant la réintégration sociale des enfants-soldats et favorisant une élaboration éventuelle du trauma. Ce programme repose sur l'hypothèse selon laquelle l'inclusion de l'art-thérapie à un programme de DDR, pourrait s'avérer bénéfique pour les enfants-soldats démobilisés. Afin de laisser une place importante aux croyances et aux valeurs culturelles de la population concernée, le programme présenté ici fera montre d'une structure assez flexible. L'intervenant pourra adapter les

interventions art-thérapeutiques au contexte socioculturel et individuel de chaque participant, tout en respectant les principes de l'intervention thérapeutique en milieu transculturel, aspect qui fera l'objet du troisième chapitre. En proposant le présent programme d'intervention art-thérapeutique, tout art-thérapeute souhaitant inclure l'art-thérapie au traitement des enfants affectés par la guerre aura accès à un outil auquel il pourra se référer.

Le présent travail repose sur l'utilisation d'une méthodologie mixte, c'est-à-dire qu'il constitue autant une recherche théorique qu'appliquée. En effet, la méthodologie utilisée dans le cadre du présent travail de recherche s'appuie sur l'établissement de liens entre la théorie, la recherche et la pratique. À partir des théories et des résultats de recherche présentés dans les publications portant sur la thérapie en milieu transculturel, l'art-thérapie à court terme, l'impact de l'expérience de soldat sur l'enfant, l'état de stress post-traumatique possiblement engendrée par celle-ci, et les contributions de l'art-thérapie au traitement de l'ÉSPT, un schème d'analyse sur lequel sera fondé le programme court d'intervention art-thérapeutique sera d'abord présenté. L'élaboration de ce programme repose donc sur une étude approfondie des publications sur les sujets susmentionnés.

Bien entendu, ce type de recherche comporte certaines limites. D'abord, cela sous-tend que l'art-thérapie puisse s'avérer efficace pour tout groupe culturel et que ses bienfaits potentiels seront acceptés et reconnus par la communauté d'accueil, alors qu'il s'agit d'une méthode de traitement issue de la pensée occidentale. De plus, l'art est souvent considéré comme un moyen de communication quasi-universel, ce qui n'exclut pas l'existence de particularités culturelles. La généralisabilité du présent projet de

recherche est donc conditionnelle à ce que le programme d'intervention soit adapté à la culture d'accueil, ainsi qu'à l'âge et au sexe des anciens enfants-soldats.

Plus précisément, il est entendu que les besoins psychosociaux varient d'un individu à l'autre, ce qui implique que les techniques qui seront utilisées devront être adaptées au contexte et à la clientèle visée. Le programme d'intervention présenté dans le présent travail a été élaboré à partir des publications existant sur le sujet, mais également à partir des conclusions de l'auteure suite à son expérience auprès des enfants de la rue du Rwanda. La pertinence de son application repose donc sur la consultation préalable de professionnels locaux et ce, afin d'assurer que le programme d'intervention art-thérapeutique corresponde bien aux besoins de la communauté et respecte ses croyances culturelles concernant l'ÉSPT, la thérapie, l'expression artistique et l'art-thérapie.

Une autre limite concerne la population ciblée par le présent travail. Bien que des jeunes filles soient aussi enrôlées dans les groupes armés, les filles militaires sont presque absentes des centres de réinsertion pour enfants-soldats démobilisés, malgré le fait qu'elles soient très vulnérables aux impacts de l'expérience d'enfant-soldat et ce, pour plusieurs raisons. Entre autres, elles peuvent être mal informées des programmes de désarmement, démobilisation et de réinsertion (DDR). Elles peuvent aussi éprouver de la peur à l'idée de quitter leurs supérieurs hiérarchiques avec qui elles sont souvent mariées et de qui elles ont des enfants. Une autre raison parfois évoquée est la crainte d'être méprisées par leur communauté en raison des atrocités qu'elles ont commises et subies (de Montigny, 2006). Plusieurs autres facteurs peuvent expliquer l'absence des filles des programmes de réinsertion. Il reste qu'en raison de leur situation particulière et du rôle qu'elles ont joué au sein des groupes armés, leurs besoins thérapeutiques diffèrent

grandement de ceux des garçons. Comme ces aspects mériteraient à eux seuls de faire l'objet d'une recherche, le présent texte ne s'attardera pas à la situation des filles-soldates.

Afin d'élaborer un programme d'intervention art-thérapeutique adapté à la réalité socioculturelle des enfants-soldats démobilisés, le présent travail de recherche s'attardera d'abord à définir le concept de l'enfant-soldat et le contexte ayant pu mener à l'enrôlement de ces enfants; ce sera l'objet du premier chapitre. Le deuxième chapitre traitera des caractéristiques distinguant le trauma de l'enfant de celui de l'adulte avant d'aborder les particularités du trauma de l'enfant en temps de guerre. La conception culturelle de la notion de trauma y sera aussi explorée. Le chapitre suivant exposera, quant à celui-ci, les lignes directrices du travail thérapeutique en milieu transculturel. L'art-thérapie, en tant que discipline issue de la pensée occidentale, comporte des défis qui lui sont propres et ceux-ci seront présentés à la fin du troisième chapitre. Suivra, au quatrième chapitre, une description des principes thérapeutiques inhérents à l'art-thérapie, soit ceux de distanciation d'avec l'affect, d'acquisition de contrôle sur l'expérience traumatique et de réorganisation de la trame narrative du trauma, et celui d'espace de création ludique. Finalement, les composantes majeures d'un traitement court en art-thérapie, visant à favoriser l'élaboration éventuelle du trauma chez les enfants-soldats démobilisés de la région des Grands Lacs africains, feront l'objet du cinquième chapitre.

## Chapitre 1- D'enfant à soldat

Ce court chapitre a pour objectif de définir clairement ce qui est entendu par « enfant-soldat » tout au long du présent travail, ainsi que les conditions qui peuvent favoriser l'enrôlement, forcé ou non, de l'enfant au sein des groupes armés.

### *Définition de l'enfant-soldat*

Alors que des conflits armés font rage dans plusieurs pays du monde, de nombreux jeunes sont, bien souvent malgré eux, impliqués de près ou de loin dans ces guerres. À travers nos yeux d'occidentaux, il peut être facile, quoique malvenu, de se forger une image mentale de ce que peut représenter la vie d'enfant-soldat. Pourtant, la réalité de celui-ci est bien complexe et il est difficile d'identifier une expérience pouvant être commune à tous ces jeunes. Alors que certains sont arrachés de force à leur famille par les groupes armés, d'autres peuvent décider de se joindre volontairement à eux pour des raisons qui seront évoquées dans la prochaine section. En effet, selon une étude réalisée par Bayer, Klasen et Adam (2007) auprès de 169 enfants-soldats démobilisés d'origine ougandaise et congolaise, tous les enfants ougandais avaient été recrutés de force, alors que cela n'était le cas que pour 45,9% des jeunes congolais. Par ailleurs, 92 des jeunes ayant participé à l'étude avaient personnellement tué au moins une personne et près de 90% d'entre eux avaient vu quelqu'un être gravement blessé ou tué. Pour que ces différentes réalités soient bien représentées, il est essentiel d'offrir une définition de l'enfant-soldat qui soit inclusive. Dans le cadre du présent travail, ce dernier sera donc considéré comme suit : « toute personne âgée de moins de 18 ans, qui participe activement à la guerre au nom d'un groupe ou d'une idéologie politique donnée » (Mendelsohn & Straker, 1998, p. 400; traduction de l'auteure.). Cette définition assez

générale ne tenant pas compte des différentes conditions de recrutement et de l'implication unique de chacun, il est donc important de décrire les circonstances ayant pu mener à l'enrôlement des enfants-soldats et ce, afin de mieux en saisir les conséquences.

*Contexte propice à l'enrôlement des enfants-soldats*

À prime abord, la situation des enfants-soldats évoque un contexte de rapt et d'initiation forcée par des groupes armés. Or, la situation réelle est souvent beaucoup plus complexe et l'enrôlement « volontaire » est malheureusement fréquent et ce, pour plusieurs raisons. La première concerne la pauvreté dans laquelle sont plongés la plupart des pays où la réalité d'enfants-soldats existe. En effet, les conflits armés surviennent généralement dans des régions du monde où les moyens sont limités, une situation qui rend les enfants plus vulnérables à la conscription volontaire, car ils doivent souvent tenter de survivre à un contexte de pauvreté exacerbée par la guerre (Dickson-Gómez, 2002). L'insuffisance de ressources adéquates joue ainsi un rôle dans la perception qu'a l'enfant de la situation dans laquelle il se trouve. Plus précisément, le manque d'emploi ou d'accès à l'éducation, ou le sentiment d'insécurité dû à l'effondrement de l'État, sont autant de facteurs pouvant résoudre un jeune à s'engager, cela étant perçu comme une solution convenable au manque de ressources étatiques (Beneduce, Jourdan, Raeymaekers, & Vlassenroot, 2006).

Cependant, les raisons évoquées pour justifier la participation à un groupe armé ne sont pas que structurelles. Un deuxième ensemble d'explications se rapporte à la contrainte directe ou indirecte, exercée par l'entourage de l'enfant. Cette contrainte peut faire partie de la tradition, ou encore, l'enfant peut subir de la pression de la part de ses

amis ou de sa famille; mais il peut également rechercher une meilleure qualité de vie, ce qui constitue une attente faussée par sa situation précaire (Anaya, 2007; Parson, 1996). Dans ce dernier cas, le jeune pourrait entrevoir sa participation active à la guerre comme un facteur de protection, la véritable mission des groupes armés étant camouflée sous de fausses apparences de sauvetage. En ce sens, appartenir à un groupe armé pourrait ainsi favoriser la protection de l'enfant, ce qui représente en soi une autre raison de s'enrôler de son propre chef. Par ailleurs, en plus de participer à la guerre pour fins d'emploi ou de survie, le jeune peut également s'engager dans l'espoir d'assouvir un désir de vengeance ou de redresser une situation injuste, ce qui constitue en quelque sorte de la coercition indirecte (Mendelsohn & Straker, 1998). Néanmoins, dans de telles conditions, il est juste de postuler que l'enrôlement n'est jamais totalement volontaire, ce qui fera l'objet du prochain paragraphe.

Lorsque la violence organisée fait partie du paysage quotidien, beaucoup de repères se perdent, en particulier pour un enfant. Confus et désorienté, l'appartenance à un groupe armé apparaît donc comme une solution convenable. En fait, ce dernier se trouve souvent isolé de sa famille et du reste de sa communauté, alors que les habitants tentent de fuir les violences de façon chaotique, n'ayant ni le temps ni l'opportunité de rassembler leurs proches avant de s'enfuir. Aussi, la disparition du tissu familial et social causée par la guerre signifie l'absence d'une composante indispensable pour soutenir l'enfant et lui donner un sens identitaire (Santacruz & Arana, 2002). Seul, séparé de sa famille, il doit donc définir de nouveaux repères et ceux-ci peuvent être grandement influencés par l'état de violence organisée. Alors que sa survie et sa protection étaient auparavant assurées par sa famille, l'enfant se retrouve dans une nouvelle position où il

doit prendre lui-même les décisions qui le maintiendront en vie. Les groupes armés lui offrant nourriture et protection, il est probable que l'enfant opte pour prendre les armes. Cet isolement et le manque de choix alternatifs sembleraient ainsi le pousser à s'enrôler volontairement afin d'assurer sa survie (Maxted, 2003; Santacruz & Arana, 2002). L'enfant n'a pour ainsi dire pas d'autre alternative viable. En fait, il se trouve face à un dilemme d'action ou de fuite, le premier choix étant souvent d'agir, c'est-à-dire de prendre les armes, avec la conviction que cette option offre les meilleures chances en termes de survie (Santacruz & Arana, 2002). Malgré le fait que certains enfants-soldats choisissent pour ainsi dire de s'enrôler, il est donc à penser que ce choix reste en quelque sorte forcé par la situation dans laquelle il se trouve.

Un dernier facteur pourrait également contribuer à la vulnérabilité d'un enfant à la conscription, forcée ou non. En effet, l'exposition prolongée à une situation potentiellement traumatique provoquée, entre autres, par l'état d'incertitude et d'anxiété d'un pays en guerre depuis de nombreuses années, peut affaiblir l'enfant sur les plans émotionnel et développemental :

Prolonged exposure to potential trauma likely [causes] a cumulative day-by-day erosion of [child soldiers'] emotional and psychological development. In this context, [they are] vulnerable, perhaps even primed for their induction into direct combat. Thus, the actual events surrounding their induction into conflict may have been sudden, unexpected, dangerous, and overwhelming. (Gregory & Embrey, 2009b, p. 55)

Alors que la situation prolongée de violence organisée a peu d'incidence visible sur le développement sain de l'enfant à court terme, sa participation soudaine à la guerre

représente, quant à elle, un brusque coup pour son équilibre psychique. C'est de cette blessure psychique, le trauma, dont il sera question au chapitre suivant.

## Chapitre 2 - Les différentes dimensions du trauma

La guerre et la violence organisée possèdent un potentiel traumatisant important. Pourtant, celles-ci ne produiront pas les mêmes effets d'un individu à un autre. Si le trauma est synonyme de blessure souvent très sévère, celui-ci peut, en certaines occasions, ouvrir à de nouvelles perspectives de vie (Papadopoulos, Kalmanowitz, & Lloyd, 2005). Bien que chacun réagisse de manière unique à un événement traumatisant, plusieurs dimensions peuvent affecter cette réaction. La première dimension qui sera présentée dans le présent chapitre se rapporte à la conception culturelle du trauma, l'enfant-soldat évoluant le plus souvent dans les pays non-occidentaux. La deuxième concerne quant à elle, les particularités différenciant le trauma de l'enfant de celui de l'adulte. La troisième section portera sur les spécificités du trauma de guerre et se terminera par l'étude des aspects qui rendent le trauma de l'enfant-soldat unique.

### *La conception culturelle du trauma : universalités et spécificités*

Le diagnostic d'ÉSPT soulève généralement de nombreuses questions quant à la validité de son attribution. Dans cette section, il sera question du débat entourant l'universalité et les spécificités de l'expérience d'ÉSPT. En effet, certains auteurs s'interrogent d'une part sur la validité d'un tel concept chez des populations non-occidentales. Cela est notamment le cas pour Summerfield (2001), qui critique l'utilisation de ce diagnostic auprès des réfugiés, en soutenant que celui-ci est appliqué sans égard au contexte dans lequel le trauma survient. D'autre part, les grandes catégories de symptômes de l'ÉSPT, c'est-à-dire, de revivre l'événement traumatique de manière

persistante, d'éviter les stimuli associés à cet événement jumelé avec l'émoussement de la réactivité générale, et puis de présenter des symptômes traduisant une activation neuro-végétative (American Psychiatric Association [APA], 2004) semblent être présentes chez plusieurs groupes culturels donnés. Ce serait plutôt leur interprétation qui différerait d'une culture à l'autre. Afin d'illustrer ce constat, quelques exemples de la manifestation de ce phénomène dans des pays ayant connu la réalité de la guerre et celle des enfants-soldats, tels l'Ouganda, la Sierra Leone et l'Angola, seront d'abord présentés dans cette section.

Chez certains groupes culturels, des termes équivalents à ceux de « trauma » ou d'« état de stress post-traumatique » ne sont pas employés. Par contre, cela n'implique pas que l'ÉSPT n'existe pas pour autant. Par exemple, le mot *cen* est une expression qui, dans le nord de l'Ouganda, se traduit par l'entrée dans le corps d'un individu d'un esprit maléfique furieux qui cherche à être apaisé par des sacrifices. Ainsi, le *cen* hantera l'individu en causant des visions et des cauchemars, ce qui peut résulter en des problèmes de santé mentale si le tort n'est pas réparé (Akello, Richters, & Reis, 2006). L'ÉSPT est ici expliqué en relation avec le monde des esprits, qui jouent un rôle tant dans l'origine des symptômes que dans leur soulagement. Cela est également le cas en Angola, où le trauma de guerre s'explique par la colère des *kazumbi* (nom des esprits dans la province de Malange, Angola) des personnes tuées pendant la guerre et qui reviennent hanter leur meurtrier, parce qu'ils n'ont pas été convenablement enterrés. Lorsqu'un individu est tourmenté par des *kazumbi*, c'est toute la communauté qui en souffre, puisque la population angolaise admet généralement que les *kazumbi* peuvent aussi contaminer l'entourage de cet individu (Honwana, 1998). En Angola, l'ÉSPT est non seulement une

affliction individuelle, mais il affecte aussi toute la communauté dans son ensemble, ce qui est souvent désigné comme « pollution sociale ». Cette notion d'impureté apparaît également en Sierra Leone, où le *noro* (qui se traduit par l'expression contamination spirituelle ou malchance) affecte les relations interpersonnelles des jeunes filles-soldates démobilisées. Ce n'est qu'en procédant à des rituels de purification qu'il est possible de perdre le *noro* et ainsi, d'améliorer le fonctionnement psychosocial d'une personne (Stark, 2006). Dans les cas précédemment exposés, ce n'est pas l'événement traumatisant à proprement parler qui occasionne des désagréments sur les plans psychique et social. Contrairement au discours généralement tenu dans les pays occidentaux, c'est plutôt une explication spirituelle qui est évoquée. En réalité, l'expérience de ce qui est nommé « ÉSPT » dans le cadre du présent travail reflète grandement le cadre socioculturel dans lequel évolue un individu. L'ÉSPT peut ainsi porter un nom tout à fait différent qui découle de la compréhension locale d'une expérience traumatique.

Néanmoins, bien que l'ÉSPT soit un reflet de la conception culturelle du trauma chez un groupe donné, il est tout de même possible de constater que les catégories de symptômes de l'ÉSPT (revivre l'événement traumatique, évitement des stimuli lui étant associés, émoussement de la réactivité générale et activation neuro-végétative) apparaissent de façon répétitive d'une culture à l'autre. En effet, une étude réalisée par Sack, Seeley et Clarke (1997), a conclu que la présence de ces catégories de symptômes de l'ÉSPT chez des réfugiés adolescents khmers concordait avec les conclusions d'études précédentes, réalisées auprès d'adultes traumatisés d'origine afro-américaine et caucasienne. Une autre étude confirme la présence de ces grands groupes de symptômes de l'ÉSPT chez des réfugiés d'origine vietnamienne, à la différence que la manière de

manifester ces symptômes, l'état dépressif par exemple, était plus spécifique au groupe culturel (Fawzi, et al., 1997). Bien que le diagnostic d'ÉSPT ait été validé pour des populations non-occidentales, il semble que l'homogénéité des manifestations des symptômes d'une culture à l'autre soit à remettre en question. Aussi, l'existence de l'ÉSPT dans plusieurs cadres culturels semble se confirmer quoique l'interprétation de celui-ci puisse diverger d'un groupe culturel à l'autre. Notamment, le mécanisme de défense qu'est la dissociation, se manifeste par des comportements qui peuvent être perçus comme déviants dans une culture alors que dans l'autre, ils sont la preuve d'une force intérieure (Parson, 1996). Ainsi, les symptômes peuvent être interprétés différemment selon le contexte culturel.

Comme il a été démontré ci-dessus, la conception du trauma est le reflet de la culture et de ses institutions. En ce qui a trait à l'ÉSPT, Allan Young (1995) soutient ce qui suit :

The disorder is not timeless, nor does it possess an intrinsic unity. Rather, it is glued together by the practices, technologies, and narratives with which it is diagnosed, studied, treated, and represented and by the various interests, institutions, and moral arguments that mobilized these efforts and resources. (p.5)

La façon de vivre une expérience traumatique dépendra donc du milieu dans lequel a évolué l'individu et dans lequel il se trouve présentement. Autant les institutions scolaires que religieuses, par exemple, peuvent avoir influencé la manière dont l'expérience d'un trauma sera perçue et comprise. Les guerres ayant généralement lieu dans des pays non-occidentaux, il importe ainsi de s'attarder à la signification potentielle que pourraient avoir le trauma et l'ÉSPT dans d'autres cultures. En effet, les violences subies et

commises par l'enfant-soldat ont des répercussions sur l'ensemble de la communauté et occasionnent souvent une blessure sociale (Beneduce, et al., 2006). D'où l'importance de bien saisir comment l'expérience d'un trauma est vécue et comprise par la population locale. De plus, certains auteurs (Arrington & Wilson, 2000) insistent sur l'influence que peuvent avoir d'autres paramètres, tel le statut socioéconomique, sur les expériences que vit un enfant et comment celles-ci vont ensuite affecter son développement. Puisque ces éléments agissent sur la façon dont ce dernier aborde le monde au cours de sa trajectoire de développement, il est possible que ces facteurs transforment également l'expérience du trauma.

Il peut parfois être difficile, en tant que personne extérieure à un groupe culturel donné, de bien saisir toutes les nuances d'un phénomène se rapprochant de l'ÉSPT, comme le *cen*. Afin de veiller à ne pas imposer une conception erronée de l'ÉSPT, il est crucial de faire appel à des interprètes locaux, des guérisseurs par exemple, qui possèdent les connaissances nécessaires à l'utilisation de concepts culturellement pertinents et qui pourront fournir des explications concernant l'ÉSPT compréhensibles pour tous (Beneduce, et al., 2006). Pour s'assurer qu'un traitement approprié soit offert à un enfant-soldat traumatisé, il faut donc comprendre les significations de ce qui est nommé ici « ÉSPT », au sein de la culture d'appartenance de celui-ci et non selon des standards occidentaux. Pour ce faire, il est important d'adhérer à certains principes thérapeutiques, qui seront présentés au troisième chapitre. Cependant, il n'y a pas que la dimension culturelle dont il faut tenir compte pour bien saisir l'expérience d'un trauma d'un individu. L'ÉSPT chez l'enfant sera différent de celui de l'adulte, ce qui fera l'objet de la prochaine section.

### *Reconnaître l'état de stress post-traumatique chez l'enfant*

D'autres controverses existent entourant la validité du diagnostic d'état de stress post-traumatique (ÉSPT). L'une d'entre elles concerne son attribution aux enfants. À ce sujet, le premier argument qui sera évoqué dans cette section, est que le diagnostic d'ÉSPT ne représente généralement pas l'expérience que vit un enfant suite à l'exposition à un événement traumatique. Le trauma de l'enfant présente en fait des spécificités et aura un impact particulier sur son développement, ce qui sera également abordé. Comme l'état de stress post-traumatique chez l'enfant se manifeste de façon distincte, il peut être plus difficile d'identifier l'ÉSPT chez un jeune sujet. Cette section se terminera par une brève discussion de la validité des instruments diagnostiques d'ÉSPT utilisés auprès des enfants.

Un des premiers arguments défavorables à l'attribution du diagnostic d'ÉSPT chez un enfant, est que l'ÉSPT est un concept qui a été créé à partir d'expériences vécues par des adultes. En effet, le diagnostic d'ÉSPT a été adopté par l'*Association Américaine de Psychiatrie* (APA) en 1980, suivant le retour des soldats de la guerre du Vietnam (Honwana, 1998; Summerfield, 2001; Young, 1995). Il a donc été défini à partir de la réalité d'adultes ayant participé à la guerre. À partir de cette constatation, il est possible de s'interroger quant à la validité de ce diagnostic chez les enfants. Selon van der Kolk (2008), le diagnostic d'ÉSPT ne tiendrait pas compte du niveau de développement de l'enfant et négligerait l'importance de l'impact d'un événement traumatisant sur l'enfant en pleine croissance. Cependant, même si l'enfant peut n'avoir aucun souvenir du trauma, les impacts de celui-ci peuvent se manifester de manière répétitive à travers son jeu. Cette réaction au trauma peut être si fréquente qu'il est possible que cela se transforme ensuite

en trait de personnalité (Terr, 1991). La répétition du trauma à travers le jeu semble en quelque sorte définir le comportement qu'adoptera l'enfant avec son environnement. En outre, certains auteurs affirment même que les mécanismes assurant le maintien de l'équilibre comportemental, cognitif et émotionnel seront modifiés suite à un événement traumatique, en raison d'une altération dans le fonctionnement du cerveau de l'enfant (Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995). Les répercussions d'une expérience traumatisante sur le développement de l'enfant étant bien différentes des effets d'un trauma chez un adulte, il importe de bien identifier les symptômes propres au trauma de l'enfant.

Bien que l'attribution du diagnostic d'ÉSPT tel que défini par le *DSM-IV-TR*: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (American Psychiatric Association, 2004) semble soulever certaines interrogations, l'existence de l'ÉSPT chez les enfants est quant à elle généralement acceptée. Effectivement, comme Stover et Berkowitz (2005) le soulignent, certains auteurs (Gaensbauer, 1994; Scheeringa, Peebles, Cook, & Zeanah, 2001; Scheeringa & Zeanah, 2003; Terr, 1988) ont conclu que les symptômes de l'ÉSPT existent bel et bien chez les enfants, quoique ceux-ci manifestent des réactions traumatiques distinctes. En effet, contrairement aux adultes, les enfants ayant vécu un événement traumatisant sont rarement envahis par des images traumatiques soudaines et récurrentes. Selon Terr (1991), il existerait en fait quatre éléments communs à la plupart des traumas de l'enfance : la présence de représentations visuelles de souvenirs intenses, l'existence de comportements répétitifs, des peurs reliées au trauma, ainsi qu'un changement d'attitude envers les gens, la vie et le futur. Selon l'avis d'autres auteurs (Al-Mashat, Amundson, Buchanan, & Westwood, 2006), les réactions types de

l'enfant suivant un trauma pourraient plutôt se classer en trois catégories : les perceptions faussées et les distorsions temporelles, le déni et l'engourdissement psychique puis finalement, le retrait et la distanciation par rapport à un groupe. Bien que les catégories de symptômes puissent différer d'un auteur à l'autre, il apparaît que les enfants ne semblent pas répondre aux expériences traumatiques de la même manière que les adultes. Il importe donc de ne pas se fier uniquement aux critères décrits dans le *DSM-IV* (American Psychiatric Association [APA], 2000) pour établir ou discréditer un diagnostic d'ÉSPT chez un enfant.

L'enfant ne réagissant pas de la même manière qu'un adulte à un événement à potentiel traumatisant, il est parfois difficile de reconnaître l'ÉSPT chez l'enfant, surtout lorsque les symptômes se manifestent sous des formes qui ne sont pas familières à l'adulte. Le jeune peut donc être profondément affecté après avoir vécu un événement traumatisant sans qu'il en soit tout à fait conscient. En effet, plus un enfant est jeune, plus il aura de difficulté à comprendre comment un événement potentiellement traumatisant peut être lié à ses émotions (Stover & Berkowitz, 2005). L'enfant ne possédant ni le langage ni la maturité émotionnelle pour communiquer verbalement ce qu'il vit, l'utilisation d'outils diagnostiques reposant exclusivement sur la parole est donc à remettre en question. En effet, il est possible d'émettre certains doutes entourant l'utilisation d'un questionnaire d'évaluation de l'ÉSPT standard auprès d'un enfant. Bien que certains instruments existent pour diagnostiquer l'ÉSPT chez les enfants, le fait qu'ils consistent principalement en des entrevues structurées les rend inadaptés à l'utilisation auprès d'une jeune clientèle (Ahmad, Sundelin-Wahlsten, Sofi, Qahar, & von Knorring, 2000). En réalité, il peut être difficile pour un jeune enfant d'utiliser le langage verbal

afin de décrire son expérience émotionnelle. En raison de leur manque de flexibilité, ces outils arrivent donc rarement à pénétrer le monde intérieur du jeune individu. Or, puisque des bambins aussi jeunes que deux ans ont la capacité de représenter mentalement des événements et de les mettre en scène par le jeu, il est donc à penser qu'une évaluation de l'ÉSPT chez un enfant doit forcément inclure une part de jeu (Stover & Berkowitz, 2005). En se servant d'un mode d'évaluation plus ludique, il devient dès lors possible d'accéder à des informations vitales concernant l'état émotionnel de l'enfant, ce qui peut faciliter le diagnostic et le traitement de l'ÉSPT, s'il y a lieu. Lorsque le trauma a été vécu de façon prolongée, comme cela est souvent le cas pour les traumas de guerre, un outil de diagnostic flexible et adapté aux besoins de l'enfant s'avère donc essentiel.

#### *Trauma de guerre*

Les conflits armés, en raison de leur durée indéterminée et relativement longue, provoquent des réactions traumatiques spécifiques. À ce sujet, Parson (1996) offre une définition de l'ÉSPT qui est adaptée aux situations de violence organisée. La *War-Zone Traumatic Stress Response* constitue en fait une réponse cumulative de stress chronique en situation de conflits armés, qui tient compte tant des modifications dans le fonctionnement cognitif, émotionnel, moral, comportemental et psychologique que des dynamiques culturelles et des réponses existentielles engendrées par la guerre. Dans un premier temps, il est important de spécifier que la persistance et la multitude d'éléments à potentiel traumatique semblent affecter le niveau d'ÉSPT plus que des circonstances uniques. Chez l'enfant, par exemple, celui-ci a la possibilité de récupérer après un événement traumatisant isolé, et son environnement de support risque d'être moins altéré par ce qui est survenu que lors d'un trauma de guerre continu. En outre, les causes

quotidiennes de stress entraînées par la guerre que sont les conflits familiaux, l'isolation sociale, les soucis concernant le logement, la santé et la situation financière précaire, peuvent affecter davantage l'individu que les expériences traumatisantes directement liées à la violence (Abu Sway, Nashashibi, Salah, & Shweiki, 2005; Miller, Omidian, Rasmussen, Yaqubi, & Daudzai, 2008). Bien que l'expérience de ce type d'inquiétude ou d'incidents quotidiens ne constitue pas en soi un facteur de développement de l'ÉSPT, l'accumulation de ceux-ci semble tout de même engendrer des réponses similaires à l'ÉSPT. Comme le soulignent Miller et ses collègues (2008), il est donc important d'élargir la conception de l'ÉSPT pour faire en sorte que les effets du stress quotidien continu sur la santé mentale soient pris en compte.

Dans un deuxième temps, il est aussi essentiel d'aborder l'impact qu'a un trauma de guerre chez l'enfant, puisque les effets qu'aura celui-ci seront différents de ceux engendrés chez l'adulte. L'enfant qui vit un trauma est en plein développement cognitif, physique, émotionnel et social, ce qui affectera l'expérience qu'il aura d'un événement traumatisant. Ce même enfant vit en effet des problématiques de séparation, d'individuation et de définition de soi qui seront exacerbées par l'effritement du système familial dans lequel il évolue (Shaw, 2003). Lorsque son système familial est ébranlé par la guerre, c'est aussi son développement qui est affecté. D'ailleurs, la guerre change habituellement la structure de la famille et le rôle de ses membres (Baker, 2006; Betancourt & Khan, 2008). Effectivement, les parents sont souvent impliqués dans le conflit armé, laissant ainsi les enfants seuls à la maison. Face à une telle situation, l'enfant se voit donc dans l'obligation d'assumer un rôle d'adulte, notamment en prenant soin de ses frères et sœurs, en s'occupant de l'achat des vivres et de la préparation des

repas, inversant ainsi les rôles à l'intérieur du système familial. Cela a un impact sur la confiance fondamentale entre parents et enfants, puisque c'est maintenant l'enfant qui doit fournir protection et argent à la famille (Dickson-Gómez, 2002). L'effritement du tissu social semble en fait rendre l'enfant vulnérable au trauma.

L'exposition prolongée au trauma peut également modifier la personnalité de l'enfant, ses comportements et ses perceptions du monde (Dickson-Gómez, 2002; Seligman, 1995). Ainsi, les enfants traumatisés peuvent se sentir impuissants, confus, honteux et peuvent avoir peur de faire confiance à leur environnement (Malchiodi, 2008a). Par exemple, en temps de guerre, la violence devient en quelque sorte autorisée par l'armée. Un individu donné peut ainsi être à la fois victime et agresseur, ce qui crée une situation de confusion intense pour un enfant qui ne sait plus en qui il peut avoir confiance et vers qui il peut se tourner s'il a besoin d'aide (James & Johnson, 1996). D'ailleurs, lorsque les adultes sont eux-mêmes en détresse psychologique en raison de la guerre, ils sont généralement incapables de soutenir émotionnellement leur enfant (Al-Mashat, et al., 2006; Betancourt & Khan, 2008). L'enfant perd donc ses repères et le support qui pourrait lui être favorable et le protéger lors d'une situation de violence organisée. Un autre effet réside dans l'absence de rêves ou d'espoir face à leur futur (Al-Mashat, et al., 2006; Terr, 1991). Encore une fois, ce n'est pas le conflit armé qui semble directement avoir des effets traumatisants, mais bien le stress occasionné par la désorganisation sociale et familiale.

#### *L'expérience traumatique chez l'enfant-soldat*

Le trauma vécu par l'enfant-soldat ressemble beaucoup à celui d'un enfant vivant un conflit armé. Cependant, une étude comparant la santé mentale d'enfants-soldats

népalais démobilisés à celle d'enfants n'ayant jamais participé au combat au Népal, indique que les enfants qui avaient été conscrits démontraient davantage de signes de dépression et d'ÉSPT que les enfants non enrôlés et ce, pour une exposition au trauma équivalente (Kohrt, et al., 2008). Le trauma de l'enfant-soldat semble donc avoir ses spécificités propres, lesquelles seront étudiées dans la présente section. En premier lieu, le texte présentera comment la présence d'un lien familial fort peut absorber les effets dévastateurs de l'enrôlement d'un enfant et faciliter sa réinsertion au sein de la communauté. En revanche, l'absence de support familial amplifie l'impact qu'a l'expérience de soldat sur l'enfant. En deuxième lieu, il sera question des conséquences de l'enrôlement sur le sens moral de l'enfant, l'expression de ses émotions et sur la conception de sa propre identité. Enfin, l'impact de la nouvelle identité de soldat sur la réinsertion de l'enfant sera brièvement abordé.

Comme il a été mentionné précédemment, la famille et la communauté peuvent filtrer les impacts de la guerre sur la santé mentale de l'enfant. Celles-ci semblent même jouer un rôle important dans la réinsertion des enfants-soldats démobilisés. En effet, dans une étude menée par Annan et Blattman (cités dans Betancourt & Khan, 2008) auprès de 741 enfants-soldats démobilisés du nord de l'Ouganda, les jeunes qui affirmaient avoir eu un lien fort avec leur famille et un bon réseau de support social avant leur enrôlement, étaient moins portés à manifester des signes de détresse émotionnelle et de dysfonctionnement social au moment de leur réinsertion. L'effet protecteur du tissu familial et social semble ainsi se prolonger au-delà de l'enrôlement et affecter le niveau de trauma de l'enfant-soldat.

Toutefois, lorsque le filet de protection entourant l'enfant ne tient plus, ce dernier se voit confronté encore plus directement à la violence organisée. Ce sera tout d'abord son sens moral qui en sera affecté. Effectivement, quand les éléments de support importants disparaissent, les effets de la guerre sur l'enfant sont plus dévastateurs (Santacruz & Arana, 2002) et en s'enrôlant, celui-ci devient en quelque sorte assimilé à une culture de violence (Denov & Maclure, 2006). Pour ainsi dire, l'accès brutal à cette dernière peut affecter le sens moral de l'enfant-soldat. En réalité, à l'intérieur des groupes armés, la violence est ritualisée à un point tel que la responsabilité individuelle pour les actes commis est réduite au plus bas niveau (Beneduce, et al., 2006). L'enfant-soldat perd alors tous les repères qui lui sont nécessaires pour discerner le bien du mal. Son sens moral est en effet endommagé par l'utilisation excessive et répétitive de la violence (Shaw, 2003) et le développement de celui-ci s'en trouve grandement affaibli (Mendelsohn & Straker, 1998). L'état de confusion qui découle du chaos de la guerre entrave ainsi le bon jugement de l'enfant-soldat. En raison de son jeune âge, il est possible que celui-ci s'identifie éventuellement aux leaders du groupe armé. Ainsi, en assimilant une culture de violence, il est plus difficile pour lui de ressentir ce que l'autre ressent. Ce faisant, c'est sa capacité d'empathie envers les autres qui est touchée (Troyer, 2005). Or, il faut aussi tenir compte de la nécessité de survie de l'enfant-soldat. La détérioration du sens moral de ce dernier pourrait bien représenter une façon de survivre au trauma.

Alors que l'enfant-soldat vit des circonstances exceptionnelles et néfastes qui remettent en cause son sens moral, ce sera ensuite le fonctionnement émotif sain de celui-ci qui sera ébranlé. En effet, à l'intérieur des groupes armés, l'enfant-soldat doit souvent

adopter une attitude endurcie, où il n'exprime pas ouvertement ses émotions, ce qui lui permet de survivre dans un tel contexte (Al-Mashat, et al., 2006), et qui l'empêche aussi d'être identifié comme subversif (Dickson-Gómez, 2002). Par exemple, la loyauté d'un enfant à un groupe armé pourrait être remise en question s'il montrait sa peur de tuer quelqu'un ou s'il éprouvait du remord à la suite du meurtre. Par ailleurs, celui-ci ne mentionne généralement pas ce qu'il éprouve face à son enrôlement, craignant d'être perçu comme instable mentalement et d'en subir les conséquences (Anaya, 2007). En de telles circonstances, l'enfant se retrouve généralement seul face aux problèmes qu'il vit. Les sentiments d'humiliation, de rancœur, de honte et de responsabilité qu'il peut éprouver ne peuvent être exprimés (Al-Mashat, et al., 2006). N'ayant pas d'espace d'expression pour ces sentiments intenses, c'est parfois la participation même à la guerre qui devient l'exutoire. En effet, la répression d'émotions peut occasionner un défoulement à travers le combat. Toute la rage que peut réprimer un enfant-soldat de crainte d'être puni pour rébellion, s'exprime alors dans des actes destructifs.

Une autre conséquence que peut avoir le nouveau rôle de soldat chez l'enfant est d'engendrer une crise d'identité. Effectivement, celui-ci devient soldat et intègre les rangs à l'instar de ceux qui ont tué ses parents et contre qui il voulait à prime abord se venger (Dickson-Gómez, 2002). Il fait maintenant partie d'un groupe de personnes qui agissent exactement comme ceux qu'il haïssait pour les actes commis envers sa famille et sa communauté. Afin de survivre, il doit s'adapter à ce nouveau rôle de soldat qu'il détestait et adopter cette autre identité qu'il hait. Il importe donc de considérer l'impact que cette nouvelle identité aura lorsque l'enfant-soldat sera démobilisé. En effet, le réajustement à la vie civile est souvent difficile en raison de la difficulté qu'éprouve l'enfant à redéfinir

son identité et son individualité après la vie de combat (Troyer, 2005). La hiérarchie existant dans les groupes armés fait en sorte que l'enfant est soit un simple soldat sans statut particulier pour qui la démobilisation demandera de se redéfinir en tant qu'individu, soit un officier pour qui le retour à la vie civile occasionnera une perte de statut (Anaya, 2007). Dans un cas comme dans l'autre, l'enfant-soldat devra reconstruire qui il est, ce qui s'ajoute aux effets traumatiques de son expérience d'enfant-soldat. Un bon programme de réinsertion sociale devra alors tenir compte de cette réalité en plus de considérer les différents éléments constituant le milieu socioculturel de l'enfant-soldat.

### Chapitre 3 - L'intervention thérapeutique en milieu transculturel

Par définition, un programme d'intervention thérapeutique concerne « l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir, à traiter les maladies » (Rey-Debove & Rey, 2007, p. 2549). En milieu transculturel, ces actions et pratiques sont en fait régies par plusieurs systèmes d'interprétation qui se rencontrent. Autrement dit, autant le thérapeute, le client que l'institution où se déroulera le traitement, possèdent leur bagage culturel propre et leur compréhension des principes thérapeutiques. Au cours d'une thérapie en contexte de transculturalité, ces préconceptions influencées par la culture et provenant des différents acteurs en jeu, c'est-à-dire le thérapeute, le client et l'institution, se rencontreront pour former une nouvelle conception métissée de la thérapie. Or, à l'instar de l'ÉSPT qui peut porter différents noms et être compris de différente façon selon la région du monde, le concept de thérapie est également sujet aux mêmes transformations. Cette section vise donc en premier lieu à remettre en question le concept de « thérapie », tel qu'il est pensé en Occident, puis en deuxième lieu, à approfondir les connaissances du rôle joué par la culture dans la compréhension de l'expérience du trauma et de l'ÉSPT.

Les éléments à considérer lorsqu'un programme d'intervention art-thérapeutique est proposé en milieu transculturel seront définis en dernier lieu.

### *Culture et espace thérapeutique*

Dans plusieurs pays du monde, les troubles mentaux sont expliqués différemment de l'approche généralement adoptée en Occident, comme cela a été exemplifié au début du deuxième chapitre. Aussi, dans certains pays africains, la guérison de ces troubles sera abordée de manière différente de celle adoptée au Canada, par exemple. Dans cette section, certaines questions relatives à la place de l'intervention thérapeutique dans les pays en guerre seront d'abord débattues. Le concept de « thérapie » existe-t-il dans ces régions du monde et si oui, de quelles façons se manifeste-t-il? De plus, est-ce possible d'offrir des services thérapeutiques dans un pays en guerre et si oui, de quelle manière? Toutes ces questions se rapportent aux perceptions de la santé mentale et de ce que constitue un « bon fonctionnement » dans un groupe culturel donné. Ces problématiques étant nécessaires à la compréhension des implications de l'intervention thérapeutique en milieu transculturel, elles seront par la suite abordées dans la présente section.

Le concept de « thérapie » tel qu'il est compris dans les pays occidentaux va généralement différer de la compréhension de cette même notion dans certains pays africains, par exemple. En effet, l'assistance psychologique, telle que conçue en Occident est généralement associée à l'expression verbale des émotions (van der Veer, Somasundaram, & Damian, 2003). De plus, le type de psychothérapie qui est pratiqué en Occident réfère habituellement à une personne qui consulte un thérapeute de façon individuelle (Bracken, Giller, & Summerfield, 1995). Dans ces conditions, est-ce que le concept occidental de « thérapie » peut s'appliquer dans des cultures qualifiées de

collectivistes, qui ne valorisent pas l'expression ouverte des émotions, comme c'est notamment le cas dans certains pays africains? À ce sujet, Nordanger (2007) affirme qu'en Éthiopie, il est généralement conseillé aux personnes endeuillées d'oublier leur chagrin (*aytihezen*) et d'arrêter de pleurer (*hideg hideg aytibke*), pratique qui entre ainsi en conflit avec l'approche occidentale. Pourtant, il semblerait que malgré la conception différente de l'intervention thérapeutique, la thérapie existerait, mais dans une forme différente. Ainsi, une personne interviewée par Honwana (1998) affirme ce qui suit, à propos de l'existence de la thérapie pour les enfants-soldats en Angola :

All young soldiers have to go through the *mwanza* treatment [rituel de séclusion] according to our tradition. In the *mwanza* he does not talk to anyone apart from the *kimbanda* [guérisseur] who is treating him. The *kimbanda* prepares his food and talks to him about what happened during the war ... this is our kind of therapy. (p.38)

Selon les dires de cette personne, le rôle des guérisseurs en Angola pourrait donc s'apparenter à celui des thérapeutes dans les pays occidentaux. Une autre approche thérapeutique présente au Mozambique, *khufemba*, implique quant à elle que le guérisseur agisse à titre de médium entre l'enfant-soldat et les esprits des personnes qu'il a tuées, afin que ces dernières puissent le conseiller sur les façons dont l'enfant pourrait réparer ses torts et ce, dans le but d'être réintégré à la communauté (Castelo-Branco, 1997). Bien que l'approche soit différente de celle adoptée en Occident, l'impact de ce type de traitement semble être similaire, soit la réinsertion éventuelle des enfants-soldats dans leur communauté. En fait, les méthodes traditionnelles de guérison africaines impliquent une approche holistique du traitement de l'enfant-soldat, qui comprend les

dimensions physiques, sociales et spirituelles du malaise (Honwana, 1998). Puisque la communauté constitue un élément clé de la thérapie en contexte culturel africain, les interventions art-thérapeutiques proposées aux enfants-soldats lors d'un programme de réinsertion sociale devront en tenir compte; il en sera question au cinquième chapitre.

Dans le paragraphe précédent, il a été démontré que l'intervention thérapeutique existe bel et bien à l'intérieur de certaines cultures non-occidentales. Toutefois, il importe également de s'interroger sur la capacité d'intervention thérapeutique en temps de guerre. Il est effectivement fréquent qu'un climat de peur et de méfiance face à autrui se soit installé au sein d'une société en guerre (Tribe & Family Rehabilitation Centre staff, 2004). Aussi, la capacité d'un individu de faire confiance tant à un guérisseur de sa communauté qu'à un thérapeute provenant d'un pays occidental, en sera possiblement affectée, ce qui réduit la possibilité qu'un travail thérapeutique puisse s'effectuer en contexte de conflit armé. De plus, les guérisseurs traditionnels peuvent être eux-mêmes traumatisés suite à l'exposition à un conflit armé. Leurs capacités à soutenir et à guérir les membres de leur communauté peuvent alors être amoindries, voire inexistantes (van der Veer, et al., 2003). Dans ce cas, l'intervention thérapeutique offerte par une personne extérieure à la communauté, non traumatisée par les événements, pourrait être envisageable. Néanmoins, en temps de guerre, alors que les besoins primaires d'être nourri, logé et en sécurité ne peuvent eux-mêmes être satisfaits, il apparaît que la présence d'une volonté de s'accomplir ou de croître sur le plan personnel suite à un trauma, par la poursuite d'une thérapie par exemple, est à remettre en question (Abu Sway, et al., 2005; Bemak & Ching, 2008). Aussi, même le soutien psychologique apporté par une personne extérieure n'aura pas les effets escomptés si un seuil minimum

de bien-être ne peut être atteint. Le succès d'un travail thérapeutique en contexte de conflit armé ne semble donc pas être assuré.

Bien qu'un programme thérapeutique occidental puisse avoir un impact sur la santé mentale d'un individu traumatisé appartenant à une culture différente, il reste que le trauma doit tout de même être envisagé et compris selon son contexte sociopolitique (Dyregrov, Gupta, Gjestad, & Raundalen, 2002), d'autant lorsqu'il s'agit d'une situation de conflit armé (Fernando, 2004). Les interventions thérapeutiques doivent donc être adaptées tant à la culture de la communauté d'accueil qu'au contexte de violence qui y prévaut. Comme il a été mentionné au premier chapitre, un pays en proie à la violence organisée a accès à beaucoup moins de ressources qu'en temps de paix. Un programme d'intervention thérapeutique visant l'atténuation de l'ÉSPT doit donc tenir compte de cette limite. À ce sujet, Parson (1996) propose un type de traitement qu'il nomme *traumatherapy* (traumathérapie) et qui comporte trois phases : connaître la vraie nature des problèmes de l'enfant, employer des symboles culturels pertinents qui ne requièrent pas l'expression verbale et directe du trauma lors d'activités de groupe, et se concentrer sur les besoins de l'enfant dans son contexte collectif culturel. Ce faisant, toutes les ressources culturellement pertinentes et disponibles sont mobilisées afin d'offrir un traitement adapté à la réalité de l'enfant. Une intervention axée sur les pratiques traditionnelles sera ainsi beaucoup plus respectueuse des conceptions culturelles du milieu d'intervention et du fait même, deviendra beaucoup plus significative pour un individu que des traitements importés de l'Occident et appliqués sans égard au contexte (Betancourt & Khan, 2008). Il est donc important qu'une thérapie en milieu transculturel inclût autant que possible des éléments issus du contexte socioculturel du client. Un des

moyens d'intégrer de façon adéquate ces composantes culturelles, est d'avoir recours à un interprète. En effet, ce dernier fait plus que traduire mot pour mot ce qui est dit à l'intérieur de l'espace thérapeutique. Il interprète également le contexte culturel et peut fournir des exemples pertinents concernant la dichotomie entre le corps et l'esprit, par exemple, ou la notion de soi, les structures familiales et la perception du traitement (Tribe & Morrissey, 2004). Cet interprète pourrait aussi fournir des informations importantes au sujet de la compréhension de l'art-thérapie. En effet, cette discipline fait face à des défis qui lui sont propres lorsque exercée en milieu transculturel; ceux-ci seront abordés dans la prochaine section du présent chapitre.

Tel que mentionné précédemment, la culture peut affecter l'expérience du traumatisme et de l'ÉSPT chez un individu. Plus précisément, l'ethnicité, le degré d'acculturation, le lieu, la régionalisation, la famille et les amis, le statut socioéconomique, le genre, le niveau du développement ainsi que l'affiliation religieuse sont autant de facteurs qui peuvent influencer la façon dont l'enfant vivra une expérience potentiellement traumatisante (Malchiodi, 2008b). De la même manière, ces dimensions peuvent aussi influencer la conception de ce qu'est un « bon » fonctionnement social. En effet, la présence de certains symptômes peut mener au diagnostic d'ÉSPT, mais ceux-ci n'affectent pas nécessairement le fonctionnement normal de l'enfant (van der Veer, et al., 2003). En ce sens, ce qui est considéré comme étant potentiellement nuisible et aliénant pour le bon fonctionnement d'un individu peut être envisagé de façon différente selon la culture d'origine. Par exemple, à l'intérieur d'un système de vie collectiviste, un mauvais fonctionnement social risque généralement d'entraîner plus de désagréments que dans une culture qui valorise l'autonomie et l'individualité (Fernando, 2004). La perception de

ce qui est considéré comme étant malsain change donc d'un milieu à l'autre. Ainsi, en Afghanistan, des difficultés dans le fonctionnement social d'une personne attireront beaucoup plus l'attention de son entourage que des symptômes de l'ÉSPT qui ne l'empêche pas de fonctionner normalement (Miller, et al., 2009). Dans ce contexte, un thérapeute imprudent peut prendre pour acquis que le désarroi émotionnel cause beaucoup plus de tort à son client que ses difficultés à interagir socialement, alors qu'en réalité, c'est le contraire. Il est donc crucial de prendre garde à ce qu'une compréhension inappropriée du trauma, c'est-à-dire une interprétation qui ne tienne pas compte des paramètres sociaux et politiques, ne soit pas imposée au client (Dyregrov, et al., 2002). Le thérapeute doit être extrêmement prudent et ne rien prendre pour acquis lorsqu'il travaille en milieu transculturel.

À l'instar des différences culturelles relatives à la conception de ce qui définit un fonctionnement ou un comportement malsain, il existe également des divergences entre les cultures en ce qui a trait à la perception de la santé mentale et à l'importance accordée à celle-ci. Effectivement, dans certains milieux culturels, l'existence de troubles mentaux constitue un tabou et ceux-ci sont associés à une certaine stigmatisation de l'individu affecté (Fernando, 2004). Celui-ci est alors mis à l'écart de la communauté qui, souvent, explique ce rejet par une condition d'impureté de la personne. Ceci est notamment le cas du *noro*, lequel définit une contamination spirituelle des filles-soldats du Sierra Leone qui affecte leurs relations avec leur famille et leur communauté (Stark, 2006), et du *cen* précédemment mentionné. Ce faisant, les populations locales semblent expliquer le dysfonctionnement social d'un individu par son état de « souillure » et non par la présence d'un trouble sur le plan psychologique. Plutôt que d'aborder la santé mentale et

son traitement selon une conception occidentalisée, il devient beaucoup plus efficace de tenir compte des croyances et des pratiques culturelles d'un individu. Cette façon de faire n'exclut pas les interventions art-thérapeutiques, mais il reste que l'art-thérapie en contexte de transculturalité fera face à des problématiques spécifiques, dont il sera question à la section suivante.

### *Défis spécifiques à l'art-thérapie en milieu transculturel*

L'art-thérapie est une discipline qui réunit deux champs de compétence : l'art et la thérapie. Il est donc nécessaire de s'attarder aux présuppositions rattachées autant à l'art, à la thérapie, qu'à l'art-thérapie. Dans la section précédente, les concepts de « thérapie », de « bon fonctionnement » et de « santé mentale » ont été explorés. Conséquemment, l'accent sera mis sur la compréhension de l'art et de l'art-thérapie dans les pages qui suivent. Alors que dans un premier temps, les idées préconçues inhérentes à l'art-thérapie seront considérées relativement à leur origine socioculturelle, ce sera plutôt un questionnement sur le potentiel thérapeutique universel de l'expression artistique qui sera présenté dans un deuxième temps.

L'art-thérapie est parfois considérée comme une approche thérapeutique universelle, le langage verbal n'étant pas indispensable à cette forme de thérapie. En effet, la signification que prennent les mots dans un cadre thérapeutique transculturel et multilinguistique va être affectée par tous les langages présents, qu'ils soient régionaux, professionnels ou communs à tous les acteurs en jeu (Pavlicevic, 2005). L'utilisation du langage verbal n'étant pas requise au travail art-thérapeutique, il serait facile de penser que l'art-thérapie, à cause de la centralité de l'expression artistique, serait au-delà de toute influence socioculturelle. En réalité, il peut parfois être plus difficile pour un art-

thérapeute d'entrevoir l'influence qu'a la culture sur l'art-thérapie, quand il fait lui-même partie de la culture dominante à l'origine de cette discipline. À ce propos, Sue et Sue (2007) proposent que « since people are all products of cultural conditioning, their values and beliefs (worldviews) represent an *invisible veil* that operates outside the level of conscious awareness. As a result, people assume universality » (p. 72). Loin d'être une approche comprise par tous et commune à toute société, la conception de l'art-thérapie, comme toute forme de thérapie, est donc liée à l'expérience socioculturelle d'une personne.

Quoique l'expression artistique puisse être un mode de communication qui contourne le langage verbal (Malchiodi, 2008b) et transcende les cultures par sa présence dans pratiquement toutes les sociétés (Henderson & Gladding, 1998), il se trouve que l'art-thérapie est délimitée par des référents culturels. Effectivement, cette discipline découle d'une multitude de valeurs et de constructions culturelles émanant de la pensée occidentale (Hocoy, 2002, 2005; Talwar, Iyer, & Doby-Copeland, 2004). En fait, la manière de catégoriser un phénomène ou une expérience est propre à chaque culture. Ainsi, l'art-thérapie ne peut pas être universelle. Au cours de leur relation, autant le client que le thérapeute introduira dans l'espace thérapeutique ses propres valeurs et ses croyances qui sont issues de son propre bagage culturel (Coseo, 1997). Cela peut, entre autres, affecter la manière dont la créativité sera exprimée. En effet, il existe des variations entre différentes cultures et à l'intérieur d'une culture donnée, en ce qui concerne l'expression créative (Henderson & Gladding, 1998). Ainsi, chaque personne s'exprimera de manière unique selon sa culture d'origine, mais aussi selon son vécu. Aussi, la perception de l'art diffèrera-t-elle d'un individu à l'autre.

De plus, l'idée que l'art puisse être thérapeutique et surtout, les moyens par lesquels il parvient à l'être, ne doivent pas être pris pour acquis. Encore une fois, les croyances concernant la guérison émanent directement du bagage socioculturel d'une personne (Dosamantes-Beaudry, 1997). À partir de ce constat, il est possible de postuler que le fait de croire aux effets thérapeutiques de l'art sera également influencé par la culture. Notamment, ce ne sont pas tous les groupes culturels qui vont considérer l'art comme une projection du monde intérieur d'une personne (Doby-Copeland, 2006). Ce principe étant à la base de la conception occidentale de l'art-thérapie, il est possible qu'une personne d'un groupe culturel différent ne puisse pas saisir la portée des principes fondateurs de l'art-thérapie. Ainsi, des barrières culturelles, comme celles précédemment mentionnées, peuvent gêner la relation thérapeutique (Talwar, et al., 2004).

Une autre manière dont les valeurs et les constructions culturelles peuvent influencer le déroulement du travail art-thérapeutique, réside dans l'interprétation des symboles. Il est sans doute possible que certains symboles ou archétypes soient interprétés de façon presque uniforme d'une société à l'autre. En revanche, il ne faut pas prendre pour acquis que l'interprétation de tous les symboles soit universelle (Bradt, 1997). Il se trouve que la culture joue un rôle dans l'utilisation et l'interprétation des symboles (Dosamantes-Beaudry, 1997), des couleurs, de l'organisation de l'espace et de la représentation des personnages (Doby-Copeland, 2006). En effet, un même symbole peut avoir une tout autre signification lorsqu'il est considéré en dehors de son contexte d'origine, ce qui est vrai pour le symbole du serpent, par exemple. Chez la communauté Xhosa de l'Afrique du sud, ainsi que pour les communautés chrétiennes, le serpent est généralement associé au mal. Pourtant, dans la société japonaise, un serpent de couleur

blanche, représenté à l'intérieur de la maison, est plutôt un symbole de protection (Bradt, 1997). Un autre exemple est celui de la couleur blanche qui symbolise la pureté et l'innocence dans plusieurs sociétés occidentales, mais qui en Inde, fait plutôt référence à la mort (Acton, 2001). L'art-thérapeute qui n'est pas conscient de ces différences court le risque de mal interpréter l'expérience symbolique de son client et ainsi de lui causer du tort.

L'utilisation de l'art-thérapie dans un contexte transculturel comporte certains dangers. En effet, l'art-thérapeute qui est mal préparé à son utilisation dans un cadre culturel non-occidental peut, sans le savoir, renforcer les dynamiques de domination, d'oppression et d'injustice déjà présentes à l'intérieur d'une société donnée (Hocoy, 2005; Talwar, et al., 2004). Par exemple, un art-thérapeute issu de la culture dominante qui travaille avec un individu originaire d'une minorité culturelle, peut reproduire le schème de domination de la pensée occidentale sur toutes les autres. Pour ce faire, il imposera, peut-être inconsciemment, ses valeurs et son interprétation de l'expérience du client (Coseo, 1997). Par ailleurs, l'art-thérapeute ne doit pas oublier que les attentes liées à l'art-thérapie peuvent aussi être très différentes d'une culture à l'autre. En effet, dans certaines cultures, l'expression des émotions constitue parfois un signe d'immatunité. Ainsi, un enfant pourrait préférer la sécurité que procure le fait de copier une image à la création libre (Malchiodi, 2008b). Certains adultes pourraient également adhérer à la pensée que la création artistique n'est que pour les enfants et pourraient être réticents à partager leurs problèmes avec un étranger (Baker, 2006). Afin de respecter le client dans son intégrité, il est donc indispensable de travailler à partir de la conception qu'a celui-ci de l'art, de la thérapie et de l'art-thérapie.

Bien que l'interprétation de l'art soit unique à chaque personne, la création peut tout de même contribuer à rapprocher les individus de groupes culturels différents. Quoique chacun possède ses propres référents culturels relativement à l'art et à son utilisation, il semble que ce dernier comporte certains éléments qui soient assez universels pour que chacun puisse s'y identifier. À titre d'exemple, l'étude réalisée par Harris (2007) auprès d'enfants-soldats démobilisés du Sierra Leone, a permis d'observer que la danse-thérapie permettait une sorte de compréhension empathique de ce que pouvait avoir vécu un pair dans un conflit armé, dépassant ainsi la portée du langage verbal. Cette empathie passait plutôt par le médium artistique, c'est-à-dire, dans ce contexte, le corps en mouvement, pour devenir une expérience kinesthésique. Ainsi, l'expression artistique aurait un potentiel thérapeutique qui pourrait transcender le cadre culturel et ferait ressortir les points qu'un individu peut avoir en commun avec le reste de l'humanité.

#### Chapitre 4 - Art-thérapie et trauma

Il existe plusieurs types de thérapies pouvant favoriser l'élaboration du trauma, dont les approches cognitivo-béhavioriste, psychanalytique ou psychoéducative (Briere & Scott, 2006). Bien qu'empruntant à ces approches, l'art-thérapie s'en démarque par l'utilisation de principes thérapeutiques qui lui sont propres. Dans ce chapitre, trois principes art-thérapeutiques seront étudiés, à savoir la distanciation de l'expérience traumatique par le biais des matériaux artistiques et de l'œuvre d'art, la réorganisation des souvenirs encodés dans la mémoire implicite en une narration cohérente, et l'espace de création qui permet au client une approche graduelle de l'expérience traumatique en plus d'un certain contrôle sur celle-ci. Par ailleurs, l'art-thérapie à court terme peut

également être utilisée dans le traitement de l'ÉSPT. Puisque les interventions art-thérapeutiques proposées dans le cadre du présent travail constitueront une composante à court terme faisant partie d'un programme d'intervention pour les enfants-soldats démobilisés, l'efficacité de l'art-thérapie à court terme dans le traitement de l'ÉSPT sera présentée à la dernière section de ce chapitre.

#### *Principes art-thérapeutiques favorisant l'élaboration du trauma*

L'art-thérapie est une approche de traitement unique en ce qui concerne la production d'un mode concret d'expression : l'œuvre d'art. Cette dernière confère en fait plusieurs avantages dans le traitement de l'ÉSPT. En premier lieu, l'œuvre d'art permet au client d'entamer un processus de distanciation, lequel est nécessaire à l'élaboration du trauma. Cette distanciation s'opère à différents niveaux. D'une part, l'expression créatrice ainsi que les matériaux artistiques permettent une distanciation d'avec l'affect lié à l'expérience traumatisante, facilitant ainsi la résolution des problèmes émotionnels liés à l'ÉSPT (Avrahami, 2005; Riley, 1999). En effet, la résurgence d'émotions liées au trauma constitue un des symptômes de l'ÉSPT. En revivant ces émotions de façon récurrente, l'individu se retrouve dans une situation où il revit l'expérience traumatique de façon répétitive. En s'exprimant à travers les matériaux artistiques et en représentant ses émotions sur une feuille de papier, par exemple, il peut être plus facile de se détacher des émotions lourdement chargées qui apparaissent maintenant séparées de l'individu, lui permettant ainsi de prendre du recul vis-à-vis l'expérience traumatique.

D'autre part, l'utilisation consciente ou inconsciente de représentations picturales ou métaphoriques dans la création artistique amplifie le processus de distanciation. En effet, il est plus facile de faire face au trauma à travers une expression symbolique qui

peut être altérée au gré de la situation et selon les besoins de la personne concernée. Consciemment ou non, celle-ci peut en effet adapter la représentation graphique afin qu'elle représente une réalité qui se trouve à une distance émotionnelle raisonnable et sécuritaire de l'expérience traumatique. Tout en se protégeant des effets négatifs de l'affect associé au trauma, cette même personne peut s'éloigner de l'expérience traumatique directe et ainsi en avoir une meilleure compréhension, grâce à une représentation visuelle, sans toutefois avoir à revivre le trauma. Par ailleurs, pour certains auteurs, le choix des représentations graphiques et la manière de représenter une expérience vécue vont révéler en même temps qu'ils vont dissimuler le monde intérieur de la personne (Avrahami, 2005). D'une part, les représentations picturales utilisées peuvent effectivement transmettre à l'art-thérapeute des indices importants sur ce que peut vivre le client intérieurement, favorisant ainsi l'avancement du travail thérapeutique. D'autre part, l'individu peut exprimer des éléments du trauma qu'il a vécu sur le support artistique sans pour autant l'extérioriser complètement, ce qui est souvent beaucoup moins menaçant que de l'exprimer par des mots. Effectivement, par la forme, la couleur et le style, l'individu exprime l'expérience traumatique vécue de façon métaphorique et partielle (Morgan & Johnson, 1995). L'expression symbolique et métaphorique va donc permettre de livrer un message qui exprime ce que l'individu vit intérieurement – et ce, à différents degrés – sans que celui-ci soit nécessairement conscient ou explicite. Ainsi, l'art-thérapie permettrait de créer une distance avec le trauma tout en favorisant la compréhension de l'expérience vécue.

L'œuvre réalisée en séance permettrait également de favoriser la distanciation entre le client et l'expérience traumatique vécue en contenant cette dernière. En effet, la

production artistique contient concrètement par ses frontières matérielles une expérience chargée émotionnellement (Avrahami, 2005; Collie, Backos, Malchiodi, & Spiegel, 2006; Morgan & Johnson, 1995). Bien souvent, plusieurs souvenirs associés au trauma se bousculent dans la psyché d'un individu. Par l'acte créatif, il devient possible d'exprimer le chaos de l'expérience traumatique sur l'espace restreint d'une feuille de papier, par exemple. Ce faisant, le client risque moins d'être submergé par le trop plein d'émotions liées au trauma et il peut être plus aisé de prendre une distance vis-à-vis de l'expérience traumatique. De plus, le fait de savoir que l'expérience traumatique peut être contenue sur le support artistique peut favoriser l'émergence d'un sentiment de sécurité chez le client. Le développement d'un climat de confiance et de sécurité est bien entendu nécessaire à tout travail thérapeutique, mais cela est d'autant plus important dans le travail d'élaboration traumatique, puisque ce sentiment de sécurité a souvent été détruit à cause de l'expérience d'un événement traumatisant (Briere & Scott, 2006). Ce n'est que lorsque cette condition est remplie que l'individu peut entrer en contact avec la souffrance de son expérience traumatisante. À cet effet, l'expression artistique semblerait favoriser l'instauration d'un climat de sécurité et de confort avec l'art-thérapeute (Malchiodi, 2008a) en offrant « a chance to 'tell secrets' without fear of retaliation » (Baker, 2006, p. 184). Pour certains, la création artistique peut être une tâche peu menaçante qui permet de pouvoir exprimer ce qu'on ressent sans toutefois devoir le révéler directement avec des mots.

Un deuxième principe thérapeutique propre à l'art-thérapie est la réorganisation des souvenirs liés au trauma en une trame narrative cohérente. En effet, lors d'une expérience traumatisante, la mémoire des événements n'est pas encodée de la même

manière qu'un incident banal. À la suite d'un traumatisme, l'individu « égare » une partie des souvenirs de l'événement traumatisant en plusieurs endroits du cerveau. En réalité, les souvenirs insoutenables sont en quelque sorte délogés de la mémoire explicite, aussi nommée mémoire déclarative (Malchiodi, 2003; Talwar, 2007). En effet, l'individu en état de stress post-traumatique est souvent incapable de raconter verbalement ce qu'il a vécu. Son expérience, normalement encodée sous forme symbolique ou linguistique, est transformée et remémorée sous une forme sensorielle ou émotive, qui ne peut ensuite être traduite en récit personnel (Kalmanowitz & Lloyd, 2005; Morgan & Johnson, 1995; Talwar, 2007; van der Kolk, 2007). Le lien entre les souvenirs associés au trauma et les mots pouvant les décrire est effectivement rompu.

Puisque l'expression artistique fait appel à la perception sensorimotrice en activant l'hémisphère droit du cerveau qui est aussi associé à la créativité, il est possible d'exprimer des souvenirs de l'expérience traumatique sans avoir à passer par l'hémisphère gauche, zone du cerveau qui est associée au langage (Talwar, 2007). L'art-thérapie semble ainsi avoir le potentiel d'accéder à ces fragments de mémoire en outrepassant le langage, offrant ainsi un moyen de dépeindre une expérience qui ne peut être décrite à l'aide de mots. En effet, les souvenirs du trauma étant fragmentés et encodés dans la mémoire implicite, il devient difficile de raconter verbalement une expérience qui dépasse souvent l'entendement (Avrahami, 2005; Collie, et al., 2006). En favorisant l'utilisation de représentations symboliques personnelles, l'expression artistique rend possible la description éventuelle du trauma. Elle permet en fait d'abstraire des images mentales des états émotionnels liés au trauma et de les organiser en une forme concrète : la production artistique. Cela permet donc d'avoir une meilleure vue

d'ensemble de l'expérience vécue, de la manipuler et de créer des associations entre des fragments de souvenir (Avrahami, 2005; Golub, 1985; Hanney & Kozłowska, 2002). En réorganisant des souvenirs épars en un récit plus logique, il devient dès lors possible de créer un portrait de la situation qui donne un sens à l'expérience vécue. Ce n'est qu'en attribuant une certaine cohérence à celle-ci que des solutions au problème engendré par l'événement traumatisant deviennent envisageables, ce qui fera l'objet des paragraphes suivants.

L'expression artistique permet de représenter graphiquement des fragments épars de souvenirs du passé traumatique tout en demeurant dans le moment présent. Elle servirait en quelque sorte d'intermédiaire entre le passé et le présent, le trauma et l'après-trauma (Kalmanowitz & Lloyd, 2005). En exprimant le trauma par l'art et en l'extériorisant sur le support artistique – ce qui rend également compte du processus de distanciation – il est possible de constater que le trauma s'est produit dans le passé et que le temps présent, bien que découlant des événements antérieurs, est distinct. En créant une représentation concrète de l'expérience traumatique, même fragmentaire, il peut être plus facile de comprendre que les symptômes que vit actuellement un individu sont en fait associés à l'expérience traumatique vécue. En effet, le processus artistique ainsi que l'œuvre créée aident à restaurer une continuité entre le trauma et les symptômes actuels qui en découlent, de la même façon qu'ils établissent un lien entre la vision intérieure et l'expression extérieure (Golub, 1985). Sans cet outil qu'est l'image créée, la réorganisation du récit traumatique risque d'être beaucoup plus difficile.

L'art-thérapie, en raison de l'aspect concret de son mode d'expression et le caractère visible des productions créées, favorise aussi le processus de guérison en

facilitant la compréhension temporelle de l'événement traumatique, celle-ci étant cruciale pour le succès d'un travail d'élaboration traumatique. En effet, selon plusieurs auteurs, ce dernier ne peut s'enclencher avant qu'une narration cohérente des événements n'ait eu lieu (Avrahami, 2005; Hanney & Kozłowska, 2002). À cet égard, la production artistique permet de visualiser le récit fragmenté des souvenirs traumatiques et d'en replacer les fragments en une image ordonnée qui donne un sens à l'expérience actuelle et passée. Cette réorganisation peut aussi avoir pour effet de créer un récit alternatif de l'expérience vécue par un individu. En effet, en préconisant l'expression symbolique personnelle, la création artistique permet à un individu de se réapproprier son expérience altérée par un traumatisme et de créer un récit alternatif. À cet effet, Malchiodi (2008b) souligne qu'en utilisant son imagination, l'enfant peut créer une histoire du trauma qui devient alors beaucoup moins traumatisante, en incorporant à son image de nouvelles pistes de solution qui pourront favoriser l'élaboration du trauma. Ce faisant, il peut faire sienne l'expérience vécue en lui attribuant un impact plus positif.

De plus, l'expression créatrice permet de conférer à l'individu un sentiment de contrôle et de maîtrise sur l'expérience traumatique vécue. D'une part, celui-ci peut ressentir un sentiment de contrôle sur le trauma, puisqu'il contrôle la production de l'image ainsi que l'utilisation des matériaux artistiques. En effet, ce dernier choisit ce qu'il veut exprimer dans son image, ce qui peut lui procurer le sentiment de maîtriser et de dominer de ce fait même le trauma (Hanney & Kozłowska, 2002). Il devient en quelque sorte l'artisan des changements. De plus, l'art-thérapie procure un éventail de techniques créatives qui, par la participation active, permettent de promouvoir l'estime de soi et un sentiment de compétence (Miller & Billings, 1994). Par exemple, en enseignant

à l'individu quelques techniques artistiques de base, celui-ci peut se sentir valorisé par sa capacité à les maîtriser. Dès lors, en se sachant davantage outillé pour représenter graphiquement l'expérience traumatique, celui-ci peut croire en sa capacité d'y faire face.

L'espace de création ludique constitue le troisième principe thérapeutique propre à l'art-thérapie dont il sera question dans le présent travail. Contrairement à une thérapie conventionnelle, axée principalement sur la parole, l'art-thérapie a l'avantage de pouvoir allier au travail d'élaboration traumatique une activité de création ludique qui peut être plaisante pour certaines personnes et donc moins menaçante qu'une thérapie verbale. Certains auteurs (Collie, et al., 2006; Johnson, Lubin, James, & Hale, 1997; Malchiodi, 2008b) considèrent en fait que la création artistique favoriserait un état de relaxation. Cette caractéristique s'avère un excellent atout lorsqu'il est question d'enclencher un processus d'élaboration du trauma. Selon les mêmes auteurs, l'art-thérapie pourrait effectivement s'avérer plus efficace à traiter l'ÉSPT, puisqu'une activité de création, potentiellement ludique, est jumelée au pénible travail d'élaboration traumatique. Cela peut avoir pour effet qu'un contenu émotionnellement chargé puisse être transformé avec moins d'effets négatifs (Johnson, et al., 1997). En ce sens, la création semblerait contrebalancer l'impact émotionnel négatif provoqué par l'exploration de l'expérience traumatisante. Plus précisément, elle faciliterait la désensibilisation de l'individu face à son trauma, ce qui en favoriserait le traitement (Hanney & Kozłowska, 2002). À travers la création ludique, il serait également possible de toucher graduellement à certains aspects de l'expérience traumatisante pour éventuellement y faire face. De plus, le travail art-thérapeutique pourrait parfois favoriser le rétablissement d'une connexion rompue, en raison des effets provoqués par l'expérience d'un conflit armé, avec la part de l'individu

qui croit aux aspects positifs de la vie (Golub, 1985). Golub soutient que l'accès à une énergie positive permettrait à l'individu d'avoir assez de force pour exprimer toute l'horreur de son expérience. L'art peut ainsi permettre d'exprimer autant la partie souffrante de l'être que celle qui n'est pas traumatisée (Avrahami, 2005). Par son expérimentation ludique et créative et ses possibilités d'expression, l'art-thérapie pourrait ainsi favoriser le rétablissement d'un certain équilibre à l'intérieur de l'individu, ce qui peut rendre l'élaboration du trauma plus facile à réaliser.

Ces changements ne se produisent évidemment pas du jour au lendemain et il faut du temps à chacun pour bien intégrer ces transformations. Bien que ce processus puisse s'étaler sur une période plus ou moins longue, l'art-thérapie à court terme semble tout de même efficace dans le traitement de l'ÉSPT.

#### *L'art-thérapie à court terme dans le traitement de l'ÉSPT*

Il peut parfois être difficile de comprendre comment une thérapie à court terme peut avoir un impact sur un état aussi sévère que l'ÉSPT. Or, il semblerait que l'art-thérapie, même lorsqu'utilisée sur une courte période, peut engendrer des changements cliniques significatifs, à la condition qu'un objectif de traitement soit clairement défini. Dans cette section, deux manières d'identifier un objectif thérapeutique seront d'abord présentées. La première, plus traditionnelle, fera référence à l'identification par le client et le thérapeute d'un objectif sur lequel ils se concentrent et ce, dès le début du traitement. Quant à la deuxième méthode, elle utilise les productions artistiques que le client crée au cours des premières séances afin de définir cet objectif. Des études démontrant l'efficacité de l'art-thérapie à court terme dans l'amélioration de l'état

émotionnel d'adolescents perturbés, dans la réduction des symptômes de l'ÉSPT et dans le renforcement de l'estime de soi seront ensuite présentées.

Afin qu'une thérapie à court terme puisse s'avérer efficace dans le soulagement des symptômes liés à l'ÉSPT, certains principes doivent être respectés afin d'optimiser l'impact du traitement. En effet, promouvoir une solide alliance thérapeutique dès le départ, apprendre au client des stratégies pour contrôler ses symptômes, renforcer les habiletés existantes et permettre l'élaboration du trauma tout en prévenant les rechutes pouvant y être associées sont autant d'éléments contribuant au bon aboutissement du traitement (Nieves-Grafals, 2001). Un autre principe menant au bon succès d'une thérapie brève, est la sélection d'un objectif de traitement. Il est possible de déterminer cet objectif de deux façons. La première méthode, plus traditionnelle, réside dans la définition précise d'un objectif à atteindre, sur lequel vont se concentrer le thérapeute et le client dès le commencement de la thérapie (Halbreich, 1978). Le travail thérapeutique ne peut donc pas commencer avant que la problématique à résoudre et l'objectif thérapeutique ne soient identifiés. Afin que le traitement puisse avoir un impact sur les symptômes de l'ÉSPT et ce, après une durée relativement courte, il est essentiel, dans cette optique, que le client et le thérapeute identifient un objectif accessible et qu'ils se concentrent à l'atteindre. Pour atteindre ce but, ils devront laisser de côté d'autres problématiques pouvant émerger au cours du traitement.

Issue de l'art-thérapie, la deuxième méthode présentée ici utilise les productions artistiques réalisées par le client au cours des premières séances afin de déterminer un objectif de traitement. L'œuvre sert ainsi à matérialiser et à concrétiser la problématique présentée par le client et les objectifs à atteindre. Comme il a été démontré à la section

précédente, l'image permet au client de prendre du recul vis-à-vis ce qu'il vit et d'en avoir une meilleure vue d'ensemble. Par exemple, l'art-thérapie offre la possibilité de choisir une partie de l'image sur laquelle se concentrer, ce qui pourra devenir l'objectif du traitement (Riley, 1999). L'interprétation que fait le client de ce qui est représenté dans l'image qu'il a créée peut effectivement porter sur plusieurs éléments et prendre différentes directions. Avec l'aide de l'art-thérapeute et dans le contexte d'une thérapie brève, le client pourra choisir un aspect de l'expérience présentée dans l'image qu'il souhaite aborder au cours du traitement. Bien que le choix des objectifs puisse se faire verbalement, la production artistique peut permettre de clarifier quels sont les enjeux les plus importants de la problématique présentée, rendant la sélection d'objectifs plus aisée.

Plusieurs études ont démontré l'impact positif de l'art-thérapie à court terme. Certaines ont établi qu'un traitement art-thérapeutique pouvait influencer positivement l'état émotionnel d'adolescents perturbés; en voici quelques exemples. Williams (cité dans Stanley & Miller, 1993; Tibbetts & Stone, 1990), a démontré qu'un programme court d'art-thérapie mis sur pied en milieu scolaire peut avoir des répercussions positives sur des jeunes sérieusement perturbés sur le plan émotionnel. De même, les résultats obtenus lors d'une étude menée par Stanley et Miller (1993) démontrent que l'art-thérapie s'est avérée efficace auprès d'adolescents émotionnellement perturbés et ce, même si le traitement était de courte durée. D'autres études semblent aussi confirmer que l'art-thérapie à court terme peut jouer un rôle important dans la croissance émotionnelle d'adolescents perturbés sur le plan émotionnel (Tibbetts & Stone, 1990). En offrant à ceux-ci des séances individuelles hebdomadaires d'art-thérapie sur une période de 6 semaines, il a été démontré que leur sens identitaire était nettement amélioré et qu'ils

étaient plus conscients et réalistes vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur environnement. Ces études ne précisent cependant pas la gravité de l'état émotionnel de ces jeunes, il apparaît donc difficile d'étendre les conclusions de ces études à une clientèle traumatisée.

D'autres études ont établi que l'art-thérapie à court terme pouvait soulager les symptômes liés à l'ÉSPT. Certains chercheurs (Gantt & Tinnin, 2007) ont mis sur pied un traitement intensif d'une à deux semaines reposant principalement sur l'art-thérapie et ciblant 78 clients référés pour traiter un ÉSPT. Selon ces auteurs et les résultats obtenus lors de cette étude, un programme de traumathérapie intensif utilisant l'art-thérapie apparaît être valable pour traiter un ÉSPT sévère. En effet, l'expression artistique était utilisée, dans ce contexte, afin de représenter graphiquement la réponse traumatique et ce, dans le but de l'associer à une expérience passée, comme il a été expliqué précédemment. La comparaison des mesures prises avant le début de l'intervention et après celle-ci a démontré que 45% des participants étaient rétablis suite au traitement, 44% indiquaient une réduction significative des symptômes liés à l'ÉSPT, 8 % étaient demeurés stables, alors que 3% des participants avaient vu leur état empirer.

L'art-thérapie à court terme peut également être utilisée pour développer un sens du soi plus positif chez des adolescents, par exemple (Stanley & Miller, 1993). Ce renforcement de l'estime de soi peut être une condition préalable à l'atteinte d'objectifs plus précis, comme la réduction de certains symptômes liés à l'ÉSPT. À l'instar des auteurs cités précédemment, White et Richard (cités dans Tibbetts & Stone, 1990) ont démontré qu'un programme de huit semaines, qu'ils qualifient d'aide psychosociale par l'art, a pu permettre à des garçons adolescents de renforcer leur estime de soi, résultat positif qu'on pouvait encore constater 14 mois plus tard, lors d'une rencontre de suivi. À

la lumière des résultats de ces études – bien que leur nombre soit restreint – l'utilisation de l'art-thérapie à court terme semble être justifiée. Il apparaît donc valable de considérer l'art-thérapie à court terme comme étant un traitement approprié pour des enfants traumatisés sévèrement, tels les enfants-soldats, puisque ces derniers présentent généralement des symptômes de l'ÉSPT et des troubles émotionnels liés à leur expérience de soldat, un aspect développé au deuxième chapitre.

#### Chapitre 5 - Élaboration d'un programme d'art-thérapie auprès d'enfants-soldats

L'élaboration d'un programme d'intervention art-thérapeutique est une tâche qui demande réflexion. En effet, il est extrêmement important de tenir compte de plusieurs paramètres afin de s'assurer que le programme convienne bien aux besoins de la clientèle visée. Précédemment, il a été mentionné que le contexte culturel peut affecter la manière dont seront perçus tant le trauma que l'art-thérapie. La réussite d'un traitement d'art-thérapie repose donc sur la compréhension juste et de cette réalité, et de son intégration aux interventions. Afin que le programme d'intervention proposé ici puisse s'adapter facilement au contexte socioculturel dans lequel évoluent les enfants-soldats, l'adoption d'une structure flexible sera justifiée dans cette section, après que les principes à la base d'un traitement art-thérapeutique adéquat à la réalité des enfants-soldats démobilisés aient été établis. Par la suite, la clientèle visée par le programme d'intervention du présent travail, ainsi que le contexte socioéconomique et culturel, seront décrits. Puis, des activités art-thérapeutiques pouvant être proposées dans le cadre d'un programme de réinsertion sociale d'enfants-soldats et ayant pour objectif de favoriser l'élaboration éventuelle du trauma, seront présentées. Enfin, la portée potentielle de telles interventions sera évaluée.

### *Principes à la base du traitement*

Avant de proposer des activités d'art-thérapie pouvant favoriser l'élaboration éventuelle de l'expérience traumatique d'enfants-soldats, il importe de préciser les principes qui sont à la base d'un traitement adéquat. Dans cette section, les facteurs à prendre en considération, tels que décrits par certains auteurs, seront d'abord définis. Puis, il sera question de l'importance à accorder aux forces de résilience et au développement d'aptitudes favorisant la création de relations interpersonnelles saines chez les enfants-soldats démobilisés et ce, surtout lorsqu'ils doivent réintégrer une communauté généralement hostile à l'idée de leur réinsertion. De plus, les effets bénéfiques de la thérapie de groupe, ainsi que les précautions à prendre avant d'entamer ce type de traitement, seront énoncés. Afin de soutenir l'enfant dans le processus de réinsertion, une thérapie dite de soutien est souvent appropriée, ce qui fera l'objet des paragraphes suivants. La sélection des participants, autant par les leaders locaux qu'au moyen d'outils de dépistage, sera ensuite abordée. Enfin, le choix d'une structure assez flexible pour le programme d'intervention décrit dans le présent travail, sera justifié à la fin de cette section.

La réinsertion sociale d'un enfant-soldat est très complexe et plusieurs facteurs doivent être considérés lorsqu'un programme de réinsertion sociale est mis sur pied pour cette clientèle. En effet, la réinsertion au sein de la communauté s'avère souvent difficile en raison de la durée et de la sévérité de l'expérience traumatique vécue par ce dernier (Gregory & Embrey, 2009b). Il n'est pas suffisant de le soustraire aux groupes armés et de le retourner dans sa communauté et sa famille, si elles existent toujours. En réalité, il importe de considérer le paradoxe de victime et d'agresseur vécu par l'enfant-soldat,

lequel a dû perpétrer des atrocités tout en devant lutter pour sa survie. Il faut également tenir compte des conditions entourant son recrutement à l'intérieur du groupe armé. L'enrôlement a-t-il été volontaire ou forcé? Quelles actions l'enfant a-t-il dû accomplir ou subir au sein des groupes armés? Viol? Meurtre? Torture? Insubordination? Fuite? Voilà des exemples de ce qu'a pu vivre l'enfant-soldat pendant la durée de son enrôlement. Puisque celui-ci a pu démontrer une certaine capacité à survivre en surmontant l'adversité, il faut également veiller à consolider et à développer ses forces et sa résilience. Enfin, il convient d'impliquer sa famille et sa communauté et de tenir compte des croyances locales de sa culture (Mendelsohn & Straker, 1998). L'absence d'un de ces éléments risque de ralentir, voire d'empêcher la réinsertion de l'enfant au sein de sa communauté.

Un programme d'intervention adéquat implique donc plusieurs composantes essentielles et doit reposer sur l'inclusion de différents paramètres. À ce sujet, Amone-P'Olak (2005) définit les éléments dont il faut tenir compte lors de l'élaboration d'un programme de réinsertion sociale ciblant les enfants-soldats démobilisés : la formation professionnelle qui permet de redonner espoir à ces enfants et de croire en un futur meilleur; l'enseignement de stratégies cognitives qui peuvent améliorer le bien-être quotidien de l'enfant; des activités de théâtre, des jeux ou du sport afin d'encourager et de nourrir les relations interpersonnelles; des ateliers de psychoéducation pour informer la communauté sur l'ÉSPT et la réalité d'enfant-soldat; des séances de thérapie de groupe pour diminuer l'isolement et le rejet; et enfin, des danses et des rituels traditionnels qui permettent d'améliorer la compréhension qu'a la communauté du phénomène vécu par l'enfant-soldat et de rendre le processus de réinsertion pertinent à ses yeux.

Afin de favoriser la réinsertion sociale d'enfants-soldats démobilisés, il est aussi nécessaire qu'un programme de réinsertion considère les aspects positifs de la personnalité de l'enfant et les forces présentes à l'intérieur de lui. Trop souvent, les intervenants qui développent des programmes de réinsertion considèrent les enfants-soldats démobilisés comme étant victimes des groupes armés en raison des atrocités qu'ils ont dû subir et commettre en leur nom. Sans toutefois discréditer la légitimité de cette perception, il importe de tenir compte de la détermination et de la non-passivité que certains de ces jeunes ont également pu démontrer durant leur enrôlement, notamment en se rebellant contre leur supérieur, et de mettre en valeur ces forces dans la conception d'un programme d'intervention (Denov & Maclure, 2006). Ainsi, en misant sur les aspects positifs de la personnalité des enfants, ceux-ci risquent d'avoir plus confiance en eux et en leur capacité de s'en sortir.

En plus de valoriser les forces inhérentes à l'enfant, il importe de travailler à renforcer ses habiletés interpersonnelles afin de favoriser sa réinsertion au sein de la communauté, puisque les relations quotidiennes souvent hostiles qu'il entretient avec celle-ci peuvent lui causer beaucoup de tort. Effectivement, il est parfois facile de prendre pour acquis que ce qui provoquerait le plus de détresse dans notre société le serait également dans une autre. Or, tel que mentionné au troisième chapitre, des sources de stress quotidien peuvent engendrer plus de tort dans certaines communautés que les expériences de violence causées par la guerre. Il devient donc essentiel de mettre sur pied des interventions ciblant le stress immédiat vécu tous les jours par les jeunes avant de proposer des activités visant à réduire directement l'ÉSPT (Miller, et al., 2008). Plus précisément, les programmes d'intervention en santé mentale cherchant à rétablir le

bon fonctionnement psychosocial d'un individu devraient se concentrer sur les formes selon lesquelles peut s'exprimer la détresse et qui contribuent le plus aux difficultés qu'il peut vivre au quotidien (Miller, et al., 2009). Dans le cas des enfants-soldats, cela peut vouloir dire de travailler sur leurs relations interpersonnelles afin qu'ils puissent éventuellement être acceptés par leur communauté et réduire ainsi les effets négatifs d'un rejet éventuel. Cela abonde dans le même sens que l'étude réalisée par Betancourt et Khan (2008), dont les résultats suggèrent qu'en travaillant à approfondir les relations du jeune avec sa famille, ses pairs, ses professeurs et les membres de sa communauté, celui-ci peut ainsi avoir accès à de précieuses ressources pouvant l'aider à surmonter les effets négatifs de sa participation à la guerre et de son départ forcé. Il peut donc être extrêmement valable d'élaborer des programmes d'intervention qui, tout en étant centrés sur les besoins de l'enfant-soldat démobilisé, proposent également une vision systémique de celui-ci en lien avec son environnement. Les dynamiques existant entre la communauté, l'enfant, sa famille, le centre de réinsertion et l'école, par exemple, doivent toutes être considérées afin d'assurer le succès d'un programme de réinsertion. La non-inclusion d'un de ces acteurs risquerait d'entraver le bon déroulement du traitement.

Un autre des principes dont il faut tenir compte dans l'élaboration d'un programme de réinsertion est de proposer une thérapie de groupe. Alors que l'enfant-soldat est souvent ostracisé par sa communauté, il importe de lui offrir un espace où il peut renouer des liens avec d'autres personnes qui peuvent également le soutenir dans ses démarches. Dans ce cas, nul n'est mieux placé qu'un pair pour comprendre l'expérience qu'a vécu un enfant-soldat. Aussi, la thérapie de groupe semble-t-elle appropriée dans ce contexte. En effet, les traitements de groupe sont généralement recommandés afin de

favoriser l'élaboration de l'ÉSPT relié à la guerre, car ils permettent aux participants de partager leurs expériences et de créer un sentiment de cohésion et d'empathie mutuelle à l'intérieur du groupe (Collie, et al., 2006; Ragsdale, Cox, Finn, & Eisler, 1996). Les traitements de groupe deviennent alors des moments où il est possible de raconter son expérience sans pour autant avoir à tout dire ou à tout expliquer. De plus, ils constituent aussi un espace sécuritaire pour réapprendre à entrer en relation avec les autres, la thérapie de groupe pouvant améliorer les habiletés sociales de l'enfant tout en diminuant son isolement (Baker, 2006; Hansen & Carey, 2006). Cela lui permet de se rendre compte que d'autres jeunes ont vécu des expériences similaires à la sienne et de faire ressortir les points qu'elles ont en commun. En réalisant une activité commune, les jeunes démobilisés peuvent mettre en pratique leurs habiletés sociales tout en favorisant le développement d'un sentiment d'appartenance.

Cependant, malgré les effets potentiellement bénéfiques des thérapies de groupe, il existe des situations où celles-ci risquent de causer plus de tort que de bien. Par exemple, ce type de traitement ne serait pas indiqué pour les survivants de torture qui n'ont pas encore surmonté leurs symptômes primaires que sont la peur et l'évitement; ces individus seraient généralement réticents à partager certaines informations personnelles de peur que les autres membres du groupe les utilisent contre eux (Fernando, 2004). Les thérapeutes doivent donc être vigilants dans la sélection du type de traitement à offrir et tenir compte des besoins spécifiques de chaque jeune.

Afin de favoriser la réinsertion des enfants-soldats, une thérapie dite de soutien s'avère souvent appropriée. En effet, puisque l'enfant fait généralement face à l'hostilité de la communauté lorsqu'il tente de s'y réintégrer, il est important de le soutenir dans les

démarches qu'il entreprend (Williamson, 2006). L'acceptation ou le rejet par sa propre communauté constitue effectivement un facteur de réussite important dans la réinsertion sociale d'un enfant-soldat démobilisé (Santacruz & Arana, 2002). Alors que le jeune vient de quitter, volontairement ou non, le principal groupe d'appartenance qu'il avait pendant son enrôlement, soit le groupe armé, le fait qu'il soit rejeté par sa communauté ne fait qu'amplifier son sentiment de rejet. S'il ne retrouve pas un milieu qui l'accueille, les chances de cicatriser les blessures de son expérience de trauma s'en trouvent considérablement réduites. Comme le souligne Herman (cité dans Gregory & Embrey, 2009b), la guérison du trauma ne peut survenir dans l'isolation, puisque celle-ci dépend de la capacité à rétablir les liens avec les autres et de la prise en charge de l'individu par la communauté. Il apparaît donc nécessaire de travailler en partenariat avec la communauté et d'être en constante communication avec elle lorsqu'un programme d'intervention est mis sur pied (Thomson, 2006). De cette façon, le traitement se fera de manière beaucoup plus holistique et moins fragmentée.

La participation de la communauté n'est pas limitée à l'acceptation et au soutien des jeunes soldats démobilisés. En effet, les leaders locaux peuvent aussi prendre une part active au programme d'intervention, notamment par la sélection des participants. Après avoir suivi une courte formation leur permettant d'en apprendre davantage sur l'ÉSPT, ceux-ci peuvent être impliqués dans le processus de sélection des participants en identifiant les enfants qui pourraient potentiellement bénéficier d'un tel programme d'intervention (Gregory & Embrey, 2009b; Scholte, van de Put, & de Jong, 2004). En réalité, ces personnes sont souvent celles qui connaissent le mieux les jeunes et qui détiennent l'autorité nécessaire pour que le projet soit accepté.

Des outils de dépistage peuvent également être utilisés, que ce soit par les leaders de la communauté ou par les intervenants, afin de déceler la présence de détresse psychosociale chez les jeunes. Cependant, il est important d'être vigilant dans la sélection des outils qui seront employés, car tous ne sont pas adaptés au contexte culturel. À titre d'exemple, il est possible d'utiliser le *Child Psychosocial Distress Screener* (CPDS), un outil multidimensionnel mesurant la détresse psychosociale non spécifique et permettant d'identifier les jeunes en besoin d'aide psychosociale, test dont la validité a été démontrée auprès de populations de différentes régions du monde affectées par la guerre (Jordans, Komproe, Tol, & De Jong, 2009; Jordans, Ventevogel, Komproe, Tol, & De Jong, 2008). Malgré l'adaptabilité de cet instrument à divers contextes, il ne faut toutefois pas minimiser la valeur de l'avis des leaders locaux qui, en plus d'être en mesure d'identifier les jeunes à risque, peuvent également reconnaître les éléments pouvant causer la détresse du jeune. Tenir compte des leaders et les impliquer dans le processus de réinsertion s'avère donc essentiel au bon déroulement du traitement.

Enfin, la structure du programme de réinsertion devra être assez flexible. En effet, les expériences vécues par les enfants-soldats sont très diversifiées, que ce soit en raison du contexte socioculturel au sein duquel elles ont eu lieu ou parce que chaque individu devra faire face à des défis qui lui sont propres pendant le processus de réinsertion. Aussi, une structure trop rigide pourrait nuire à l'adaptabilité du programme d'activités thérapeutiques dans différents contextes. De plus, dans le cadre du présent travail, l'accent est mis sur la nécessité de consulter la communauté locale afin de déterminer quels sont les besoins de leur communauté et par quels moyens il est possible de répondre à ces besoins. Dans la plupart des pays où existent des enfants-soldats, des programmes

de désarmement, démobilisation et de réinsertion (DDR) sont déjà présents (voir Douglas, Gleichmann, Steenken, Wilkinson, & Buschmeier, 2006, par exemple). En proposant des activités thérapeutiques et non en imposant le cours du traitement, il serait possible d'intégrer l'art-thérapie aux programmes de réinsertion déjà mis sur pied et qui tiennent compte des besoins locaux. Un programme d'intervention trop structuré ne permettrait pas l'inclusion de l'approche art-thérapeutique dans les programmes de DDR. À cet égard, la mise sur pied d'un programme d'intervention flexible semble s'avérer appropriée.

#### *Clientèle visée et contexte*

Cette courte section vise à définir la clientèle visée par le programme d'intervention proposé dans le présent travail. Les notions à considérer dans la construction d'un programme adapté, d'une part aux enfants-soldats démobilisés, d'autre part au contexte socioéconomique et culturel au sein duquel les interventions auront lieu, seront d'abord exposées. Par la suite, les caractéristiques définissant la clientèle pour laquelle les interventions art-thérapeutiques décrites dans la section suivante ont été mises sur pied, soit l'âge, l'origine, la situation actuelle et le temps écoulé depuis la démobilisation de l'enfant, seront précisées. Afin de respecter la disponibilité des ressources et d'assurer le développement durable du programme de réinsertion, la situation socio-économique de la région du monde, dans laquelle le programme aura lieu, sera finalement brièvement présentée.

Avant de procéder à l'élaboration d'un programme d'intervention, il est essentiel de préciser les notions qui serviront de balises à sa construction. Selon Gregory et Embrey (2009b) et tel que démontré ci-dessus, il est important de baser les interventions

sur les théories existantes sur ce sujet, de connaître les ressources monétaires disponibles, de s'assurer d'avoir une connaissance adéquate du contexte culturel, d'obtenir la collaboration des leaders locaux, d'intégrer dans le programme du soutien des interventions autant individuelles que de groupe, de veiller à ce que la viabilité du projet soit garantie, et finalement, d'inclure une évaluation de la portée du programme. La description du programme d'intervention en art-thérapie proposé dans le cadre du présent travail appliquera ces recommandations. Mais il importe de préciser que si certaines caractéristiques du programme d'intervention décrites subséquemment s'appliqueront à l'ensemble des enfants-soldats, l'intervenant ne devra pas prendre pour acquis que ces principes seront adéquats pour tous les enfants-soldats et devra veiller à les adapter à la clientèle avec laquelle il travaille et à chacun des individus suivant ce programme. En effet, les expériences potentiellement traumatisantes sont très diverses. Il importe donc d'élaborer un programme d'intervention ciblant les expériences généralement communes à tous les enfants-soldats, mais étant assez flexible pour s'adapter à la spécificité de l'expérience de chacun.

Les enfants-soldats sont présents dans plusieurs pays du monde. Afin de clarifier pour quels enfants les activités art-thérapeutiques décrites ci-après ont été élaborées, des précisions relatives aux enfants-soldats ciblés par le présent programme d'intervention seront données. Plus précisément, le programme d'intervention en art-thérapie développé ici s'adressera à de jeunes garçons orphelins âgés entre 12 et 18 ans, originaires de la région des Grands Lacs Africains, dans ce cas-ci, la République Démocratique du Congo, le Burundi et le Rwanda, et qui fréquentent un centre de réinsertion sociale pour enfants-soldats démobilisés de la région. La plupart de ces centres n'accueillant les jeunes que

pour quelques années seulement en raison de la forte demande d'hébergement et de leur objectif de réinsertion dans la communauté, les activités thérapeutiques décrites viseront les jeunes démobilisés depuis moins de cinq ans, dont l'expérience de soldat est encore relativement récente.

En plus de tenir compte de la clientèle visée, le programme d'intervention devra considérer la disponibilité des ressources et ce, dans le but d'assurer la pérennité du projet. En effet, bien que la région des Grands Lacs Africains foisonne de richesses naturelles, sa population vit dans une extrême pauvreté. En 2005, 59% de la population congolaise vivait en deçà du seuil de la pauvreté, fixé à 1,25 \$ É.-U. par jour, alors que cela était le cas de 74% et de 81% des habitants du Rwanda et du Burundi respectivement (Banque Mondiale, 2008). Les interventions proposées tiendront donc compte de cette réalité, que ce soit en termes de ressources humaines ou matérielles. De plus, celles-ci tenteront de satisfaire à la politique de développement durable telle que définie dans le rapport Brundtland (Commission mondiale sur l'environnement et le développement, 1988):

Le développement soutenable est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. Deux concepts sont inhérents à cette notion : le concept de 'besoins', et plus particulièrement des besoins essentiels des plus démunis, à qui il convient d'accorder la plus grande priorité, et l'idée des limitations que l'état de nos techniques et de notre organisation sociale impose sur la capacité de l'environnement à répondre aux besoins actuels et à venir.

(p. 51)

La mise en valeur des ressources et de la culture locale sera donc au cœur même du programme d'intervention proposé et ce, dans l'optique que celui-ci puisse être reproduit par la communauté dans le futur.

### *Description des activités art-thérapeutiques*

Les activités art-thérapeutiques proposées dans cette section ont été développées en fonction de l'évolution du traitement. Ainsi, des démarches à effectuer auprès de la communauté préalablement au début des interventions thérapeutiques, telles une consultation avec les intervenants locaux, une courte formation relative à l'ÉSPT, des rencontres communautaires portant sur l'expérience vécue par les enfants-soldats et le partage d'information concernant l'art-thérapie, seront en premier lieu présentées. Un autre thème qui sera ensuite abordé est l'inclusion maximale du point de vue local en ayant recours à un interprète, en établissant de bonnes relations avec la communauté et en effectuant un séjour d'immersion avant le début du traitement. Puis des exemples d'activités créatrices seront présentés en accord avec les différentes phases d'évolution généralement attribuées à une thérapie. Dans l'ordre, ces phases sont : la mise en confiance et la création d'un sentiment de sécurité chez l'enfant, la prise de connaissance avec les matériaux et le processus de création artistique, l'introduction d'activités plus structurées suite au développement de l'alliance thérapeutique, l'approche graduelle de l'expérience traumatique vécue, et la consolidation des gains obtenus pour enclencher le processus de fermeture du traitement.

Avant même de concevoir les activités qui pourraient potentiellement faire partie du programme d'intervention art-thérapeutique, certaines démarches sont à entreprendre auprès de la population locale. En premier lieu, il importe de consulter la direction et les

intervenants du centre de réinsertion afin d'établir, en collaboration avec ceux-ci, quels sont les besoins des enfants-soldats démobilisés et quelle est la compréhension locale de l'ÉSPT. À ce sujet, certains auteurs recommandent d'offrir une courte formation sur l'ÉSPT aux leaders locaux (Gregory & Embrey, 2009b; Scholte, et al., 2004). Celle-ci peut inclure des éléments tels une description de l'ÉSPT, de ses symptômes et des idées préconçues qui y sont fréquemment associées, les effets à court et à long terme ainsi que les lignes directrices d'un traitement approprié (voir Briere & Scott, 2006, par exemple). Ces informations peuvent ensuite être transmises à la communauté par les leaders locaux, par le biais de rencontres communautaires, afin de la renseigner sur ce que peuvent vivre les enfants-soldats. Cette consultation initiale permet également à l'intervenant d'expliquer et de clarifier le fonctionnement de l'art-thérapie auprès du personnel du centre de réinsertion (à cette fin, consulter Rubin, 2005, par exemple). Cette rencontre offre ainsi beaucoup plus qu'une simple formation; elle est en quelque sorte une négociation entre l'intervenant extérieur et les acteurs locaux où tous se mettent d'accord sur l'approche à adopter dans les interventions. Ainsi, l'ensemble des intervenants pourra agir selon une philosophie partagée.

En tant que personne invitée dans la communauté, il est essentiel que l'intervenant extérieur donne le plus de place possible au point de vue local. Cependant, celui-ci risque de ne pas parler la langue régionale. Il lui faut donc travailler avec un interprète. Un intervenant du centre de réinsertion représente un excellent choix pour ce rôle. En effet, en plus de traduire les paroles des participants de même que le contexte linguistique et culturel, cette personne assistera au déroulement du programme d'intervention. Cela permettra dès lors de transmettre les connaissances et le savoir-faire associés au

programme et ainsi d'augmenter ses chances de viabilité. Cette collaboration est cruciale, car elle rendra possible la mise sur pied d'interventions pertinentes pour les jeunes soldats démobilisés et la communauté. Il est donc important de prendre le temps nécessaire pour établir une bonne relation et une bonne communication avec la population et l'institution d'accueil, car cela peut affecter la réussite d'un programme d'intervention. Idéalement, l'intervenant extérieur passera au préalable plusieurs semaines au sein de la communauté d'accueil afin de créer des liens et de s'immerger dans le contexte culturel (Kottman & White, 1989). Aux fins du présent travail, l'expérience de coopération internationale de l'auteure avec les enfants de la rue rwandais servira de référence dans l'élaboration du programme d'intervention.

Un des besoins criants d'un enfant traumatisé, quel qu'il soit, est de se sentir en sécurité et d'avoir de nouveau confiance en son entourage et en son environnement. La création d'un sentiment de sécurité constitue ainsi la première phase du traitement. Afin d'en favoriser le développement, il importe que l'espace thérapeutique soit stable et constant. À cette fin, il est nécessaire de discuter des principes de la confidentialité avec les jeunes et aussi d'établir les règles de fonctionnement du programme (Malchiodi, 2008c). Ainsi, les jeunes sauront à quoi s'attendre. Une autre des façons possibles de s'assurer qu'un sentiment de sécurité soit créé consiste en l'établissement de rituels d'ouverture et de fermeture. Le chant et la danse étant très présents dans la culture africaine de la région des Grands Lacs, une chanson pourrait, par exemple, être choisie par les jeunes à cette fin. Celle-ci pourrait également être accompagnée d'une simple danse en cercle où, en se tenant la main, les jeunes pourraient faire des mouvements d'aller-retour entre l'intérieur du cercle et sa périphérie. L'utilisation d'un rituel chanté

pourrait ainsi permettre de créer un sentiment de cohésion dans le groupe. En effet, ce type de rituel facilite une compréhension holistique du corps et de l'esprit et encourage la connexion au groupe social (Harris, 2007; Miller & Billings, 1994). Cela s'avère avantageux, surtout si on considère que les enfants-soldats démobilisés peuvent être rejetés et ostracisés par la communauté. Il s'agit donc ici d'offrir un espace d'expression où l'enfant se sent bien et en confiance et qui respecte son héritage culturel et ses coutumes.

Au cours de la deuxième phase du traitement, il importe que chaque enfant se familiarise avec les matériaux artistiques et le processus de création. En effet, en tant que jeunes africains, il est possible que les enfants participant au programme d'intervention n'aient été que très peu ou pas du tout exposés aux matériaux et à la création artistiques. En raison de ressources limitées, l'utilisation de crayons de couleur, de peinture ou tout simplement de papier est souvent très peu répandue. Il est donc essentiel de tenir compte de cette réalité dans l'élaboration des activités d'intervention. Tout d'abord, il est important de s'assurer d'utiliser du matériel facilement accessible, peu coûteux et durable. Des matériaux comme la peinture ou les pastels sont très difficiles à se procurer dans cette région du monde et constitueraient une dépense énorme pour un centre de réinsertion. Il vaut mieux miser sur les crayons de couleur en bois et les craies de cire qui sont relativement peu dispendieux et ont généralement une bonne durabilité. Toutefois, les meilleurs matériaux possibles dans ce contexte seraient les éléments tirés de la nature, tels des roches, des feuilles, des branches, du sable, etc. qui tout en étant accessibles et gratuits, sont aussi renouvelables. De cette façon, la poursuite des activités après le départ de l'intervenant extérieur serait rendue possible.

Quels que soient les matériaux utilisés, il faut également considérer que les jeunes vont probablement aborder les activités créatrices d'une façon différente de ce à quoi est habitué l'art-thérapeute occidental. En effet, dans cette région du monde, les enfants apprennent beaucoup par reproduction et les arts visuels sont souvent réservés aux personnes ayant reçu une formation dans ce domaine. Dans ce contexte, il devient alors nécessaire de montrer aux jeunes comment utiliser les matériaux et de laisser ceux-ci s'amuser avec ces derniers. En plus de les rendre confortables dans l'exploration artistique, la maîtrise de techniques simples risque d'augmenter leur estime de soi (Buwalda, 1994). Le fait que les jeunes deviennent à l'aise avec les matériaux artistiques est en effet important, car cela peut affecter le déroulement de la thérapie. Si le jeune ressent de l'anxiété face à l'utilisation d'un mode d'expression qui lui est inconnu, cela risque d'entraver la suite du traitement. Des activités qui explorent les qualités graphiques des matériaux sont donc à préconiser durant les premières rencontres. Par exemple, une activité de gribouillage peut s'avérer une bonne option pour se familiariser avec les matériaux et faire la connaissance des autres membres du groupe. Ainsi, le jeune peut faire un gribouillis sur une feuille, ou encore des traces dans le sable, et ensuite faire ressortir une forme ou une image concrète à partir de celui-ci. Afin de favoriser un processus d'expression et d'exploration, l'art-thérapeute peut parfois l'assister s'il parvient difficilement à identifier une forme dans son gribouillis (voir Darley & Heath, 2008; et Liebmann, 1986). En plus de défaire l'idée préconçue selon laquelle l'art doit être réaliste, cela peut permettre au jeune de se détendre, de réduire son stress, et de nouer des liens avec ses camarades. Une autre activité thérapeutique possible est la création commune d'une histoire jumelée à des activités artistiques. Cela représente effectivement

un excellent moyen de faire ressortir les points qu'ont en commun les expériences des enfants, en plus de faciliter l'intégration de nouvelles significations relatives à leur expérience (Thomson, 2006). Plus tard, ces liens pourront se développer en compagnonnage, comme l'entendent Gregory et Embrey (2009a). Cela peut aussi rendre la pérennité du projet possible et ce, même après le départ de l'intervenant extérieur, puisque dans cette optique, chaque enfant sera jumelé avec un pair avec qui il aura développé une solide relation de confiance et auprès de qui il pourra partager son expérience.

Une fois l'alliance thérapeutique créée entre l'art-thérapeute et les membres du groupe, ainsi qu'entre les différents jeunes participant au programme d'intervention, il sera alors possible de proposer des interventions plus structurées, dans ce qui est considéré ici comme étant la troisième phase du traitement. Alors qu'un sentiment de sécurité est établi, l'art-thérapeute pourrait envisager de travailler sur la capacité des jeunes de prendre soin d'eux-mêmes. À cette fin, une activité possible consiste à demander aux participants de créer, à l'aide de matériel artistique, un endroit qui serait confortable et sécuritaire pour un animal auquel ils s'identifient (pour une description complète de l'activité, voir Malchiodi, 2007, pp. 188-189). Une fois cette réalisation créée, l'art-thérapeute peut examiner et approfondir les peurs et craintes des jeunes, mais aussi ses forces et sa résilience en leur posant des questions se rapportant au bien-être de l'animal. Ceci pourrait s'intégrer à la routine du traitement et ainsi devenir un outil avec lequel l'art-thérapeute pourrait vérifier l'état de fragilité ou la force émotionnelle du jeune au début de chaque rencontre. Cette vérification régulière est extrêmement importante, car elle permet à l'art-thérapeute de juger si l'enfant a besoin de prendre une

distance par rapport à l'expérience traumatique vécue afin d'éviter la retraumatisation; il pourra ensuite adapter ses interventions en conséquence (Kalmanowitz & Lloyd, 2005). Ce qu'a vécu l'enfant en tant que soldat peut avoir une charge émotionnelle très lourde. Le brusquer dans sa démarche personnelle risquerait de lui causer plus de tort que de bien.

C'est aussi au cours de la troisième phase du traitement que l'enfant pourra aborder graduellement l'expérience traumatique vécue. Une activité art-thérapeutique utile à cet égard consiste à proposer aux participants de réaliser une ligne de vie, en utilisant les couleurs que ceux-ci assignent à différentes périodes de leur existence. Ce faisant, une conception temporelle plus juste de l'expérience traumatique pourrait être atteinte, puisque cette activité peut favoriser la réorganisation des souvenirs associés au trauma (van der Velden & Koops, 2005), mais aussi ceux associés à des moments plus heureux. Si des matériaux artistiques ne sont pas disponibles, et tel que mentionné précédemment, cette activité peut aussi être réalisée en utilisant différentes matières trouvées dans leur environnement, telles des roches, des branches ou des feuilles ou encore du sable, qui symbolisent des événements marquants de leur vie. Ils peuvent aussi créer leurs propres symboles afin de représenter les éléments positifs et négatifs de leur parcours (Schauer, et al., 2004). D'une part, cet exercice sert à réorganiser les souvenirs associés au passé traumatique, et d'autre part, il peut également permettre à l'enfant de se projeter dans le futur. Il est donc important d'inciter le jeune enfant-soldat démobilisé à poursuivre la représentation de sa ligne de vie au-delà du moment présent et ainsi, à envisager comment il peut avoir un certain contrôle de sa vie future. L'art-thérapeute peut aussi encourager l'enfant à discuter chacun des points marquants de sa ligne de vie, qu'ils

soient positifs ou négatifs, avec son compagnon désigné. Le choix des éléments à partager avec son compagnon est laissé à l'enfant, mais le compagnon doit rester le même d'une rencontre à l'autre et ce, afin de renforcer l'alliance entre les deux participants et de créer une certaine continuité.

Il importe d'alterner un projet explorant l'expérience traumatique avec un autre qui examine la résilience de l'enfant-soldat (van der Velden & Koops, 2005). Une activité artistique qui pourrait permettre à l'enfant de choisir d'explorer soit la douleur du trauma soit sa force intérieure, serait de créer une double porte d'accès en pliant les deux côtés d'une feuille de papier vers le centre. Le jeune dessine ensuite ce qui se cache derrière chacun des deux battants. Le premier battant pourrait abriter un endroit où le jeune peut trouver du réconfort, alors que l'autre le mènerait plutôt à des choses douloureuses. Il s'agit là d'une variation d'une activité proposée par Darley et Heath (2008, p. 162). De cette façon, le jeune peut être conscient de ses forces et les utiliser pour affronter le trauma tout en choisissant lequel des deux côtés il veut explorer à un moment donné. Il est à espérer qu'au fur et à mesure de la progression des rencontres, il puisse de plus en plus facilement faire appel à ses propres forces intérieures et qu'ultimement, il soit assez solide pour entamer le processus de réinsertion au sein de sa communauté.

Durant la dernière phase du programme d'intervention, il importe que les gains obtenus soient consolidés avant le départ de l'intervenant extérieur (Weiner, 1998). Entre autres, ce dernier doit s'assurer que le compagnonnage, ou jumelage, développé pendant le traitement puisse continuer après son départ et ce, afin qu'un certain soutien psychologique puisse être disponible. Alors, que les rencontres de groupe vont cesser, il est essentiel que le jeune se retrouve dans un milieu qui puisse le soutenir le plus

possible. En ce qui a trait à une activité de clôture, les jeunes peuvent, par exemple, réaliser un mandala de groupe en utilisant chacun une seule matière trouvée dans la nature. Alors qu'au début ils travaillent à créer leur partie respective, ceux-ci se déplacent peu à peu autour du mandala pour ajouter leur touche personnelle à la création de leurs camarades. En plus d'être réalisée avec des matériaux facilement accessibles, cette activité permet également de représenter le passage dans le temps du programme d'intervention tout en favorisant la collaboration de chacun. Il serait éventuellement intéressant que plusieurs membres de la communauté participent à cette activité afin de mettre l'accent sur le rôle de chacun dans la réinsertion sociale d'enfants-soldats démobilisés. Naturellement, cela ne peut être qu'effectué après que les membres de la collectivité aient été sensibilisés à ce que vit et a vécu l'enfant-soldat démobilisé.

#### *Portée du programme*

Afin de déterminer la pertinence du programme d'intervention proposé dans le cadre du présent travail, il importe d'en évaluer la portée. Aussi, les effets escomptés du programme sur les enfants-soldats démobilisés seront d'abord décrits, avant de proposer deux manières, une quantitative et l'autre qualitative, permettant d'évaluer l'impact du programme.

Avant de pouvoir évaluer l'impact qu'auront les activités art-thérapeutiques sur les enfants-soldats participant au programme de réinsertion, il est essentiel de préciser quels en sont les effets anticipés. Les interventions proposées ici ne représentent en fait qu'une infime partie des activités thérapeutiques pouvant être réalisées pour tenter d'alléger le fardeau traumatique des enfants-soldats démobilisés et de favoriser leur réinsertion sociale. Mais il semble essentiel que tout programme d'intervention respecte

les critères présentés tout au long de ce travail. Il est à espérer qu'en participant à un tel traitement, ces enfants puissent entamer un processus d'élaboration du trauma. En effet, le but de ce programme d'intervention n'est pas de « guérir » en tant que tel, ce qui peut s'avérer impossible, mais plutôt de favoriser un processus de guérison en retissant le tissu social. En bâtissant un lien entre jeunes ayant vécu des expériences similaires et la communauté, il est souhaité que leur détresse psychologique et leur isolement social diminuent.

Afin d'évaluer l'impact de ce programme d'intervention chez les enfants-soldats démobilisés, deux méthodes d'évaluation sont proposées. La première repose sur l'utilisation du *Child Psychosocial Distress Screener* (Jordans, et al., 2008), lequel peut s'avérer utile pour procéder à une évaluation quantitative. Toutefois, il est important de rappeler que cet instrument a été conçu comme outil de dépistage et non pour évaluer l'impact d'un traitement psychosocial. Encore une fois, il faut insister sur le fait que le personnel du centre de réinsertion est souvent le mieux placé pour évaluer les effets que les interventions auront potentiellement apportés. Ces personnes sont donc les premières à consulter pour déterminer la portée du programme. Cette démarche constitue la deuxième méthode d'évaluation proposée et elle représente une excellente source d'informations qualitatives. À cet égard, il est essentiel que l'intervenant extérieur s'enquière auprès de la direction du centre et des intervenants internes de leur opinion sur tous les aspects du programme d'intervention. Entre autres, il est nécessaire de savoir si la structure du programme dans son entièreté ainsi que les activités présentées étaient bien adaptées à la clientèle. Une autre façon simple d'obtenir cette information est de vérifier si le programme se poursuit après le départ de l'intervenant extérieur, ce qui

pourrait en démontrer la viabilité ou non. Enfin, il importe de réfléchir à l'évolution potentielle de ce projet. Existe-t-il un désir dans la communauté de le poursuivre et si oui, de quelle manière? Dans l'éventualité où ce ne serait pas le cas, qu'est-ce qui n'a pas fonctionné? Cette remise en question et l'identification des facteurs de réussite ou d'échec est non seulement indispensable à l'élaboration de futurs programmes, mais elle permet aussi d'adapter ce type de programme aux besoins des enfants et de la communauté et ce, d'autant lorsqu'elle est réalisée au cours du traitement. Après tout, ce sont les enfants et la communauté qui sont les premiers bénéficiaires des interventions. Leurs besoins doivent donc demeurer centraux tout au long du déroulement du programme, c'est-à-dire de son élaboration à son évaluation.

### Conclusion

Les effets de la violence organisée sur la vie d'un enfant sont dévastateurs et d'autant lorsque celui-ci doit prendre une part active au conflit. Bien souvent, le tissu familial et social est affecté par la guerre et cela entrave habituellement le développement sain de l'enfant. Son sens moral ainsi que son sens identitaire sont généralement les premiers aspects de sa personnalité à être touchés. De plus, l'enfant-soldat n'a généralement pas la possibilité d'exprimer toute la gamme d'émotions qui peuvent l'assaillir et ce, pour des raisons de survie. Les conséquences d'une expérience militaire pour un enfant étant considérables, ce texte a cherché à mettre en relief les besoins particuliers des enfants-soldats démobilisés et à démontrer comment un programme d'intervention art-thérapeutique pourrait y répondre. À ce jour, peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. Ce travail de recherche s'est basé sur les publications abordant le trauma chez l'enfant, l'ÉSPT lié à la guerre, la conception culturelle du trauma et

l'intervention thérapeutique en milieu transculturel. L'auteure a cependant voulu démontrer l'importance de reconnaître que la vision de l'expérience de l'enfant-soldat, telle qu'elle a été présentée au long du présent travail, peut être erronée et biaisée par l'origine culturelle des intervenants ou des chercheurs qui se penchent sur ce sujet. En effet, la conception de l'expérience de l'enfant-soldat proposée dans ces pages fait partie d'une multitude d'interprétations possibles qui varient nécessairement d'un contexte culturel à l'autre; d'où l'importance d'inclure une vision transculturelle de cette réalité. Il est toutefois incontestable d'affirmer que l'enfant sera transformé par le rôle de soldat qu'il a joué, imposé par les circonstances. Bien que l'impact de cette expérience puisse être traumatique, il ne correspond pas toujours nécessairement à l'ÉSPT, lequel demeure un diagnostic issu de la pensée occidentale. Il est donc essentiel que la compréhension de ce phénomène soit élargie parmi les chercheurs de l'Occident, en incluant la vision des acteurs locaux qui peuvent apporter une perception nouvelle et souvent plus juste de la problématique.

Si les publications traitant de la santé mentale des enfants-soldats sont pratiquement inexistantes, les besoins de ces derniers demeurent criants. Comme il a été mentionné à l'intérieur de ce texte, il existe très peu de ressources thérapeutiques offertes localement aux enfants-soldats. En ce sens, le programme d'intervention proposé dans le présent travail a été construit de façon suffisamment flexible pour qu'il puisse être adapté à un grand nombre de situations. De plus, l'art-thérapie représente un type de traitement novateur pour cette clientèle dont l'efficacité dans le traitement de l'ÉSPT a été soulignée à maintes reprises. Effectivement, ce type de thérapie permet d'allier l'exploration créatrice – qui peut souvent être ludique – au travail d'élaboration traumatique, ce qui

peut en favoriser le processus. De plus, grâce à la réalisation d'images choisies et créées par l'individu, il est possible pour celui-ci d'augmenter le sentiment de contrôle qu'il a sur le trauma et ainsi de se réapproprier l'expérience vécue suite à l'événement traumatique. Qui plus est, l'art-thérapie offre la possibilité de représenter concrètement l'expérience traumatique par l'utilisation de matériaux artistiques et grâce à la représentation visuelle, ce qui rend plus facile l'intégration des souvenirs liés au trauma. Il s'agit de quelques-unes des spécificités de l'art-thérapie qui semblent la rendre indiquée pour le traitement d'enfants-soldats démobilisés ayant vécu une expérience traumatisante.

Ce travail de recherche a aussi démontré comment il est essentiel de ne pas négliger la conception culturelle du trauma pour un groupe donné. À cet égard, les notions d'ÉSPT et d'expérience traumatique ont été délibérément choisies par l'auteure tout en reconnaissant que celles-ci peuvent être interprétées et exprimées autrement dans différents contextes culturels. C'est aussi pour cette raison que le programme d'intervention proposé ici est assez peu structuré : en proposant des activités thérapeutiques plutôt qu'en imposant un contenu rigide au programme, les interventions pourront être plus facilement ajustées en vertu des croyances et des pratiques locales. L'art-thérapie comme approche de traitement est effectivement assez peu présente dans les pays en guerre. Celle-ci repose sur une conception socioculturelle occidentale, selon laquelle l'art peut être utilisé à des fins thérapeutiques, ce qui fait que sa mise en application dans un contexte différent représente un défi, quoique surmontable si certaines règles sont respectées. En effet, les interventions mises sur pied dans un pays non-occidental doivent tenir compte du contexte socioculturel. C'est pourquoi, il est

essentiel de travailler en collaboration avec la population locale qui peut fournir des renseignements précieux quant aux besoins d'un enfant-soldat démobilisé et relatifs à la compréhension qu'a la communauté de ce que l'enfant peut vivre.

Dans le cadre du présent travail, le programme d'intervention a été élaboré d'une part à partir des publications existantes sur ce sujet et d'autre part, sur les conclusions que l'auteure a pu tirer de son expérience auprès des enfants de la rue au Rwanda. Cependant, il convient de noter que ni les intervenants locaux ni les enfants-soldats démobilisés n'ont été consultés directement dans la construction du programme d'intervention proposé ici. Aussi, la validité et la pertinence culturelle d'un tel programme sont donc toutes deux conditionnelles au fait que des professionnels locaux soient préalablement consultés avant que ce programme puisse être mis sur pied.

Alors que l'art-thérapie est une discipline relativement jeune et que l'attention de la communauté internationale envers les conditions de vie des enfants-soldats et leur réalité est très récente, l'auteure du présent travail de recherche s'est efforcée de combiner ces deux champs d'intérêt afin de proposer un programme d'intervention adapté au contexte socioculturel des enfants-soldats démobilisés. Bien sûr, un travail énorme reste à accomplir pour que l'art-thérapie puisse être validée comme étant un traitement de choix auprès de ces enfants. Par conséquent, il sera opportun de réaliser, dans le futur, différents projets pilotes d'art-thérapie auprès de cette clientèle. D'une part, ces projets pilotes permettront d'offrir des services art-thérapeutiques aux enfants-soldats démobilisés et ce, dans le but de favoriser leur réinsertion au sein de la communauté. D'autre part, les résultats obtenus suite à de telles expériences, permettront d'accroître la validité de l'art-thérapie comme outil d'intervention dans le processus de réinsertion

sociale des enfants-soldats démobilisés. En effet, ce n'est qu'en faisant preuve de créativité que la communauté internationale pourra prendre soin des enfants-soldats et panser quelque peu leurs blessures.

## Bibliographie

- Abu Sway, R., Nashashibi, R., Salah, R., & Shweiki, R. (2005). Expressive arts therapy - healing the traumatized: The Palestinian experience. Dans D. Kalmanowitz & B. Lloyd (Éds.), *Art therapy and political violence: With art, without illusion* (pp. 154-171). New York: Routledge.
- Acton, D. (2001). The "color blind" therapist. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18(2), 109-112.
- Ahmad, A., Sundelin-Wahlsten, V., Sofi, M. A., Qahar, J. A., & von Knorring, A. L. (2000). Reliability and validity of a child-specific cross-cultural instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 9(4), 285-294.
- Akello, G., Richters, A., & Reis, R. (2006). Reintegration of former child soldiers in northern Uganda: Coming to terms with children's agency and accountability. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 4(3), 229-243.
- Al-Mashat, K., Amundson, N. E., Buchanan, M., & Westwood, M. (2006). Iraqi children's war experiences: The psychological impact of 'Operation Iraqi Freedom'. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 28(2), 195-211.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2004). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.

- Amone-P'Olak, K. (2005). Psychological impact of war and sexual abuse on adolescent girls in Northern Uganda. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 3(1), 33-45.
- Anaya, L. (2007). Individual demobilization and reintegration process in Colombia: Implementation, challenges and former combatants' perspectives. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 5(3), 179-190.
- Arrington, E. G., & Wilson, M. N. (2000). A re-examination of risk and resilience during adolescence: Incorporating culture and diversity. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 221-230.
- Avrahami, D. (2005). Visual art therapy's unique contribution in the treatment of post-traumatic stress disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4), 5-38.
- Baker, B. A. (2006). Art speaks in healing survivors of war: The use of art therapy in treating trauma survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 12(1), 183-198.
- Banque Mondiale. (2008). *Replicate the World Bank's regional aggregation: Sub-Saharan Africa* (données). Accessible dans PovcalNet. Récupéré de <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povDuplic.html>
- Bayer, C. P., Klasen, F., & Adam, H. (2007). Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 298(5), 555-559.

- Bemak, F., & Ching, C. Y. (2008). Counseling disaster survivors: Implications for cross-cultural mental health. Dans P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner & J. E. Trimble (Éds.), *Counseling across culture* (pp. 325-340). London: Sage Publications Ltd.
- Beneduce, R., Jourdan, L., Raeymaekers, T., & Vlassenroot, K. (2006). Violence with a purpose: Exploring the functions and meaning of violence in the Democratic Republic of Congo. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 4(1), 32-46.
- Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*, 20(3), 317-328.
- Bracken, P. J., Giller, J. E., & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. *Social Science & Medicine*, 40(8), 1073-1082.
- Bradt, J. (1997). Ethical issues in multicultural counseling: Implications for the field of music therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 24(2), 137-143.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. London: SAGE Publications.
- Buwalda, H. (1994). Children of war in the Philippines. *Development in practice*, 4(1), 3-12.
- Castelo-Branco, V. (1997). Child Soldiers: The Experience of the Mozambican Association for Public Health (AMOSAPU). *Development in Practice*, 7(4), 494-496.

- Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C., & Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy, 23*(4), 157-164.
- Commission mondiale sur l'environnement et le développement (1988). *Notre avenir à tous*. Montréal: Éditions du fleuve.
- Coseo, A. (1997). Developing cultural awareness for creative arts therapists. *The Arts in Psychotherapy, 24*(2), 145-157.
- Darley, S., & Heath, W. (2008). *The expressive arts activity book: A Resource for professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- de Montigny, C. (2006). DDR, enfants et conflits armés: une protection inadéquate? Dans Y. Conoir & G. Verna (Éds.), *DDR désarmer, démobiliser et réintégrer: défis humains, enjeux globaux* (pp. 365-383). Lévis: Presses de l'Université Laval.
- Denov, M., & Maclure, R. (2006). Engaging the voices of girls in the aftermath of Sierra Leone's conflict: Experiences and perspectives in a culture of violence. *Anthropologica, 48*(1), 73-85.
- Dickson-Gómez, J. (2002). Growing up in guerrilla camps: The long-term impact of being a child soldier in El Salvador's civil war. *Ethos, 30*(4), 327-356.
- Doby-Copeland, C. (2006). Cultural diversity curriculum design: An art therapist's perspective. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 23*(4), 172-180.
- Dosamantes-Beaudry, I. (1997). Embodying a cultural identity. *The Arts in Psychotherapy, 24*(2), 129-135.

- Douglas, I., Gleichmann, C., Steenken, K., Wilkinson, A., & Buschmeier, N. (2006). Guide pratique et théorique. Dans Y. Conoir & G. Verna (Éds.), *DDR désarmer, démobiliser et réintégrer: défis humains, enjeux globaux* (pp. 21-37). Lévis: Presses de l'Université Laval.
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Is the culture always right? *Traumatology*, 8(3), 135-145.
- Fawzi, M. C. S., Pham, T., Lin, L., Nguyen, T. V., Ngo, D., Murphy, E., et al. (1997). The validity of posttraumatic stress disorder among Vietnamese refugees. *Journal of traumatic stress*, 10(1), 101-108.
- Fernando, G. A. (2004). Working with survivors of war in non-Western cultures: The role of the clinical psychologist. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 2(2), 108-117.
- Gantt, L., & Tinnin, L. W. (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34(1), 69-80.
- Golub, D. (1985). Symbolic expression in post-traumatic stress disorder: Vietnam combat veterans in art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 12(4), 285-296.
- Gregory, J., & Embrey, D. G. (2009a). Companion recovery model to reduce the effects of profound catastrophic trauma for former child soldiers in Ganta, Liberia. *Traumatology*, 15(1), 40-51.
- Gregory, J., & Embrey, D. G. (2009b). Reducing the effects of profound catastrophic trauma for former child soldiers: Companion recovery model. *Traumatology*, 15(1), 52-62.

- Halbreich, U. (1978). The application of principles of short-term, problem-oriented psychotherapy to art psychotherapy. *Art Psychotherapy, 5*(4), 181-189.
- Hanney, L., & Kozłowska, K. (2002). Healing traumatized children: Creating illustrated storybooks in family therapy. *Family Process, 41*(1), 37-65.
- Hansen, S., & Carey, L. J. (2006). An expressive arts therapy model with groups for post-traumatic stress disorder. Dans L. J. Carey (Éd.), *Expressive and creative arts methods for trauma survivors* (pp. 73-91). Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Harris, D. A. (2007). Pathways to embodied empathy and reconciliation after atrocity: Former boy soldiers in a dance/movement therapy group in Sierra Leone. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict, 5*(3), 203-231.
- Henderson, D. A., & Gladding, S. T. (1998). The creative arts in counseling: A multicultural perspective. *The Arts in Psychotherapy, 25*(3), 183-187.
- Hocoy, D. (2002). Cross-cultural issues in art therapy. *Art Therapy, 19*(4), 141-145.
- Hocoy, D. (2005). Art therapy and social action: A transpersonal framework. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 22*(1), 7-16.
- Honwana, A. (1998). *Okusiakala ondaloyokalye: Let us light a new fire. Local knowledge in the post-war healing and reintegration of war-affected children in Angola*. Dissertation/Thèse, University of Cape Town, Department of Social Anthropology.
- James, M., & Johnson, D. R. (1996). Drama therapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder. *The Arts in Psychotherapy, 23*(5), 383-395.

- Johnson, D. R., Lubin, H., James, M., & Hale, K. (1997). Single session effects of treatment components within a specialized inpatient posttraumatic stress disorder program. *Journal of traumatic stress, 10*(3), 377-390.
- Jordans, M. J. D., Komproe, I. H., Tol, W. A., & De Jong, J. T. V. (2009). Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: Cross-cultural construct validity of the CPDS. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(4), 514-523.
- Jordans, M. J. D., Ventevogel, P., Komproe, I. H., Tol, W. A., & De Jong, J. T. V. (2008). Development and validation of the Child Psychosocial Distress Screener in Burundi. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*(3), 290-299.
- Kalmanowitz, D., & Lloyd, B. (2005). Art therapy and political violence. Dans D. Kalmanowitz & B. Lloyd (Éds.), *Art therapy and political violence : with art, without illusion* (pp. 14-34). Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.
- Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Speckman, R. A., Maharjan, S. M., Worthman, C. M., et al. (2008). Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal. *JAMA, 300*(6), 691-702.
- Kottman, T., & White, J. (1989). Ethnographic research: An alternative for counselors. *TACD Journal, 17*(2), 83-90.
- Liebmann, M. (1986). *Art therapy for groups: A handbook of themes, games and exercises*. Cambridge: Brookline Books.
- Malchiodi, C. (2003). Art therapy and the brain. Dans C. Malchiodi (Éd.), *Handbook of art therapy* (pp. 16-24). New York: Guilford Press.

- Malchiodi, C. (2007). *The art therapy sourcebook: Art making for personal growth, insight and transformation*. New York: McGraw-Hill.
- Malchiodi, C. (2008a). Creative interventions and childhood trauma. Dans C. Malchiodi (Éd.), *Creative interventions with traumatized children* (pp. 3-21). New York: Guilford Press.
- Malchiodi, C. (2008b). Effective practice with traumatized children: Ethics, evidence, and cultural sensitivity. Dans C. Malchiodi (Éd.), *Creative interventions with traumatized children* (pp. 22-42). New York: Guilford Press.
- Malchiodi, C. (2008c). A group art and play therapy program for children from violent homes. Dans C. Malchiodi (Éd.), *Creative interventions with traumatized children* (pp. 247-263). New York: Guilford Press.
- Maxted, J. (2003). Children and armed conflict in Africa. *Social identities: Journal for the study of race, nation and culture*, 9(1), 51-72.
- Mendelsohn, M., & Straker, G. (1998). Child soldiers: Psychosocial implications of the Graça Machel / UN study. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 4(4), 399-413.
- Miller, K. E., & Billings, D. L. (1994). Playing to grow: A primary mental health intervention with Guatemalan refugee children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(3), 346-356.
- Miller, K. E., Omidian, P., Kulkarni, M., Yaqubi, A., Daudzai, H., & Rasmussen, A. (2009). The validity and clinical utility of post-traumatic stress disorder in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 219-237.

- Miller, K. E., Omidian, P., Rasmussen, A., Yaqubi, A., & Daudzai, H. (2008). Daily stressors, war experiences, and mental health in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry, 45*(4), 611-638.
- Morgan, C. A., & Johnson, D. R. (1995). Use of a drawing task in the treatment of nightmares in combat-related post-traumatic stress disorder. *Art Therapy, 12*(4), 244-247.
- Nieves-Grafals, S. (2001). Brief therapy of civil war-related trauma: A case study. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 7*(4), 387-398.
- Nordanger, D. (2007). Discourses of loss and bereavement in Tigray, Ethiopia. *Culture, Medicine & Psychiatry, 31*(2), 173-194.
- Papadopoulos, R. K., Kalmanowitz, D., & Lloyd, B. (2005). Political violence, trauma and mental health interventions. Dans D. Kalmanowitz & B. Lloyd (Éds.), *Art therapy and political violence : with art, without illusion* (pp. 35-59). Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.
- Parson, E. R. (1996). 'It takes a village to heal a child': Necessary spectrum of expertise and benevolence by therapists, non-governmental organizations, and the United Nations in managing war-zone stress in children traumatized by political violence. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 26*(3), 251-286.
- Pavlicevic, M. (2005). Towards straight talking: Multiple narratives in multi-cultural and multi-disciplinary work (or, I shot the dog, then I shot my mother). *The Arts in Psychotherapy, 32*, 346-357.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent"

- development of the brain: How "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.
- Ragsdale, K. G., Cox, R. D., Finn, P., & Eisler, R. M. (1996). Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A role for adventure-based counseling and psychodrama. *Journal of traumatic stress*, 9(2), 269-283.
- Rey-Debove, J., & Rey, A. (2007). *Le nouveau petit Robert: Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française 2008*. Paris: Éditions Le Robert.
- Riley, S. (1999). Short-term, solution focused, art therapy treatment. Dans S. Riley (Éd.), *Contemporary art therapy with adolescents* (pp. 237-256). Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Rubin, J. A. (2005). *Artful Therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Sack, W. H., Seeley, J. R., & Clarke, G. N. (1997). Does PTSD transcend cultural barriers? A study from the Khmer Adolescent refugee project. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(1), 49-54.
- Santacruz, M. L., & Arana, R. E. (2002). Experiences and psychosocial impact of the El Salvador civil war on child soldiers. *Biomédica*, 22(2), 283-297.
- Schauer, E., Neuner, F., Elbert, T., Ertl, V., Onyut, L. P., Odenwald, M., et al. (2004). Narrative exposure therapy in children: A case study. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 2(1), 18-32.
- Scholte, W. F., van de Put, W. A. C. M., & de Jong, J. P. (2004). A protocol for psychosocial intervention in refugee crisis: Early experiences in Rwanda refugee

- camps. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 2(3), 181-192.
- Seligman, Z. (1995). Trauma and drama: A lesson from the concentration camps. *The Arts in Psychotherapy*, 22(2), 119-132.
- Shaw, J. A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clinical child and family psychology review*, 6(4), 237-246.
- Stanley, P. D., & Miller, M. M. (1993). Short-term art therapy with an adolescent male. *The Arts in Psychotherapy*, 20(5), 397-402.
- Stark, L. (2006). Cleansing the wounds of war: An examination of traditional healing, psychosocial health and reintegration in Sierra Leone. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 4(3), 206-218.
- Stover, C. S., & Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: A critical review of measures. *Journal of traumatic stress*, 18(6), 707-717.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2007). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7278), 95-98.
- Talwar, S. (2007). Accessing traumatic memory through art making: An art therapy trauma protocol (ATTP). *The Arts in Psychotherapy*, 34(1), 22-35.

- Talwar, S., Iyer, J., & Doby-Copeland, C. (2004). The invisible veil: Changing paradigms in the art therapy profession. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 21*(1), 44-48.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*(1), 10-20.
- Thomson, K. (2006). Working creatively with young children within a context of continuous trauma. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict, 4*(2), 158-162.
- Tibbetts, T. J., & Stone, B. (1990). Short-term art therapy with seriously emotionally disturbed adolescents. *The Arts in Psychotherapy, 17*(2), 139-146.
- Tribe, R., & Family Rehabilitation Centre staff. (2004). Internally displaced Sri Lankan war widows: The women's empowerment programme. Dans K. E. Miller & L. M. Rasco (Éds.), *The mental health of refugees: Ecological approaches to healing and adaptation* (pp. 161-186). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Tribe, R., & Morrissey, J. (2004). Good practice issues in working with interpreters in mental health. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict, 2*(2), 129-142.
- Troyer, K. C. (2005). The mental-health needs of child soldiers in Uganda: A case study of structural violence. *The Applied Anthropologist, 25*(2), 135-146.
- van der Kolk, B. A. (2007). Trauma and memory. Dans B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Éds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 279-302). New York: The Guilford Press.

- van der Kolk, B. A. (2008). The developmental impact of childhood trauma. Dans L. J. Kirmayer, R. Lemelson & M. Barad (Éds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives* (pp. 224-241). Cambridge: Cambridge University Press.
- van der Veer, G., Somasundaram, D., & Damian, F. S. (2003). Counselling in areas of armed conflict: The case of Jaffna, Sri Lanka. *British Journal of Guidance & Counselling*, 31(4), 417-430.
- van der Velden, I., & Koops, M. (2005). Structure in word and image: Combining narrative therapy and art therapy in groups of survivors of war. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 3(1), 57-64.
- Weiner, I. B. (1998). Termination. Dans I. B. Weiner (Éd.), *Principles of psychotherapy* (pp. 257-291). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Williamson, J. (2006). The disarmament, demobilization and reintegration of child soldiers: Social and psychological transformation in Sierra Leone. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 4(3), 185-205.
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, NJ: Princeton University Press.